Universität Flensburg

Kooperatives Promotionsverfahren

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

„Mit den Augen der Patienten" –
Entwicklung eines multimethodischen Erhebungsinstrumentariums zur Erfassung der Zufriedenheit alkoholabhängiger Patienten mit der stationären Entwöhnungsbehandlung unter lösungsorientierter Akzentuierung des Theorie-, Methoden und Verwertungsdefizits der Patientenzufriedenheitsforschung

(Band I)

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Wirtschaftwissenschaften
(Dr. rer. pol.)

eingereicht am
Internationalem Institut für Management
der Universität Flensburg

von
Dipl.-Sozialarbeiter Tim-Nicolas Korf
geb. am 22. Januar 1980 in Warstein

Dissertationsbetreuung:
Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Prof. Dr. Klaus Bendel
Prof. Dr. Gerd Grözinger

Warstein, 10. September 2010

Inhaltsübersicht:

1. Einleitung.....1

2. Das Konstrukt Zufriedenheit: *Stellenwert und Bedeutung des Zufriedenheitsbegriffs in den Sprachspielen des Alltags und der Wissenschaft*.....26
2.1 Begegnungen mit dem Zufriedenheitskonstrukt in der alltäglichen Lebensführung – *Eine soziologische Beobachtung*.....29
2.2 Zufriedenheit aus der Sicht der Sprachwissenschaft.....36
2.3 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Theologie.....40
2.4 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Philosophie.....46
2.5 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Literaturwissenschaft.....64
2.6 Das Konstrukt Zufriedenheit im psychologischen Diskurs.....80
2.7 Das Konstrukt Zufriedenheit im soziologischen Diskurs.....158
2.8 Das Konstrukt Zufriedenheit im betriebswirtschaftlichen Diskurs.....175
2.9 Kapitelsynopsis.....187

3. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit – *Entwicklung eines integrativen Patientenzufriedenheitsmodells*.....189
3.1 Das C/D-Paradigma als Grundmodell der Patientenzufriedenheitsgenese.....192
3.2 Die Theorie der Sozialen Vergleichsprozesse – *Soziale Vergleichsprozesse als Vergleichsstandard (III)*.....325
3.3 Die Equity-Theorie – *Gerechtigkeits- und Fairnessnormen als Vergleichsstandard (IV)*.....328
3.4 Die Theorie des kognitiven Geizhalses – *Verfügbarkeitsheuristiken als Vergleichsstandard (V)*.....331
3.5 „Was wäre gewesen wenn...?“ – *Reale oder fiktionale Alternativanbieter als Vergleichsstandard (VI)*.....336
3.6 „*Schwerter zu Pflugscharen*“ oder Das ‚erwartungszentrierte multiple Vergleichsstandard-modell der Patientenzufriedenheitsgenese.....340
3.7 Kapitelsynopsis.....361

4. Zur Legitimität von Patientenzufriedenheitsuntersuchungen.....362
4.1 Medizinisch-therapeutische Argumente.....364
4.2 Medizinisch-ethische Argumente.....366
4.3 Medizinisch-politische Argumente.....369
4.4 Ökonomisch-marketingtechnische Argumente.....370
4.5 Qualitätsmanagementargumente.....371
4.6 Gesundheitsbezogene Argumente.....377
4.7 Dienstleistungstheoretisch fundierte Argumente.....379
4.8 Radikal-Konstruktivistische Argumente.....382
4.9 Kapitelsynopsis.....384

5. Zur historischen Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung – Vo*n Metachronismen, Geschichtsklittierungen und Tatarennachrichten*.....384
5.1 Eine kurze Geschichte der unsystematischen PZ-Forschung.....385
5.2 Zur Genealogie der internationalen, systematisch angelegten PZ-Forschung.....390
5.3 Die historische Entwicklung der systematischen PZ-Forschung in der BRD – *Ein mahnendes Beispiel für die geschichtsklittierenden Folgen eines Matthäus-Effekts*.....396
5.4 Die historische Entwicklung der systematischen PZ-Forschung in der ehemaligen DDR.....402

5.5 Seitenblicke auf die geschichtliche Entwicklung patientenzufriedenheitskonstrukt-naher Forschungszweige in Deutschland....407
5.6 Kapitelsynopsis....414

6. Methodische Zugangswege und Probleme bei der empirischen Erfassung des Patientenzufriedenheitskonstrukts....415
6.1 Quantitative und qualitative Forschungsmethoden zur Erhebung der Patientenzufriedenheit....417
6.2 Zur methodischen Güte der im Krankenhausalltag verwandten Patientenzufriedenheitsfragebögen....440
6.3 Das methodische Kardinalproblem der Patientenzufriedenheitsforschung: *Die exorbitant hohen Gesamtzufriedenheitswerte*....441
6.4 Kapitelsynopsis....470

7. „*Der Berg kreiste und gebar eine Maus*" – Zur defizitären Verwertung generierter Patientenzufriedenheitsdaten....471
7.1 Das Verwertungsdefizit – *Eine ätiologische Perspektive*....476
7.2 Das Verwertungsdefizit – *Eine therapeutische Perspektive*....490

8. Aufbau der empirischen Untersuchung und Entwicklung der Erhebungsinstrumente....491
8.1 Explikation der Untersuchungsziele....491
8.2 Untersuchungsdesign....492
8.3 Entwicklung des multimethodischen Erhebungsinstrumentariums....493

9. Darstellung und Diskussion der quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnisse....531
9.1 Zentrale Ergebnisse der quantitativen Untersuchung....531
9.2 Zentrale Ergebnisse der qualitativen Untersuchung....549
9.3 Bestimmung der Konstruktvalidität mittels Multitrait-Multitmethod-Matrix....586
9.4 Ergebnisse des Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ)....588
9.5 Kapitelsynopsis und Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog....589

10. Zusammenfassung und Forschungsausblick....591

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung.....1

2. Das Konstrukt Zufriedenheit: *Stellenwert und Bedeutung des Zufriedenheitsbegriffs in den Sprachspielen des Alltags und der Wissenschaft*.....26

2.1 Begegnungen mit dem Zufriedenheitskonstrukt in der alltäglichen Lebensführung – *Eine soziologische Beobachtung*.....29

2.2 Zufriedenheit aus der Sicht der Sprachwissenschaft.....36

2.3 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Theologie.....40

2.4 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Philosophie.....46

2.4.1 Der Zufriedenheitsbegriff in den Werken von Baruch de SPINOZA bis Eduard von HARTMANN.....47

2.4.2 Michael WAGNERS »*Versuche über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*«.....49

2.4.3 Der Zufriedenheitsbegriff in den zeitgenössischen Werken von Hermann SCHMITZ, Harry G. FRANKFURT und Robert SPEAMANN.....55

2.5 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Literaturwissenschaft.....64

2.5.1 Entwürfe des „zufriedenen Lebens“ im utopischen Roman.....78

2.5.2 Entwürfe des „zufriedenen Lebens“ im dystopischen Roman.....83

2.6 Das Konstrukt Zufriedenheit im psychologischen Diskurs.....86

2.6.1 Die Zufriedenheit aus Sicht der Psychoanalyse.....89

2.6.2 Die Zufriedenheit aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie.....90

2.6.3 Die Zufriedenheit aus Sicht der Humanistischen Psychologie.....91

2.6.4 Die Zufriedenheit aus der Sicht der Motivationspsychologie.....93

2.6.5 Die Zufriedenheit aus Sicht der Sozialpsychologie.....95

2.6.6 Die Zufriedenheit aus Sicht der Ausdruckspsychologie.....98

2.7 Das Konstrukt Zufriedenheit im soziologischen Diskurs.....158

2.7.1 Das Konstrukt Zufriedenheit im Rahmen der Industriesoziologie.....160

2.8 Das Konstrukt Zufriedenheit im betriebswirtschaftlichen Diskurs.....175

2.9 Kapitelsynopsis.....187

3. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit
– *Entwicklung eines integrativen Patientenzufriedenheitsmodells*.....189

3.1 Das C/D-Paradigma als Grundmodell der Patientenzufriedenheitsgenese.....192

3.1.1 Das Expectation-Disconfirmation Modell – *Erwartungen als Vergleichsstandard (I)*.....194

3.1.1.1 Stellenwert und Bedeutung von Patientenerwartungen – *Eine Annäherung in definitorischer Absicht*.....203

3.1.1.1.1 Exkurs (I): Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen in der allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung – *Versuch einer Konstruktabgrenzung*.....216

3.1.1.1.1.1 Empirische Erhebungen von Patientenbedürfnissen.....216

3.1.1.1.1.2 Empirische Erhebungen von Patientenwünschen.....232

3.1.1.1.1.3 Empirische Erhebungen von Patientenerwartungen.....235

3.1.1.1.2 Exkurs (II): Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen in der psychiatrischen Versorgungsforschung sowie der Psychotherapieforschung.....238

3.1.1.1.2.1 Empirische Studien zur Erfassung der Bedürfnisse von Psychotherapiepatienten.....239

3.1.1.1.2.2 Empirische Studien zur Erfassung der Wünsche von Psychotherapiepatienten an die jeweilige Versorgungspraxis.....290

3.1.1.1.2.3 Empirische Studien zur Erfassung der Erwartungen von Patienten an die Psychotherapie.....292

3.1.1.1.3 Determinanten der Erwartungsgenese.....302

3.1.1.1.4 Erwartungsintervalle oder das Toleranzzonenmodell....307
3.1.1.1.5 Der Einfluss von Erwartungen auf die Dienstleistungsperzeption....312
3.1.1.1.6 Die Rückwirkung der Dienstleistungsperzeption auf die Erwartungsstruktur....314
3.1.1.1.7 Unzufriedenheitsreduktionsstrategien: *Vom »Robert-Walser-Effekt«, über den »spreading-apart-Effekt« bis hin zum »Peter-Kien-Effekt«*....319
3.1.1.2 Über die limitierte theoretische Reichweite des E-D-Modells....324
3.2 Die Theorie der Sozialen Vergleichesprozesse – *Soziale Vergleichsprozesse als Vergleichsstandard (III)*....325
3.3 Die Equity-Theorie – *Gerechtigkeits- und Fairnessnormen als Vergleichsstandard (IV)*....328
3.4 Die Theorie des kognitiven Geizhalses – *Verfügbarkeitsheuristiken als Vergleichsstandard (V)*....331
3.5 „Was wäre gewesen wenn...?" – *Reale oder fiktionale Alternativanbieter als Vergleichsstandard (VI)*....336
3.6 „*Schwerter zu Pflugscharen*" oder Das ‚Erwartungszentrierte, multiple Vergleichsstandard-modell der Patientenzufriedenheitsgenese'....340
3.6.1 "Kognitive Algebra" oder Wie entsteht das Gesamtzufriedenheitsurteil?....341
3.6.2 Die Patienten(un)zufriedenheit und ihre physiologischen und konativen Auswirkungen....345
3.7 Kapitelsynopsis....361

4. Zur Legitimität von Patientenzufriedenheitsuntersuchungen....362
4.1 Medizinischtherapeutische Argumente....364
4.2 Medizinisch-ethische Argumente....366
4.3 Medizinisch-politische Argumente....369
4.4 Ökonomisch-marketingtechnische Argumente....370
4.5 Qualitätsmanagementargumente....371
4.6 Gesundheitsbezogene Argumente....377
4.7 Dienstleistungstheoretisch fundierte Argumente....379
4.8 Radikal-Konstruktivistische Argumente....382
4.9 Kapitelsynopsis....384

5. Zur historischen Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung – *Von Metachronismen, Geschichtsklittierungen und Tatarennachrichten*....384
5.1 Eine kurze Geschichte der unsystematischen PZ-Forschung....385
5.2 Zur Genealogie der internationalen, systematisch angelegten PZ-Forschung....390
5.3 Die historische Entwicklung der systematischen PZ-Forschung in der BRD – *Ein mahnendes Beispiel für die geschichtsklittierenden Folgen eines Matthäus-Effekts*....396
5.4 Die historische Entwicklung der systematischen PZ-Forschung in der ehemaligen DDR....402
5.5 Seitenblicke auf die geschichtliche Entwicklung patientenzufriedenheitskonstruktnaher Forschungszweige in Deutschland....407
5.5.1 Untersuchungen zur Einstellung gegenüber der psychiatrischen Institution....407
5.5.2 Empirische Studien zum Konstrukt „Stationsatmosphäre"....410
5.5.3 Prozessforschung oder die Verwendung von Patientenzufriedenheitsitems in Post-Session-Outcome-Fragebögen sowie in Erhebungsinstrumenten zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung....412
5.6 Kapitelsynopsis....414

6. Methodische Zugangswege und Probleme bei der empirischen Erfassung des Patientenzufriedenheitskonstrukts 415
6.1 Quantitative und qualitative Forschungsmethoden zur Erhebung der PZ 417
6.1.1 Standardisierte Fragebögen 419
6.1.1.1 Übersichtsarbeiten zur psychometrischen Qualität internationaler Patientenzufriedenheitsfragebögen 419
6.1.1.2 Analyse von insgesamt 90 deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsfragebögen unter besonderer Berücksichtigung des Konstruktionsprozesses sowie ihrer psychometrischen Kennwerte 423
6.1.1.3 Weitere Varianten der Befragung mittels vollstandardisiertem Fragebogen: *Von Telefonumfragen über assistierte- und Email-Befragungen bis hin zur computergestützten Befragungen* 425
6.1.2 Qualitative Interviewformen 430
6.1.3 Die Methode der Gruppendiskussion (*‚Focus-Groups'*) 431
6.1.4 Unterschiedliche Beobachtungsverfahren 433
6.1.5 Projektive Bildererzähltests 436
6.1.6 Unkonventionelle Methoden aus dem Metier der qualitativen Sozialforschung 437
6.1.7 Multimethodisch ausgerichtete Studien (*Mixed-Method-Design*) 438
6.2 Zur methodischen Güte der im Krankenhausalltag verwandten PZ-Fragebögen 440
6.3 Das methodische Kardinalproblem der Patientenzufriedenheitsforschung: *Die exorbitant hohen Gesamtzufriedenheitswerte* 441
6.3.1 Erklärungsmodelle zur Genese der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte 444
6.3.1.1 Methodische Einflussfaktoren 444
6.3.1.1.1 Non-Response-Bias 444
6.3.1.1.2 Selektionseffekte 445
6.3.1.1.3 Positives Antwortverhalten provozierende Itemformate 446
6.3.1.1.4 Kontexteffekte (Halo-Effekt) 446
6.3.1.1.5 Bejahungstendenzen (Aquieszenz) 447
6.3.1.1.6 Positives Antwortverhalten provozierende Antwortkategorien 447
6.3.1.1.7 Positiv verzerrende Einflüsse der Fragebogenqualität 448
6.3.1.1.8 Soziale Erwünschtheit 448
6.3.1.1.9 Mangelhafte Anonymität (Deanonymisierungsängste) 448
6.3.1.1.10 Sponsorship-Effekt 449
6.3.1.1.11 Hawthorne-Effekt 449
6.3.1.1.12 Interviewer-Einfluss (*‚kluge Hans-Effekt'*) 450
6.3.1.1.13 Einfluss des Erhebungszeitpunktes 450
6.3.1.1.14 Publikations-Bias 451
6.3.1.2 Theoretische Erklärungsmodelle 451
6.3.1.2.1 Die psycho-soziale Situation des Patienten 452
6.3.1.2.2 Die Theorie der kognitiven Dissonanz 454
6.3.1.2.3 Das Assimilations-Akkommodations-Modell 455
6.3.1.2.4 Das 3-Faktoren-Modell 456
6.3.1.3 Soziodemographische Erklärungsansätze 458
6.3.1.4 Indikationsbezogene Erklärungsansätze 458
6.3.1.5 Zufriedenheitsreibende Einflüsse variabler Patientenmerkmale 459
6.3.2 Methodische „Kunstgriffe" zur Erzielung eines kritischeren Antwortverhaltens: *Über Sophisten, Rabulisten, Proselytenmacher und Danaergeschenkverpacker in Personalunion* 461
6.3.2.1 Zufriedenheitsbegriffsverbannung, Dritte-Person-Effekt und Reporting Stil: *Gangbare Wege zu einem kritiksensitiveren Itemformat?* 462
6.3.2.2 Linksschiefe Antwortskalen zur Erhöhung der Problemsensitivität: *Erfolgs- oder Holzweg?* 466
6.3.2.3 Anspruchsniveaureduktions- und Entschuldigungstendenzskalen: *Brauchbare Instrumente zur Kontrolle der hohen Zufriedenheitswerte?* 467
6.3.3 Kritische Stellungsnahme zur Diskussion über die methodische Problematik der stereotyp hohen Patientenzufriedenheitswerte 468
6.4 Kapitelsynopsis 470

7. „*Der Berg kreiste und gebar eine Maus*“ – Zur defizitären Verwertung generierter Patientenzufriedenheitsdaten.....471
7.1 Das Verwertungsdefizit – *Eine ätiologische Perspektive*.....476
7.1.1 Theoretische Ursachen des Verwertungsdefizits.....477
7.1.2 Methodische Ursachen des Verwertungsdefizits.....479
7.1.3 Logistische Ursachen des Verwertungsdefizits.....479
7.1.4 Kommunikative Ursachen des Verwertungsdefizits.....480
7.1.5 Individualpsychologische Ursachen des Verwertungsdefizits.....481
7.1.6 Organisationstheoretische Ursachen des Verwertungsdefizits.....482
7.1.6.1 Patientenzufriedenheitsdaten als närrisches, wirkunmächtiges Rauschen – *Eine systemtheoretische Perspektive auf das Verwertungsdefizit*.....483
7.1.6.2 Patientenzufriedenheitsdaten als Angriffsbälle abschlussschwacher Innovationsspieler oder Das ausgeklügelte Catenaccio der Routinespieler – *Eine mikropolitische Perspektive auf das Verwertungsdefizit*.....484
7.1.6.3 Patientenzufriedenheitsdaten als Bausubstanz potemkinscher Qualitätsdörfer – *Eine neoinstitutionalistische Perspektive auf das Verwertungsdefizit*.....487
7.2 Das Verwertungsdefizit – *Eine therapeutische Perspektive*.....490

8. Aufbau der empirischen Untersuchung und Entwicklung der Erhebungsinstrumente.....491
8.1 Explikation der Untersuchungsziele.....491
8.2 Untersuchungsdesign.....492
8.3 Entwicklung des multimethodischen Erhebungsinstrumentariums.....493
8.3.1 Der Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPSQAAT).....493
8.3.1.1 Schritte der Fragebogenoptimierung.....495
8.3.1.1.1 Intensive Analyse der nationalen und internationalen PZ-Forschungsliteratur.....495
8.3.1.1.2 Inhaltsanalytische Auswertung von 30 deutschsprachigen PZ-Fragebögen.....496
8.3.1.1.3 Inhaltsanalytische Auswertung der offenen Fragestellungen des Katamnesefragebogens...497
8.3.1.1.4 Integration zentraler Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychotherapieforschung sowie der Alkoholismustherapieforschung.....498
8.3.1.1.4.1 Theoriegeleitete Konstruktion der Veränderungsskala.....499
8.3.1.1.4.2 Die Leipziger Kurzskala (SOC-L9) zur Messung des Kohärenzgefühls.....506
8.3.1.1.4.3 Die Kurzskala zur Messung der ‚*abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung*‘ (SEQ).....507
8.3.1.1.4.4 Theoriegeleitete Konstruktion der Skala ‚*therapeutische Beziehung*‘.....508
8.3.1.1.4.5 Theoriegeleitete Konstruktion der Skalen ‚*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*‘.....511
8.3.1.1.4.6 Theoriegeleitete Konstruktion der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*‘.....513
8.3.1.1.5 Der ‚ZUF-3‘.....515
8.3.1.2 Die Gesamtstruktur des Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPSQAAT).....515
8.3.1.3 Fragebogen-Layout, Einleitungstext, Gratifikationen und diverse Reduktionsmaßnahmen der Fragebogenausfüllkosten.....516
8.3.1.4 Zwei-Phasen-Pretesting.....519
8.3.2 Das (melangiert-)leitfadengestützte Interview.....520
8.3.2.1 Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens.....522
8.3.2.2 Das Untersuchungssetting sowie der gewählte Interviewstil.....523
8.3.2.3 Die verwendete Auswertungsmethode.....524
8.3.2.4 Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung.....525
8.3.3 Der Projektive-Warsteiner-Bildererzähltest (PWB).....526
8.3.4 Der Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ).....529

9. Darstellung und Diskussion der quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnisse.....531
9.1 Zentrale Ergebnisse der quantitativen Untersuchung.....531
9.1.1 Gesamtzufriedenheit.....532
9.1.1.1 Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit zwischen den Stationen.....532
9.1.1.2 Zusammenhang zwischen ZUF-3 und WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitsscores.....533
9.1.2 Schwachstellenanalyse.....534
9.1.2.1 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'.....534
9.1.2.2 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal*'.....536
9.1.2.3 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Beziehung zum Bezugstherapeuten*'.....536
9.1.2.4 Kritische Patientenangaben innerhalb der ‚*Gruppenpsychotherapie-Skalen*'.....538
9.1.2.5 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Unterbringung und Service*'.....540
9.1.2.6 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitpatienten*'.....541
9.1.2.7 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Wahrnehmung des Stationspersonals*'.....542
9.1.2.8 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept*'.....543
9.1.3 Faktorenanalytische Überprüfung der apriorischen WPSQAAT-Skalendimensionierung ‚*Veränderungen durch die Therapie*' sowie ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'.....543
9.1.3.1 Explorativ faktorenanalytische Untersuchung der WPSQAAT-Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'.....544
9.1.3.2 Explorativ faktorenanalytische Untersuchung der WPSQAAT-Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'.....546
9.1.3.3 Bestimmung von Zusammenhängen zwischen den Faktoren der WPSQAAT-Skalen ‚*Veränderungen durch die Therapie*' und ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' mittels Korrelationsmatrix.....548
9.2 Zentrale Ergebnisse der qualitativen Untersuchung.....549
9.2.1 Genese und Morphologie des Kategoriensystems.....551
9.2.1.1 Prästationäre Behandlungserwartungen.....553
9.2.1.2 Initiale Therapieprogrammtransparenz.....556
9.2.1.3 Hitparade der hilfreichsten Therapiebausteine.....559
9.2.1.4 Die Beziehung zum Bezugstherapeuten.....562
9.2.1.5 Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie.....563
9.2.1.6 Der janusköpfige Einfluss von Mitpatienten auf den Therapieprozess.....566
9.2.1.6.1 „*Zu viel Krawall stört die Therapie*"
– Konflikthafte Mitpatientenbeziehungen als Therapieinhibatoren.....567
9.2.1.6.2 „*(...) die eigentliche Therapie ist Abends*"
– Supportive Mitpatientenkontakte als Therapieprozesskatalysatoren.....574
9.2.1.7 „*Wenn einer Probleme hat und dann in so ein Zimmer reinkommt, dann kommt ja noch mal irgendwo so ein Druck oben drauf*"
– Bewertung der stationären Aufenthalts- und Therapieräumlichkeiten sowie der Patientenzimmer.....579
9.2.1.8 „*Ich glaube (,) ähm .. häufig geäußerte Kritik ist eigentlich immer das Bauliche und der (,) Therapieausfall*"
– Verbesserungsvorschläge der Patienten.....585
9.3 Bestimmung der Konstruktvalidität mittels Multitrait-Multitmethod-Matrix.....586
9.4 Ergebnisse des Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ).....588
9.5 Kapitelsynopsis und Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog.....589

10. Zusammenfassung und Forschungsausblick.....591

<u>Anhang (Band II)</u>:
Literaturverzeichnis.....595
Filmverzeichnis.....1027
Abbildungen.....1029
Tabellen.....1058
Warsteiner Patient Satisfaction Questionnaire for Alcohol Abusus Treatment (WPSQAAT).....1178

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: The Line of Beauty....52
Abb. 2: Gedicht »*Die Zufriedenheit*« von Johann Martin MILLER....69
Abb. 3: Das Land der Zufriedenheit....80
Abb. 4: Die Bedürfnispyramide A.H. MASLOWS....1029
Abb. 5: Das Modell der Zufriedenheit von Peter R. HOFSTÄTTER....96
Abb. 6: Circumplex Modell der Emotionen nach RUSSELL....101
Abb. 7: Gesichtsausdruckshinterlegtes Circumplex Modell der Emotionen....101
Abb. 8: "Zufriedene" Strichfigur....104
Abb. 9: Gangmerkmale aktiver Zufriedenheit....111
Abb. 10: Gangmerkmale passiver Zufriedenheit....111
Abb. 11: Zufriedenheit ausdrückende Sitzhaltung....114
Abb. 12: Die Gesichtsmuskeln....121
Abb. 13: Unzufriedener Landwirt....123
Abb. 14: Selbstzufriedenes Lächeln....126
Abb. 15: Zufriedene Stimmung (I)....126
Abb. 16: Zufriedene Stimmung (II)....126
Abb. 17: Vorlage und Ergebnisse des Pupillentests....136
Abb. 18: Schematische Darstellung der zentralen Sprechwerkzeuge....142
Abb. 19: Zufriedenheitsentstehungs- und -auswirkungsmodell....150
Abb. 20: Konstruktoperrationalisierung subjektives Wohlbefinden nach GLATZER & ZAPF....155
Abb. 21: Vier-Faktoren-Ansatz des Subjektiven Wohlbefindens nach MAYRING....156
Abb. 22: Grundmodell der Arbeitszufriedenheit....170
Abb. 23: Die Typologie der Arbeitszufriedenheit von Agnes BRUGGEMANN....1030
Abb. 24: Das Confirmations/Disconfirmations-Paradigma....193
Abb. 25: Normativer Erwartungsintervall....183
Abb. 26: Prädikativer Erwartungsintervall....184
Abb. 27: Das C/D-Paradigma als Grundmodell der Patientenzufriedenheitsgenese....193
Abb. 28: Das Expectation-Disconfirmation-Modell der Patientenzufriedenheitsgenese....195
Abb. 29: Das Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der Patientenzufriedenheit....203
Abb. 30: Prädikatives Erwartungsniveau hinsichtlich der Wartezeit beim Hausarzt....209
Abb. 31: Die Gesamtzufriedenheit als Metakonstrukt....213
Abb. 32: Der Einfluss von prädikativen und normativen Erwartungen auf die Gesamtzufriedenheit....1031
Abb. 33: Die Funktion prädikativer Patientenerwartungen innerhalb des E/D-Modells....1032
Abb. 34: Die Funktion normativer Patientenerwartungen innerhalb des E/D-Modells....1032
Abb. 35: Bedeutende historische Einflussfaktoren auf die Auseinandersetzung mit Patientenbedürfnissen in Deutschland....217
Abb. 36: Psychosoziale Belastungsfaktoren im Krankenhaus....221
Abb. 37: Ergebnisse des patientenzentrierten Visitekonzepts auf der Ulmer Modellstation....1033
Abb. 38: Die Position von Patientenbedürfnissen innerhalb des E/D-Modells....232
Abb. 39: Die Position von Patientenwünschen innerhalb des E/D-Modells....235
Abb. 40: Die Position subjektiver Krankheitstheorien des Patienten innerhalb des E/D-Modells....237
Abb. 41: Einflussfaktoren auf die Auseinandersetzung mit Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen in Deutschland....239
Abb. 42: Spielergebnis aus einer offenen Frauenstation....251

Abb. 43: Das Need-Press-Modell von MURRAY....1033
Abb. 44: Interdependenz von ethischen Prinzipien, allgemeinen Normen der Interaktion und gemeindepsychiatrischen Strukturen....1034
Abb. 45: Teilschritte des IBRP....1035
Abb. 46: Die gelungene Arzt-Patient-Zusammenarbeit aus der Sicht psychosekranker Menschen....1036
Abb. 47: Auswahl bedeutender Einflussfaktoren auf die Entstehung des SDM-Ansatzes....1036
Abb. 48: Therapeutische Auswirkungen Bedürfnisbefriedigender Patientenerfahrungen....1037
Abb. 49: Zentrale Einflussfaktoren auf die Entwicklung der psychotherapeutischen Erwartungsforschung....293
Abb. 50: Zentrale Einflussfaktoren auf die Patientenerwartungsbildung....303
Abb. 51: Der Stellenwert von Erwartungsbildungskomponenten innerhalb des E/D-Modells....307
Abb. 52: Integration des Erwartungsintervalls- und Toleranzzonenkonzepts in das E/D-Modell....312
Abb. 53: Der Einfluss von Erwartungen auf die Leistungswahrnehmung im Rahmen des E/D-Modell....314
Abb. 54: Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit....317
Abb. 55: Der Einfluss der Leistungsperzeption auf die Erwartungsmorphologie innerhalb des E-D-Modells....319
Abb. 56: Der Einfluss von Unzufriedenheitsreduktionsstrategien innerhalb des E-D-Modells....324
Abb. 57: Die kognitiven Aufgaben eines Befragten....332
Abb. 58: Das Kundenzufriedenheitsmodell von DRÖGE & MACKOY....337
Abb. 59: Die multiple Regressionsanalyse als Wichtigkeitsbestimmungsverfahren....344
Abb. 60: Physiologische und konative Auswirkungen von Patientenzufriedenheit....345
Abb. 61: Physiologische und konative Auswirkungen von Patientenunzufriedenheit....352
Abb. 62: Zufriedenheits- und Abhängigkeitsgrad als zentrale Determinanten der Abwanderungswahrscheinlichkeit....353
Abb. 63: HAMD-Werte vor und nach der Antidepressiva-Behandlung bei Patienten mit und ohne positive initiale Therapiebewertung....355
Abb. 64: Gründe zur Durchführung von Patientenzufriedenheitserhebungen....363
Abb. 65: Muster des Nachbefragungsbogens von ROSSEL (1994)....365
Abb. 66: Das Erbringungsverhältnis im Rahmen der neunen Dienstleistungstheorie....381
Abb. 67: Unterschiedliche Patientenzufriedenheitsbefragungstypen....365
Abb. 68: Brief des Patienten Theodor V. an seine Mutter aus dem Jahre 1905....387
Abb. 69: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von Felix M. BÖCKER....1038
Abb. 70: DDR-Ehrenmedaille ‚*Kollektiv der sozialistischen Arbeit*'....403
Abb. 71: Einleitungstext zum Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959)....404
Abb. 72: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959) – Teil I....404
Abb. 73: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959) – Teil II....405
Abb. 74: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von GLOMB & GLOMB (1979a)....406
Abb. 75: Operationalisierung des Konstrukts 'Stationsklima' nach MOOS....1039
Abb. 76: Primäre und sekundäre Gütekriterien von Patientenzufriedenheitsfragebögen....420
Abb. 77: Bildertafeln aus der Studie von LIBO (1953)....1040
Abb. 78: Bildertafeln aus der Studie von LIBO (1957)....1041
Abb. 79: Bildertafel-Nr.1 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1042
Abb. 80: Bildertafel-Nr.2 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1042
Abb. 81: Bildertafel-Nr.3 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1043
Abb. 82: Bildertafel-Nr.4 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1043
Abb. 83: Bildertafel-Nr.5 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1044
Abb. 84: Bildertafel-Nr.6 aus der Studie von CAUDILL (1958)....1044

Abb. 85: Bildertafel-Nr.7 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1045
Abb. 86: Bildertafel-Nr.8 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1045
Abb. 87: Bildertafel-Nr.9 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1046
Abb. 88: Bildertafel-Nr.10 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1046
Abb. 89: Bildertafel-Nr.11 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1047
Abb. 90: Bildertafel-Nr.12 aus der Studie von CAUDILL (1958) 1047
Abb. 91: Bildertafeln aus der Studie von RENZINKOFF et al. (1959) 1048
Abb. 92: Bildertafelset aus der Studie von MOßLER (1981) 1049
Abb. 93: Die vierte caudillsche Bildtafel: A patient at the front door of the hospital 437
Abb. 94: Das 3-Faktoren-Modell zur Erklärung der hohen Zufriedenheitswerte 457
Abb. 95: Modell zur Erklärung hoher Zufriedenheitswerte nach WILLIAMS 461
Abb. 96: Klassische Reporting-Fragen 463
Abb. 97: Beispiel einer linksschiefen Antwortskala 466
Abb. 98: Das Verwertungsdefizit der Patientenzufriedenheitsforschung 472
Abb. 99: Zentrale Gründe für die Persistenz des Verwertungsdefizits 477
Abb. 100: Inhaltsanalytische Auswertung der Dimensionsstruktur von 30 deutschsprachigen PZ-Fragebögen 497
Abb. 101: Inhaltsanalytische Auswertung der Antworten zu den offenen Fragen des Katamnesefragebogens 498
Abb. 102: Das sozial-kognitive Rückfallentstehungsmodell von G. Alan MARLATT 500
Abb. 103: Apriorische Faktorenstruktur der Veränderungsskala des WPSQAAT 505
Abb. 104: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚Beziehung zum Bezugstherapeuten' des WPSQAAT 510
Abb. 105: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie' des WPSQAAT 512
Abb. 106: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' 514
Abb. 107: Aufbau des Kognitiven-Pretest-Evaluationsinterviews 519
Abb. 108: Bildkarte Nr. 1 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 528
Abb. 109: Bildkarte Nr. 4 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 528
Abb. 110: Bildkarte Nr. 1 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1050
Abb. 111: Bildkarte Nr. 2 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1051
Abb. 112: Bildkarte Nr. 3 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1052
Abb. 113: Bildkarte Nr. 4 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1053
Abb. 114: Bildkarte Nr. 5 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1054
Abb. 115: Bildkarte Nr. 6 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1055
Abb. 116: Bildkarte Nr. 7 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1056
Abb. 117: Bildkarte Nr. 8 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests 1057
Abb. 118: Seite eins des Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogens zur Zufriedenheits-einschätzung (WAbbZ) 529
Abb. 119: Seite zwei des Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogens zur Zufriedenheits-einschätzung (WAbbZ) 529
Abb. 120: Gesamtzufriedenheitsunterschiede zwischen den untersuchten Stationen 533
Abb. 121: Zusammenhang zwischen dem ZUF-3 und dem WPSQAAT-GZW 533
Abb. 122: Therapieerfolgs-Zufriedenheit 534
Abb. 123: Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie 539
Abb. 124: Einflussfaktoren auf die Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie 540

Abb. 125: Unterbringungszufriedenheitswertunterschiede zwischen den untersuchten Stationen.....541
Abb. 126: Kategoriensystem.....552
Abb. 127: Die konstante Missachtung elementarer Wohnbedürfnisse als primäre Ursache therapiedysfunktionaler Mitpatientenkonflikte.....571
Abb. 128: Versuch einer theoretischen Analyse des Wirkfaktors ‚*informell-supportive Mitpatientengespräche*'.....578
Abb. 129: Verbesserungsvorschläge der Patienten (Chefarzt-Gedankenexperiment).....586
Abb. 130: Ergebnisse der Multitrait-Multimethod-Matrix-Analyse.....587

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1: Internationale Forschungsarbeiten zur Patientenzufriedenheitseinschätzungs-präzision professioneller Mitarbeiter....18

Tab. 2: Emotionsrelevante akustische Parameter....1058

Tab. 3: Beschreibung unterschiedlicher Arbeitstypen nach BRUGGEMANN....1059

Tab. 4: Unterschiedliche Vergleichsstandards im Rahmen von Kundenzufrieden-heitsmodellen....178

Tab. 5: Überblick über Typen von Kundenerwartungen....182

Tab. 6: Anwendung des Erwartungskonstrukts in unterschiedlichen Wissenschafts-disziplinen I....1059

Tab. 7: Anwendung des Erwartungskonstrukts in unterschiedlichen Wissenschafts-disziplinen II....1060

Tab. 8: Die Krankenhausversorgung dritter Klasse im Urteil der Bevölkerung....1060

Tab. 9: Die Nachteile der dritten Pflegeklasse aus der Perspektive der Bevölkerung....1061

Tab. 10: Ausgewählte internationale Studien über Informationsbedürfnisse von Krankenhauspatienten....1062

Tab. 11: Ausgewählte internationale Studien über die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte....1063

Tab. 12: Soziale Patientenbedürfnisse als Determinanten der Erwartungsbildung....231

Tab. 13 bis 24: Analyse von sechs ausgewählten empirischen Studien aus dem Metier der Psychiatrischen-Soziologie....1065-1076

Tab. 25: Investigativ-Journalismus in der Psychiatrie....254

Tab. 26: Die Einstellung der Patienten zum Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft....261

Tab. 27: Kennzeichen ‚objektorientierter'- versus ‚subjektorientierter Psychiatrie'....272

Tab. 28: Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation....282

Tab. 29 bis 34: Analyse ausgewählter Studien zur empirischen Erfassung von Patientenwünschen....1078-1083

Tab. 35 bis 53: Analyse ausgewählter Studien zur empirischen Erfassung von Patientenerwartungen....1085-1103

Tab. 54: Ergebnisse der internationalen Vergleichsstudie von Winfried RAPHAEL....376

Tab. 55: Reaktionen der Sanatoriumsärzte auf die Patientenkritik....389

Tab. 56 bis 58: Systematische PZ-Untersuchungen zwischen 1887 und 1959....1104-1106

Tab. 59 bis 67: Sämtliche im Zeitraum zwischen 1898 und 1993 in (West-)Deutschland publizierten PZ-Studien....1107-1115

Tab. 69 bis 69: PZ-Untersuchungen in der ehemaligen DDR....1116-1117

Tab. 70: Zentrale Ergebnisse aus der Einstellungsuntersuchung von BÖCKER & EDERER....409

Tab. 71 bis 72: Deutsche Forschungsarbeiten zur empirischen Erfassung des Konstrukts ‚Stations-klima', die im Zeitraum zwischen 1970 und 1993 publiziert wurden....1118-1119

Tab. 73: Die Fragenpaare der SBB-Kontrollskala....412

Tab. 74 bis 75: Deutschsprachige Forschungsarbeiten zur Erfassung der ‚*(initialen) therapeutischen Beziehungsqualität*' sowie zur Erhebung des ‚*Post-Session-Outcome*'....1120-1121

Tab. 76: Übersichtsarbeiten zur psychometrischen Güte internationaler PZ-Bögen....421

Tab. 77 bis 135: Systematische Analyse von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Bögen....1122-1177

Tab. 136: Psychometrische Kennwerte von 90 deutschsprachigen PZ-Bögen....424

Tab. 137: PZ-Studien mit multimethodischem Forschungsdesign....439

Tab. 138: Studien zur Patientenkompetenz....469
Tab. 139: Für die Itemsammlung und -formulierung der Veränderungsskala gesichtete Fragebögen....506
Tab. 140: Gesichtete Fragebögen zur Itemsammlung und -formulierung der Skala ‚*therapeutische Beziehung*'....510
Tab. 141: Wirkfaktorenmodelle der Gruppenpsychotherapie....511
Tab. 142: Gesichtete Fragebögen zur Itemsammlung und -formulierung der Skala ‚*Erfahrungen mit der GPT*'....512
Tab. 143: Inhaltlicher Aufbau des WPSQAAT....516
Tab. 144: Inhaltlicher Aufbau des Interviewleitfadens....523
Tab. 145: Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung nach Ines STEINKE....526
Tab. 146: Erscheinungsveränderungen des Gesichts im Rahmen der Emotionen ‚*Ärger*' und ‚*Glück/Freude*'....527
Tab. 147: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'....535
Tab. 148: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Beziehung zum Bezugstherapeuten*'....537
Tab. 149: Korrelative Zusammenhänge zwischen der Skala ‚*Beziehung zum Bezugstherapeuten*' und dem ZUF-3....538
Tab. 150: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Erfahrungen mit der GPT*'....539
Tab. 151: Einflussfaktoren auf die Gesamtzufriedenheit mit der GPT....540
Tab. 152: Schwachstellen hinsichtlich der Unterbringung und des Services....541
Tab. 153: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitpatienten*'....542
Tab. 154: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Wahrnehmung des Stationspersonals*'....542
Tab. 155: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚*Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept*'....543
Tab. 156: Faktor 1 der Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'....544
Tab. 157: Faktoren 2 bis 4 der Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'....545
Tab. 158: Korrelative Zusammenhänge zwischen Veränderungsbereichen und Therapieerfolg....546
Tab. 159: Faktoren 1 bis 9 der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'....547
Tab. 160: Zusammenhänge zwischen den patientenseitigen Beurteilungen des Stationsalltags, der Mitpatientenbeziehungen sowie des Therapiekonzepts und den Veränderungseinschätzungen der Patienten....548
Tab. 161: Charakteristika der interviewten Patienten....550
Tab. 162: Hitliste der als hilfreich erlebten Therapieangebote....560
Tab. 163: Abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungseinschätzungsdifferenzen....587
Tab. 164: Gegenüberstellung der ZUF-3 und WAbbZ-Werte....589

„(...) Objektivität – (...) nicht als »interessenlose Anschauung« verstanden (als welche ein Unbegriff und Widersinn ist), sondern als das Vermögen, sein Für und Wider *in der Gewalt zu haben* und aus- und einzuhängen: so dass man sich gerade die *Verschiedenheit* der Perspektiven und der Affekt-Interpretation für die Erkenntnis nutzbar zu machen weiß. Hüten wir uns nämlich, meine Herrn Philosophen, von nun an besser vor der gefährlichen alten Begriffs-Fabelei, welche ein »reines, willenloses, schmerzloses, zeitloses Subjekt der Erkenntnis« angesetzt hat, hüten wir uns vor den Fangarmen solcher kontradiktorischer Begriffe wie »der reinen Vernunft«, »absolute Geistigkeit«, »Erkenntnis an sich«; - hier wird immer ein Auge zu denken verlangt, das gar nicht gedacht werden kann, eine Auge, das durchaus keine Richtung haben soll, bei dem die aktiven und interpretierenden Kräfte unterbunden sein sollen, fehlen sollen, durch die doch Sehen erst ein Etwas-Sehen wird, hier wird also immer ein Widersinn und Unbegriff vom Auge verlangt. Es gibt *nur* ein perspektivisches Sehen, *nur* ein perspektivisches »Erkennen«; und *je mehr* Affekte wir über eine Sache zu Wort kommen lassen, *je mehr* Augen, verschiedene Augen wir uns für dieselbe Sache einzusetzen wissen, um so vollständiger wird unser »Begriff« dieser Sache, unsere »Objektivität« sein.“[1]

Friedrich Nietzsche

„Es war ein hartnäckiger Irrtum, dass die Wirklichkeit an sich, unabhängig vom Standpunkt des Beschauers, eine eigene Physiognomie haben sollte. Es ist klar, dass nach dieser Theorie jede Wahrnehmung, da sie in einem bestimmten Standpunkt gewonnen wird, von jedem absoluten Anblick abweichen und darum falsch sein musste. Aber die Wirklichkeit bietet wie die Landschaft unendlich viele Perspektiven, die alle gleich wahr und gleichberechtigt sind. Falsch ist allein die Perspektive, die behauptet, die einzige zu sein.“[2]

José Ortega Y Gasset

„Es gibt da keine andre Möglichkeit, objektiv zu sein, als dass man ehrlich von seiner Subjektivität ausgeht. Die Objektivitätspflicht verlangt nur, dass man wirklich den ganzen Horizont besieht, nicht aber, dass man von einem andern Standpunkt aus sieht als auf dem man steht, oder gar von gar keinem Standpunkt. Die eigenen Augen sind gewiss nur die eigenen Augen; es wäre aber schildbürgerhaft, zu glauben, dass man sie sich rausreißen muss, um richtig zu sehen.“[3]

Franz Rosenzweig

„Wer beobachtet, tut dies von einem Standpunkt aus – damit begibt er sich nicht schon in einem Irrtum. Der Irrtum im Blick auf die Wahrheit heißt nicht, einen Standpunkt zu beziehen, sondern diesen für absolut zu erklären und zu verkennen, dass, selbst wenn er von seinem Standpunkt aus recht haben kann, die ethische Vernunft nicht unbedingt auf seiner Seite sein muss.“[4]

Paulo Freire

„Relativierung (...) ist der erste Schritt zur Kritik. (...) kein Individuum [hat, T.K.] die Autorität, die erforderlich wäre, den anderen, allen anderen, zu sagen, was es mit dem, was ist, auf sich hat, und zwar aus dem einfachen Grund, weil es einen Körper hat und deswegen zwangsläufig zeitlich und räumlich, äußerlich und innerlich situiert ist“[5].

Luc Boltanski

---

[1] NIETZSCHE 1999b: 256-257
[2] ORTEGA Y GASSET 1996d: 138-139
[3] ROSENZWEIG & ROSENZWIG 1935: 597
[4] FREIRE 2008: 18
[5] BOLTANSKI 2010: 75, 115

»Die einzig wirklich lohnende Entdeckungsreise führt nicht etwa in fremde Länder, sondern liegt im Besitz anderer Augen, in der Fähigkeit, durch die Augen eines anderen, ja hundert anderer, das Universum zu sehen und hundert Weltalle, die jeder einzelne sieht, schauen zu können, hundert Weltalle, die jeder von ihnen ist.«

Marcel Proust[1]

1. Einleitung

Mag die unsystematische, d.h. nicht an wissenschaftlichen Regeln orientierte, Erfassung der Patientenzufriedenheit (PZ[2]) im Krankengespräch so alt sein wie die Medizin selbst[3] *resp.* soweit in der Geschichte zurückreichen wie erstmalig einem Mitglied einer menschlichen Gemeinschaft die Rolle des Heilers[4] zugeschrieben wurde, so rekurriert der häufig unausgesprochene, in den Subtext der Patientenzufriedenheitsforschung (PZF) implizit eingeschriebene und im Titel der Dissertation dezidiert ausgesprochene Wunsch, den Krankenhausalltag einmal »*Mit den Augen der Patienten*« sehen und erforschen zu wollen auf ein – wie dem Autor scheint – viel tiefer liegendes, ureigenes anthropologisches Sehnsuchtsmotiv, das so alt ist wie der Mensch selbst, nämlich die Welt einmal »*Mit den Augen des Anderen*« zu sehen. „Wer kann sagen" – so führt David Henry THOREAU in seinem als Klassiker der Aussteigerliteratur bekannt gewordenen Roman »*Walden*« (1845) aus – „wie das Leben für einen andren aussieht?"[5] Und weiter „Gäbe es ein größeres Wunder als das, einen Augenblick mit den Augen des anderen sehen zu können?"[6] Bevor nun dem Leser in den nachstehenden Zeilen eine an den konventionellen Gepflogenheiten des wissenschaftlichen Arbeitens orientierte Einleitung – in welcher der Verfasser unter anderem die aktuellen Schwierigkeiten *resp.* Defizite der PZF nachzeichnen sowie eine knappe Übersicht über die Ziele und den inhaltlichen Aufbau der vorliegenden Arbeit geben wird[7] – dargeboten werden soll, möchte der Autor vorab insofern einer etwas unorthodoxen Schreibweise das Wort reden, als dass die voranstehend aufgeworfene These, laut derer der Mensch von jeher *bzw.* – pointiert formuliert – ab einer gewissen Evolutionsstufe dem schier uneinlösbaren Wunsch aufsitzt, einmal in die *Haut des Anderen* schlüpfen zu können und die *Welt mit seinen Augen* wahrzunehmen, weiter ausgekleidet und verifiziert werden soll. Dabei versucht der nachfolgende Beweisführungsgang in einem ersten Schritt unter Bezugnahme auf die Diskursebenen des Alltagslebens, der Mythologie, des Kinderspiels, der phänomenologischen Soziologie, der Unterhaltungsindustrie sowie der Film-, Kunst- und Literaturgeschichte, die ubiquitäre Verbreitung des aufgezeigten Urwunsches nachzuweisen. Nachdem in diesem ersten Schritt die historische Persistenz des archetypischen Wunschmotivs belegt werden konnte, soll anschließend in einem zweiten Schritt *in nuce* die Frage beantwortet werden, aus welchen Quellen sich dieser immerwährende Wunsch des Menschen speist. Daran anknüpfend soll in einem dritten Schritt anhand zentraler Ergebnisse der Entwick-

[1] PROUST 2004: 366

[2] Die ob ihrer zentralen Bedeutsamkeit in der vorliegenden Arbeit häufig bemühte Vokabel ‚Patientenzufriedenheit' wird im weiteren Textverlauf sowohl zugunsten des Leseflusses als auch zur Reduktion des Gesamttextumganges mit dem Akronym PZ abgekürzt.

[3] So verweist beispielsweise VIETHEN darauf, dass sich der heutige Qualitätsindikator „Patientenzufriedenheit, (…) bereits im Namen des altägyptischen Arzt-Wesirs *Impothep* (2800 v. Chr.) [findet, T.K.], was ins deutsche übersetzt soviel bedeutet wie „*Jener, der Zufriedenheit bringt*"." [VIETHEN 1995: 1]

[4] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich der Autor aus Gründen der Lesefreundlichkeit für die durchgängige Verwendung der maskulinen Personenbezeichnungsform, welche im folgenden Textkörper Personen weiblichen Geschlechts gleichermaßen mit einschließt, entschied.

[5] THOREAU 2007: 15.

[6] ebenda

[7] vgl. RÜCKRIEM / STARY & FRANCK 1990: 238-240.

lungspsychologie, der Neurowissenschaften sowie der soziologischen Sozialisationstheorie die These der Art modifiziert werden, dass eine abgespeckte *bzw.* realisierbare Form des Urwunsches, die in der menschliche Fähigkeit zur Perspektivübernahme Gestalt annimmt, eine *conditio sin qua none* des Vergesellschaftungsprozesses darstellt. Wurde dem Leser in diesem dritten Schritt *ad oculos demonstriert*, dass die im Sozialisationsprozess einzuübende Perspektivübernahmefähigkeit ein – in der Diktion der formalen Soziologie Georg SIMMELS formuliertes – soziales Apriori[8] darstellt, so sollen in einem vierten und letzten Schritt dieser unkonventionellen Hinführung zur Hauptthematik der Dissertation aufgezeigt werden, dass die menschliche Gabe der Perspektiveübernahme nicht nur eine unabdingbare Voraussetzung für eine demokratische Gesellschaftsordnung, sondern darüber hinaus auch ein elementares Strukturmerkmal einer subjektorientierten, humanistisch-demokratischen Psychiatrie ist. Demgemäß wird der Autor in diesem letzten Argumentationsstrang aufzuzeigen versuchen, dass eine konsequent-philosophische Weiterführung des Gedankens der Perspektivübernahme uns einerseits Abschied nehmen lässt von der obsolet gewordenen Vorstellung einer letzten (ärztlich-therapeutischen-)Beobachterposition, die – im Stile eines archimedischen Punktes – apodiktische Gewissheit für sich verbucht und uns somit anderseits die Chance eröffnet, die vielfach postulierte Idealvorstellung einer dialogisch *resp.* trialogisch ausgerichteten Psychiatrie[9], in der die mannigfachen Blickwinkel der Patienten wie auch ihrer Angehörigen als grundsätzlich gleichwertig neben den professionellen Wirklichkeitskonstruktionen der Klinikmitarbeiter koexistieren und in einem – angelehnt an die Diskursethik von Jürgen HABERMAS – *herrschaftsfreien Raum*[10] bzw. in einem – unter Berufung auf die Befreiungspädagogik Paulo FREIRES – von Demut und Liebe getragenen Dialog[11] zu diskutieren sind, Realität werden zu lassen.

Der übergeordnete Sinn und Zweck der nachstehenden Zeilen besteht nun auf der einen Seite darin, den Leser sowohl für den historischen als auch kulturtheoretischen Hintergrund jedweder Ausformungen von *»Perspektivwechselbemühungen«* zu sensibilisieren sowie auf der anderen Seite darin, den Leser schon zu Anfang der Dissertation mit der zum Teil recht eigenwilligen Stilistik *resp.* Argumentationsführung des Autors vertraut zu machen, der im Rahmen dieser Arbeit zuhauf die ausgetretenen Pfade der bisherigen PZF verlassen wird, um in scheinbar unwägbaren (Wissens-)Gefilden gangbare Wegstrecken auszuloten.

Ist das von Henry David THOUREAU – so sei an dieser Stelle erst einmal grundsätzlich gefragt – als größtes Wunder, welches dem Menschen auf der Erde zuteil werden kann, beschriebene Phänomen des die Welt „(…) *einen Augenblick mit den Augen des anderen sehen zu können?"* – ein Wunder übrigens, soviel sei *en passant* angemerkt, für dessen Realisierungsbestrebungen der gefallene Engel Luzifer, der im Sinne eines systemtheoretischen Beobachters 2. Ordnung versucht hatte Gott beim beobachten zu beobachten, von Gott hart bestraft und aus dem honigsüßen Himmelsreich verbannt wurde[12] – wirklich als ein dermaßen außergewöhnliches Wunder anzusehen? Oder anders formuliert: Lehrt uns nicht ein Blick in die klassischen Schriften derjenigen Philosophen und Soziologen, die sich – wie *bspw.* Max SCHELER, Martin HEIDEGGER, Hans BLUMENBERG, Agnes HELLER, Karel KOSIK sowie insbesondere Alfred SCHÜTZ & Thomas LUCKMANN – mit den Struktur-

[8] vgl. SIMMEL 1992: 51
[9] siehe zu den Konzepten der dialogischen und trialogischen Psychiatrie die Ausführungen in Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2 der hiesigen Arbeit
[10] vgl. HABERMAS 1985b
[11] vgl. FREIRE 1971: 73 ff.
[12] vgl. LUHMANN 1992: 118-121

merkmalen des Alltagslebens beschäftigt haben, dass wir einerseits den Zweifel radikal aus unserem Alltagsdenken verbannt haben und dass wir andererseits in der „*natürlichen Einstellung*" des Alltagslebens gewissen Idealisierungen unterliegen, von denen – wie nachfolgend erläutert wird – mindestens eine das von THOUREAU als außeralltäglichstete Wunder apostrophierte Phänomen des die Welt „(…) *einen Augenblick mit den Augen des anderen sehen zu können"* zu einem vermeintlich alleralltäglichsten Alltags-Wunder zusammenschrumpfen lässt. Greifen wird nun zur Einlösung dieses Unterfangens im Folgenden auf das von Alfred SCHÜTZ & Thomas LUCKMANN vorgelegte Standardwerk der phänomenologischen Soziologie »*Strukturen der Lebenswelt*« (1975) zurück, so sind insbesondere die beiden nachstehenden Grundaxiome der natürlichen Einstellung von heuristischer Bedeutung. Das erste dieser Grundaxiome besteht in der Anerkennung der „(…) Existenz intelligenter (mit Bewusstsein ausgestatteter) Mitmenschen (…)"[13]. Dem Zweiteeren Grundaxiom liegt die Annahme zugrunde, dass meine Mitmenschen die Gegenstände der Lebenswelt ähnlich sehen und bewerten, wie ich sie selbst betrachte und entsprechend meiner Relevanzmuster strukturiere.[14] Die in diesen beiden Grundaxiomen mehr oder minder offen zu Tage liegende *contradictio in adejeto* – welche in dem Umstand lokalisiert ist, dass die beiden Grundaxiome keinesfalls in dem Modus des sowohl/als auch, sondern ausschließlich in dem Modus des entweder/oder realiter werden können – wird von dem Autorenduo dahingehend aufgelöst, dass der Aussagegehalt des ersten Grundaxioms in „(…) der voll-sozialisierten natürlichen Einstellung"[15] durch die zwei Idealisierungsformen der *Vertauschbarkeit der Standpunkte* sowie der *Kongruenz der Relevanzsysteme* – welche zusammengenommen die *Generalthese der wechselseitigen Perspektiven* bilden – abgeschwächt *bzw.* negiert wird.[16] Demnach bedient sich der Mensch in seiner natürlichen Weltanschauung zum Zwecke eines ökonomisch-pragmatischen Umgangs mit der Welt – laut SCHÜTZ & LUCKMANN – einer ganz spezifischen „*Als-Ob-Muskulatur*"[17], die ihn in die Lage versetzt, so zu tun, als ob der an und für sich konkret andere Mitmensch die Wirklichkeit *in situ* identisch wahrnimmt und bewertet. Die von SCHÜTZ & LUCKMANN vorgenommene phänomenologische Analyse des Alltagsbewusstseins lehrt uns somit, dass wir in unserer *natürlich Einstellung* tagtäglich bestrebt sind, das »*thoureausche Wunder*« Wirklichkeit werden zu lassen *resp.* uns im Alltag so verhalten, als wäre es schon längst Wirklichkeit geworden. Eine in den nachstehenden Zeilen durchzuführende mikroskopische Untersuchung der Gewebsstrukturen des obig aufgezeigten Idealisierungskleides, mit dem wir – dem Schleier der Maya gleich – die Alltagswelt überziehen, beweist jedoch, dass dieses Kleid aus einem äußerst feinen und spröden Garn gesponnen wurde. Anhand der permeablen Bruchstellen des Idealisierungskleides werden wir im Folgenden aufzuzeigen versuchen, dass das »*thoureausche Wunder*« als ein wahrhaft göttliches Wunder auszuweisen ist, zu dessen Wirklichkeitswerdung es letztlich einer transzendent-demiurgischen Hand bedürfte.[18] So lässt sich die Dünnhäutigkeit des Idealisierungskleides *bzw.* die funktionale Grenze der *Perspektivenreziprozität* bspw. sehr luzide an der alltäglichen Kommunikationsform der *diskreten Indiskre-*

[13] SCHÜTZ & LUCKMANN 2003: 98
[14] vgl. ebenda: 98-99
[15] ebenda: 99
[16] vgl. ebenda
[17] ROSENZWEIG 1984: 12
[18] So wird beispielsweise dem melancholisch-sehnsüchtigen Protagonisten Fabien Especel in Julien GREENS lesenwerten Roman »*Wenn ich du wäre*« die Gabe des Körpertausches, also die Fähigkeit, seine Seele – durch die Einflüsterung einer ominösen Zauberformel in das Ohr des Auserwählten – in einen anderen Körper hineinpflanzen zu können, in einem faustischen Pakt von dem im wahrsten Sinne des Wortes teuflischen Subjekt namens Brittomart verliehen (vgl. GREEN 1964: 52 ff.).

tion[19], *nudis verbis* des Klatsches, exemplifizieren. Insbesondere im Zuge ihrer gruppenkohäsionsfördernden Funktion entpuppen sich Klatschgespräche[20] nämlich als mächtige Hüter der *Perspektivenreziprozität*, die bestrebt sind jedweder von der Norm abweichenden und somit nicht antizipierbaren Wirklichkeitsperzeption eines konkret anderen Menschen den Wahrheitsanspruch abzusprechen. So offenbaren *bspw.* die in Klatschdiskursen häufig ausfindig zu machenden alltäglichen Redewendungen wie „*man kuckt den Leuten nur vor den Kopf*", „*da steckt man nicht drin*", „*dem möchte ich gerne mal in den Kopf schauen*" oder „*da möchte ich mal gerne Mäuschen spielen*" einerseits sowohl die prinzipielle Fehlbarkeit als auch Uneinlösbarkeit der *Perspektivenreziprozität*.[21] Andererseits lässt sich aus dem in den angeführten Alltagsphrasen konnotativ mitschwingenden resignativen Missklang über die grundsätzliche Unverfügbarkeit des Anderen der stille Wunsch nach einer sozialen Kontrollmöglichkeit und damit einhergehend nach einer Realitätswerdung des »*thoureauschen Wunders*« vernehmen. Nachdem nun aufgezeigt worden ist, dass sich uns der Mitmensch an den Grenzen der *Perspektivenreziprozität* als eine – im systemtheoretischen Jagon gesprochene – opake *black box* präsentiert *resp.* dass wir uns an den fragilen Stellen unserer Alltagsidealisierungen des Umstandes gewahr werden, dass – mit den Worten des jüdischen Philosophen Emmanuel LEVINAS gesprochen – „einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wach gehalten zu werden"[22], soll im Folgenden der Versuch gestartet werden, die zu Anfang der Einleitung ausgesprochenen These zu belegen, dass der Wunsch des Menschen, einmal „*in den Schuhen des Anderen gehen zu können*" bzw. die Welt „*einen Augenblick mit den Augen des Anderen wahrnehmen zu können*" als ein menschlicher Urwunsch zu deklarieren ist, der bis in die Wiege des Menschen zurückreicht.

Wurde das im wahrsten Sinne des Wortes biblische Alter dieses menschlichen Urwunsches im obigen Textabschnitt bereits mit dem Hinweis auf die frevelhafte Beobachterfigur des Luzifers zu belegen versucht, so soll in den nachstehenden Ausführungen den heterogenen Ausformungen dieses archaischen Urwunsches in den zeitgenössischen Diskursebenen des Kinderspiels, der Unterhaltungsindustrie sowie der jüngsten Film-, Kunst- und Literaturgeschichte nachgespürt werden.

Einen ungezwungenen Umgang mit dem Begehren „*die Welt aus den Augen des Anderen zu sehen*" finden wir in dem kindlichen Wettspiel »*Ich sehe was, was Du nicht siehst, und das ist…*«. Anhand dieser Spielform, die Kinder erfahrungsgemäß erstmalig im Alter zwischen drei und vier Jahren ausüben[23], lernen die Spielpartner sich in die Perspektive des Anderen einzufühlen und erkennen dabei sukzessive die Schranken ihrer eigenen Wirklichkeitsperzeption. Unter Bezugnahme auf die mitunter eigenwillige Nomenklatur des Entwicklungspsychologen Jean PIAGET kann in diesem Zusammenhang formuliert werden, dass die Kinder mittels des Wettspiels »*Ich sehe was, was Du nicht siehst, und das ist…*«

---

[19] vgl. BERGMANN 1987

[20] siehe zur Kontrollfunktion des Klatsches insbesondere ELIAS & SCOTSON 1993: 9, 166ff. und KIESERLING 1998.

[21] Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die Autoren STEINS & WICKLUND in ihrem elaborierten Modell der Perspektivenübernahme zu dem Ergebnis gelangten, dass die Fähigkeit des Menschen zur kognitiven und emotionalen Perspektivübernahme in Konfliktsituationen stark eingeschränkt ist (vgl. STEINS & WICKLUND 1993; 1997). BAUER (2007) kommt auf der Grundlage neurowissenschaftlicher Untersuchungen zur Leistungsfähigkeit von Spiegelneuronen in Stresszuständen zu analogen Ergebnissen.

[22] LEVINAS 1983: 120

[23] Dem Neurowissenschaftler Joachim BAUER zufolge bildet sich die kognitive respektive visuell-räumliche Perspektivübernahmefähigkeit auf der Grundlage des emotionalen Einfühlungsvermögens, die ihrerseits wiederum von einer intersubjektiven Stimulierung der via Geburt mitgegebenen Anzahl an Spiegelneuronen abhängt. „Die Fähigkeit zur Empathie hängt in hohem Maße davon ab, dass die Spiegelsysteme, die Mitgefühl ermöglichen, durch zwischenmenschliche Erfahrungen ausreichend eingespielt und in Funktion gebracht wurden. (…) Bei normaler Entwicklung erwerben Kinder Empathie zwischen dem zweiten und dem dritten Lebensjahr. Interessanterweise zeigt sich bei dem Kind kurz *nach* dem Auftreten des Einfühlungsvermögens erstmals die intellektuelle Erkenntnis, dass andere Personen auf Grund eines anderen Betrachtungspunktes nicht unbedingt das Gleiche sehen können wie es selbst" [BAUER 2007, S. 70-71]. Zu einer analogen Einschätzung kommen COIE et al. (1973) und BORKE (1971; 1978) im Zuge ihrer Falsifizierungsbemühungen der Theorie des sensomotorischen Egozemtrismus, die PIAGET & INHELDER (1971: 249ff.) aus ihrem legendären „*Drei Berge Versuch*" deduzierten.

lernen, ihre *bis dato* vorherrschende egozentrische Weltsicht zu transzendieren.[24] Verschärfte Wettkampfsbedingungen, in denen der fragende Spielpartner z.B. die Augenfarbe seines Gegenübers zur Disposition stellt, können dabei sogar eine tiefe philosophische Wahrheit zu Tage fördern, nämlich jene, dass das Auge – in Anlehnung an Ludwig WITTGENSTEIN – als die Bedingung der Möglichkeit des Gesichtsfeldes selbst wiederum nicht gesehen werden kann und somit einen blinden Fleck der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit darstellt.[25]

Eine weitere spielerische, primär der eskapistischen Zerstreuung dienliche Form des »*thoreausche Wunder*« wird uns im Alltag allzu häufig in der Gestalt von interaktiven Unterhaltungsprogrammen dargeboten, die *bspw.* mit folgenden Konsumentenfragen aufwarten: „*Was würden Sie tun, wenn Sie einen Tag lang König, Mann/Frau oder gar Paris Hilton sein könnten?*". Eine ähnlich gelagerte Fragestellung wurde übrigens – soviel sei an dieser Stelle *en passant* vorweggenommen – auch schon einmal im Umkreis der PZF von einer medizinischen Projektgruppe der Universität Heidelberg äußerst erfolgreich eingesetzt. Die Forscher dieser Projektgruppe befragten innerhalb ihrer Untersuchung mittels einem Leitfadeninterview sowohl Klinikmitarbeiter (N=30) als auch Patienten (N=55) und stellten eben diesen beiden Untersuchungsgruppen jeweils die Frage, was Sie den an der Klinik ändern würden, wenn Sie den Posten des Chefarztes inne hätten (O-Ton: „*Wenn ich hier der Chefarzt wäre, dann würde ich… ").*[26]

Das in den voranstehenden Zeilen abgesteckte Fahrwasser der Unterhaltungsbranche aufnehmend erweist sich die jüngste Vergangenheit der Filmgeschichte als wahre Fundgrube zur Belegung des kulturübergreifenden Urwunsches, die *Welt für einen Augenblick mit den Augen des Anderen sehen zu können.* So löste *bspw.* in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts ein unter der Begrifflichkeit *Bodyswitsch-Comedy* firmierendes Filmgenre, in dessen Zuge solch legendäre Filmklassikern wie »*Endlich wieder 18*«[27], »*Like Father Like Son*«[28], »*Big* «[29], »*Vice Versa*«[30], »*Dream a littel Dream*«[31], »*Body-Switch – Verhexte Küsse*«[32] sowie »*Switch – Die Frau im Manne*«[33] die Kinoleinwand säumten, einen weltweiten Boom aus, der gegenwärtig durch themenverwandte Filme jüngeren Datums wie etwa »*Being John Malcovic*«[34], »*Verzauberte Emma oder Hilfe, ich bin ein Junge*«[35], »*Freaky Friday: Ein voll verrückter Freitag*«[36], »*30 über Nacht*«[37] und »*It's a Boy Girl Think*«[38] ein Comeback zu erleben scheint. Der kleinste gemeinsame Nenner der aufgeführten Bodyswitsch-Comedy-Filme besteht vorrangig in einem zumeist durch ein wundersame Handlung *resp.* ein wundersames Ereignis (z.B. Konsum eines Glückskeckes) ausgelösten Körpertausch; indem *bspw.* – wie in dem Film »*Freaky Friday*« – eine hochkonservative Mutter ihren Körper und damit einhergehend auch ihre sozialen Rollen mit ihrer pubertierenden fünfzehnjährigen Punkertochter

[24] vgl. PIAGET 1980; „Egozentrizität" – so führt Hans AEBLI in seiner Einführung zu PIAGETS Buch »*Das Weltbild des Kindes*« aus – „ist die Unfähigkeit des Kindes, sich in den Standpunkt eines anderen zu versetzen und zu verstehen, dass dessen Sicht eines Gegenstandes möglicherweise von der eigenen abweicht" [AEBLI 1980: 8]. Egozentrismus besteht somit – einen weiteren Begriff von PIAGET zu Rate ziehend – in der kognitiven Unfähigkeit zur *Dezentralisierung*, d.h. dass die eigene visuell-räumliche Weltperspektive nicht transzendiert werden kann. Siehe zur empirischen Unterfütterung der Egozentrismus-Hypothese die empirische Testanordnung des „*Drei Berge Versuchs*" (PIAGET & INHELDER 1971: 249ff., PIAGET 1975: 350ff.). Eine kritische Beäugung des „*Drei Berge Versuchs*" leistet das Autorenduo STEINS & WICKLUND 1993: 227-228.

[25] vgl. WITTGENSTEIN 1960a: 91

[26] vgl. MAISCHEIN & TEBBE 2000; SCHEIDT et al. 2001 sowie SCHWEITZER et al. 2005

[27] vgl. FLAHERTY 1987

[28] vgl. DANIEL 1987

[29] vgl. MARSHALL 1988

[30] vgl. GILBERT 1988

[31] vgl. ROCCO 1989

[32] vgl. RENÉ 1992

[33] vgl. EDWARDS 1993

[34] vgl. JONZE 2001

[35] vgl. DOMMENGET 2001

[36] vgl. WATERS 2003

[37] vgl. WINICK 2004

[38] vgl. HURRAN 2006

tauscht. Der Grund für das an die Begrifflichkeit des *Bodyswitsch* angeheftete Affixoid der *Comedy* lässt sich mit der *Inkongruenztheorie des Lachens*[39] begründen, d.h. wir amüsieren uns über diese Filme, da hier zwei logisch unvereinbare Bezugssysteme[40] – in Anschluss an Pierre BOURDIEU könnte man auch von einer fundamentalen Diskrepanz zwischen Habitusform und sozialen Feldregeln sprechen – aufeinanderprallen und damit einhergehend den normalen Lauf der Dinge jäh unterbrechen. *Expressis verbis* sei an dieser Stelle jedoch auf den Sachverhalt verwiesen, dass dem menschliche Urwunsch „*die Welt für einen Augenblick mit den Augen des anderen sehen zu können*" in den obig aufgezeigten Körpertauschfilmen nur bedingt entsprochen wird, da ausschließlich die physiologischen Hüllen, nicht aber die psychologischen Relevanzmuster getauscht werden. Der vorgenommene Perspektiventausch bleibt somit – in Anlehnung an die Systemtheorie Niklas LUHMANNS – der ersten Beobachterperspektive verhaftete, was in der Summe bedeutet, dass die dem Körpertausch unterliegenden Personen ausschließlich sehen *was* der andere sieht, nicht jedoch *wie* er die Welt wahrnimmt. Es kann somit festgehalten werden, dass die Welt in den angesprochenen Köpertauschfilmen nicht „*Mit den Augen des anderen*" sondern „*Durch die Augen des Anderen*" betrachtet wird. Prospektiv sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dieser feine, nuancierte semantische Unterschied zwischen dem „*Mit den Augen*" und dem „*Durch die Augen*" auf einen bis in die vermeintlichen Anfänge der systematischen PZF in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts zurückreichenden Methodenstreit verweist, der sich in der unterschiedlich gelagerten Präferierung des *reporting-* resp. des *ranking-Ansatzes* manifestiert. Die vorliegende Arbeit – soviel sei schon einmal verraten – grenzt sich von dem so genannten *reporting-Ansatz* der PZF entschieden ab und versucht im Laufe des Untersuchungsganges die *bis dato* eskamotierten Problembereiche dieses Forschungsansatzes, in dessen methodischer Ausrichtung die Patienten einerseits zu reinen Beobachtern degenerieren und andererseits ihrer genuin subjektiven Patientenperspektive verlustig geht, zu objektivieren.[41] Entsprechend zielte der Verfasser mit der Titelwahl der hiesigen Arbeit („*Mit den Augen der Patienten*") darauf ab, sich dezidiert von dem 1993 durch GERTEIS und Mitarbeiter niedergeschriebenen Standardwerk des reporting-Ansatzes »*Trought the Patient's Eyes*« (dt. „*Durch die Augen der Patienten*") abzugrenzen.

Wenden wir uns nach dieser Stippvisite in die – wie in Kapitel 5 herausgestellt wird – *bis dato* unzureichend aufgearbeitete PZF-Geschichte nun aber wieder unseres obig begonnen Beweisführungsganges zu, so gilt es im Folgenden die Diskurslandschaften der Literatur- und Kunstgeschichte nach weiteren korrosionsbeständigen Stoffen zur Emaillierung unserer obig postulierten These zu durchforsten.

Werfen wir also nun zur Einlösung dieses Unterfangens einen flüchtigen Blick in die Literaturgeschichte, so zeigt sich, dass in der schöngeistigen Literatur nicht nur das Motiv des Körpertausches – *bspw.* in den Romanen »*Wenn ich du wäre*« von Julien GREEN (1964), »*Wächter der Nacht* « von Sergey LUKIANENKO (2005) sowie »*Dein und mein Geheimnis*« von Ai MORINAGA (2007) – häufig aufgegriffen wird, sondern es findet sich darüber hinaus auch eine literarische Gattung die bestrebt ist, die Welt aus den Augen einer gänzlich anderen Perspektive, buchstäblich der tierischen, zu beschreiben. Zu dieser Literaturform gehören etwa klassische Romane wie »*Wolfsblut*« von Jack LONDON (1979) oder » *Flush. Eine Biographie*« von Virgina WOOLF (1994), die das mehr oder minder harte Welterle-

[39] vgl. TITZE & ESCHENRÖDER 1998: 50-53

[40] Arthur KOESTLER spricht in diesem Zusammenhang auch von der so genannten „Bisoziation" sich eigentlich ausschließender und somit irritierender kognitiver Bezugssysteme (vgl. KOESTLER 1966: 36).

[41] eine umfassende Kritik des Reporting-Ansatz findet sich in Kapitelunterpunkt 6.3.2.1

ben des Tieres jeweils aus der Perspektive eines Hundes schildern. Eine weitere Variation dieses Literaturtypus findet sich in den viel gelesenen Kriminalromanen des Autors Akif PIRINCCI, in denen einem Kater namens Francis die Rolle des Detektivs zuteil wird.[42]

Durchmustern wir nun die die Wirklichkeitssphäre *resp.* das gesellschaftliche Teilsystem der Kunst, dessen primäres Ziel – den Ausführungen von Maurice MELEAU-PONTY[43] und Niklas LUHMANN[44] folgend – in der Irritation routinisierter Wirklichkeitsperzeptionen liegt, so werden wir auch hier unterschiedlicher Spielarten des Perspektiventausches habhaft, von denen aus Platzgründen an dieser Stelle nur eine genauer besprochen werden kann. Pointiert gesagt soll nachstehend *pars pro toto* ein Werk der britischen Künstlerin Gillian WEARING eingehender vorgestellt werden. In ihrer Fotoserie »*Signs That Say What You Want Them To Say And Not Signs That Say What Someone Else Wants You To Say*« aus den Jahren 1992/93, die sie in den Straßen Londons aufnahm, „(…) stehen scheinbar zufällig ausgewählte Passanten auf dem Gehweg und halten wie Anhalter am Straßenrad ein Blatt Papier in der Hand. Doch statt Städte- oder Ländernamen stehen hier Bekenntnisse wie „Everything is connected in life", „I belive in reincarnation" oder „Have been certified as middly insane" handschriftlich geschrieben."[45] Gillian WEARING „(…) fragte ihr unbekannte Menschen, die sie auf den ersten Blick irgendwie interessant fand, danach, was diese im Moment gerade dachten oder fühlten. Die Antworten, die – wie der Titel der Arbeit betont – tatsächlich „freie Meinungsäußerungen" darstellten, schrieben die Passanten auf gleichgroße weiße Bögen und hielten sie in die Kamera. So bekundete etwa ein absolut korrekt gekleideter junger Büroangestellter im dunklen Anzug mit Krawatte offenherzig: „I'm desperate". Seine Mimik ist schwer zu deuten: Höflich, aber auch mit einem Anflug von tiefer Verzweiflung, die er wiederum überaus selbstbewusst der Öffentlichkeit offenbart, blickt der wohlfrisierte Mann in die Kamera. So spiegeln sich in diesen Fotos die unterschiedlichsten Ängste und Befürchtungen, aber auch Hoffnungen und Tagträume in einem verwirrenden Mix von äußerer Erscheinung und sentimentaler Befindlichkeit, vor zurückhaltender Scheu und fast schon exhibitionistischer Offenheit. Stets wird die Grenze zwischen Privatem und Öffentlichem nachhaltig durchlöchert. Und der Betrachter ertappt sich dabei, für einen Moment lang in das Innerste eben der Mitmenschen zu schauen, an denen er sonst tagtäglich gleichgültig vorbeigeht"[46].

Nachdem wir nun anhand einer Vielzahl heterogener Diskursebenen die von der biblischen Mythologie über Kinderspiele bis hin zur jüngeren Film-, Literatur- und Kunstgeschichte reichten, zahlreiche Belege für die Eingans der Einleitung aufgeworfene These von der Urwunschartigkeit des »*thoureauschen Wunders*« in Feld geführt haben, soll nunmehr im nachstehenden Textabschnitt die Frage beantwortet werden, an welchen abyssischen Quellen sich dieser menschliche Urwunsch labt. Lassen wir zu Anfang unseres Fragebeantwortungsprozesses die Linse des wissenschaftlichen Auges einmal auf der Stufe maximaler Weite einrasten, so scheinen die Gründe für die historische Invarianz des Urwunsches auf Anhieb offen zu Tage zu liegen: Befriedigung von Neugierde, Einlösung omnipotenter Machtfantasien sowie das Fleisch und Blutwerden einer von der Regenbogenpresse genährten Utopie des guten Lebens bilden zusammen *prima vista* die unversiegbaren Quellwässer zur immerwährenden Reproduktion der Begierde „*die Welt für einen Augenblick mit den Augen des anderen sehen zu kön-*

[42] siehe PIRINCCI 1989
[43] siehe MERLEAU-PONTY 2003
[44] siehe LUHMANN 1995
[45] STANGE 2001: 536
[46] ebenda

nen". Stellen wir nun jedoch die Linse des wissenschaftlichen Auges einstückweit schärfer ein, so werden wir des Umstandes gewahr, dass in einem Atemzug mit dem Wunsch nach der Wirklichkeitswerdung des »*thoureauschen Wunders*« simultan die höchst denkbare Form der sozialen Kontrollmöglichkeit, welche in der Vorstellung vom vollkommen transparenten Menschen gipfelt, ausgesprochen wird. Das eine derartige Gesellschaftsform, in der die Mitmenschen alles und jenes voneinander wissen, indes eine *unmögliche Gesellschaft* wäre, wissen wir spätestens seit den zentralen Aussagen des brillanten Textes »*Über die Präventivwirkung des Nichtwissens*« von Heinrich POPITZ, welcher äußerst luzide die gesellschaftsstabilisierende Funktion mitmenschlicher Unwissenheit herausstellt.[47] Der zweite Blick auf den zur Disposition stehenden Wunschtraum des Menschen offenbart uns somit seine xenophobischen Triebfedern, die sich in der Absicht einer kontrollierten Normierung *resp.* Negierung jedweder Fremdartigkeit materialisieren. Die Auffassung, dass sich der Urwunsch des Menschen nach dem »*thoureauschen Wunders*« jedoch allein aus den obig aufgezeigten Quellen speist, scheint dem Autor jedoch zu kurz gegriffen. Um zu den tieferen Schichten, an denen sich der Urwunsch nährt, vorstoßen zu können bedarf es nach Ansicht des Verfassers notwendigerweise einer Bezugnahme auf die Ausführungen der philosophischen Anthropologie. Demgemäß lässt uns eine – die voranstehende bemühte Linsen-Allegorie aufnehmend – abermalige Nachjustierung der Sehschärfe des wissenschaftlichen Auges die Primärquelle des archaischen Urwunsches klar und deutlich erkennen, die in der *radikalen Einsamkeit* des Menschen Gestalt annimmt. Mit der Begrifflichkeit der *radikalen Einsamkeit* – die dem Werke des portugiesischen Philosophen José Ortega Y GASSET entliehen ist[48] – soll einerseits angezeigt werden, dass das Phänomen der Einsamkeit in den nachstehenden Zeilen nicht etwa aus soziologischer[49], psychologischer[50] oder gar religiöser[51] Perspektive sondern ausschließlich aus einer genuin philosophischen Betrachtungsweise beäugt wird, sowie andererseits, dass die Einsamkeitserfahrung des Menschen einen Zustand beschreibt, der durch jegliche Arten von „*Anti-Einsamkeits-Aktivitäten*"[52] – welche die *Erlebnisgesellschaft*[53] feilbietet – immer zur partiell, niemals aber total aufgelöst *resp.* überwunden werden kann und somit als *heillos-radikal*[54] auszuweisen ist. Die These von der – einen Buchtitel des Psychoanalytikers Otto RANK aufgreifend – mit dem „*Trauma der Geburt*"[55] einsetzenden *radikalen Einsamkeit*, die GASSET zufolge vorrangig in der Unübertragbarkeit und Nichtkommunizierbarkeit des eigenen Lebens besteht[56], reicht in der Geschichte der philosophischen Anthropologie bis auf den Kugelmensch-Mythos des ARISTOPHANES[57] zurück und kommt in jüngeren philosophischen Werken in unterschiedlichen Metapherngewändern – so z.B. in der Ausweisung des Menschen als „*fensterloser Monade*" bei LEIBNIZ oder als „*denkendes Schilfrohr*" in den Schriften von PASCAL – zum Vorschein. Als weitere namhafte Vertreter dieser menschlichen Grundkonstitution des „*homo clausus*"[58] seien an dieser Stelle Martin HEIDEGGER, Niklas LUHMANN, Emanuel LEVINAS, Emile CIORAN, George BATAILLE, die Spätphilosophie Ludwig

[47] vgl. POPITZ 1968
[48] vgl. ORTEGA Y GASSET 1996f: 46ff.
[49] siehe dazu zum Beispiel DREITZEL 1970 und RIESAMAN 1962
[50] siehe dazu beispielshalber SCHWAB 1993 sowie RÖHRLE & OSTERLOW 1999
[51] siehe dazu insbesondere die Arbeit von TWORUSCHKA 1974
[52] MARQUARD 1983: 132
[53] vgl. SCHULZE 2005
[54] vgl. ORTEGA Y GASSET 1996f: 50
[55] vgl. RANK 1998
[56] vgl. ORTEGA Y GASSET 1996f: 46
[57] vgl. PLATON 2001: 55ff.
[58] vgl. ELIAS 1987: 266

WITTGENSTEINS sowie der Dyadologe Peter SLOTERDIJK genannt. Der kleinste gemeinsame Nenner dieser in ihrer theoretischen Grundausrichtung zum Teil stark divergierenden Philosophen besteht in der Annahme, dass die Gitterstäbe des in seiner Zelle eingepferchten Ichs immer nur partiell, niemals aber total eingerissen werden können.[59] Die unüberwindbaren Grenzen der zentralsten *Anti-Einsamkeitsmittel*[60] unserer säkularisierten Gesellschaftsform, die in den Phänomenen der Vermassung[61] und der Liebe[62] bestehen, werden *bspw.* in den literarischen *bzw.* künstlerischen Werken von Eugéne IONESCO und Edward HOPPER sehr klar herausgearbeitet. So beschreibt IONESCO in seinem berühmten Klassiker des absurden Theaters »*Die Nashörner*« (1957) die funktionale Begrenztheit des *Anti-Einsamkeitsmittels* der Vermassung anhand der Unfähigkeit des Protagonisten sich in der Nashorn-Masse auflösen und sich somit seiner Ich-Fesseln entledigen zu können. Die Beschränktheit der Liebe als Mittel zur endgültigen Verbannung der radikalen Einsamkeit des Menschen wird von HOPPER in seinem elegischen Gemälde »*Exkursion in die Philosophie*« aus dem Jahre 1958 äußerst präzise herauspräpariert. Das Bild zeigt einen „(…) Ausschnitt aus dem Alltag zweier Menschen: Ein grübelnder Mann, die Stirn in Falten gelegt und mit strengen Bügelfalten in den Hosenbeinen, sinnt angestrengt über etwas nach. Er ist nicht allein, nicht zu übersehen ist die halb entblößte Frau hinter ihm, hingestreckt auf eine Liege, an deren Rand er sitzt, und abgewandt von ihm, ihr Gesicht ist nicht sichtbar. Die quer übers Kopfkissen hingegossenen Haare könnten verraten, dass sie sich abrupt von ihm weggedreht hat, und sie macht nicht die geringsten Anstalten, sich ihm wieder zuzuwenden. Auch er schenkt ihr keinen Blick, er bleibt am Rand der Liege sitzen, in sich zusammengesunken und etwas verkrampft, eine Gestalt der Ratlosigkeit.“[63] Nach Ansicht des Autors gelingt es HOPPER in diesem Bild sehr anschaulich die im Augenblick der Ent-Amalgamierung einsetzende „*Schwermut der Liebe*“[64] darzustellen, welche sich konkret in der schmerzlichen Gewahrwerdung der grundsätzlichen Distanz zum Anderen ausdrückt. Dem Anti-Einsamkeitsmittel der Liebe sind somit ebenfalls eindeutige Grenzen gesetzt. Zusammenfassend besteht die These nun darin, dass der menschliche Urwunsch „*die Welt für einen Augenblick mit den Augen des Anderen sehen zu können*“ nach dem dafürhalten des Autors seinen Ausgangspunkt in der Erfahrung der *radikalen Einsamkeit*, die mit irdischen Mitteln nicht *in globo* überwunden werden kann, nimmt. Der Wunsch nach der Realitätswerdung des »*thoureauschen Wunders*« mündet somit in dem menschlichen bestreben, sich des Nessusgewandes der *radikalen Einsamkeit* zu entledigen, um wenigstens *für einen Augenblick* in den Genuss einer Anti-Einsamkeitskommunikationsform zu gelangen, in der die Gitterstäbe des “Kerker-Ichs“ vollständig transzendiert werden können. Dezidiert abzugrenzen ist dieses anthropomorphe Begehren jedoch von sämtlichen Ablegern einer *unio mystica* à la Meister ECKHADT, die den einzigen gangbaren

[59] Angemerkt sein, dass auch Julien GREEN in seinem Body-Switch-Roman »*Wenn ich du wäre*« die Lukrativität des Körpertausches darin erblickte, der beständigen Kettung an das eigene Ich sowie der mit diesem Zustand über kurz oder lang einhergehende Langeweile zu entkommen: „Den Kerker auszuwechseln, ist nur ein Scheinmittel gegen das Übel, an dem sie leiden. Man müsste (…) diesen Kerker verlassen können, bevor sich die Langeweile darin festsetzt. (…) Sie wissen so gut wie ich, dass einer der Hauptgründe der Langeweile die Enge unseres Schicksals ist. Jeden Morgen erwachen wir als genau derselbe, und umsonst haben die Träumer der Antike behauptet, nie gehe ein und derselbe Mensch zweimal durch die gleiche Tür. Die Wahrheit ist, dass jeder Mensch dazu verurteilt ist, in ein und demselben Körper zu leben, durch ein und dieselben Augen zu sehen und bis zum Tode mit Hilfe ein und derselben Gehirns zu denken und nachzusinnen. Die kunstreich erdachte Qual der menschlichen Identität erzeugt eine Hölle, die viel schrecklicher ist als der glutheiße Ort, den sich der Aberglaube erfand. In alle Ewigkeit derselbe zu sein, das ist für alle tiefer veranlagten Geister unerträglich. Aus sich heraustreten, ein anderer werden – ist das nicht einer der klügste Träume, die der Mensch je geträumt hat?“ [GREEN 1964: 53-54].

[60] MARQUARD 1983: 133

[61] siehe dazu grundlegend CANETTI 2003; FREUD 2000c und LE BON 1973. Eine lesenswerte literarische Umsetzung dieser Thematik bietet die Erzählung »*Der Massenmensch*« von Edgar Allen POE (1979)

[62] siehe dazu insbesondere BATAILLE 1977 sowie BINSWANGER 1942

[63] SCHMID1998: 15

[64] BURTON 2006: 269

Weg aus der radikalen Einsamkeitserfahrung des Menschen in einer mystischen Einswerdung mit Gott lokalisiert sehen. So besteht nämlich der zentrale Unterschied zwischen der *unio mystica* und dem »*thoureauschen Wunder*« darin, dass ersteres nicht ohne den Preis der Aufgabe jeglicher Selbstreflexivität zu haben ist. Wird der Ich-Raum im Rahmen der mystischen Gotteserfahrung vollständig durch eben jenes metaphysische Wesen ausgekleidet, so bleibt das persönliche Bewusstsein im Zuge des Hineinschlüpfens in die Vorstellungswelt des Mitmenschen intakt. Eine tatsächliche Wirklichkeitswerdung des Urwunsches „*die Welt für einen Augenblick mit den Augen des Anderen sehen zu können*" würde somit in der Person, an der das Experiment durchgeführt wird, eine recht eigenwillige *Wendeltreppe des Bewusstseins*[65] zutage fördern, da sowohl die Relevanzstrukturen der Experimentalperson als auch jene derj-Person, welche in die Leiblichkeit der Experimentalperson Einzug hält, ausnahmslos erhalten bleiben müssen; wobei die erstere *eo ipso* nichts von der simultanen Anwesenheit des letzteren wissen dürfte und letzterer quasi in Form eines Metabewusstseins über ersterem residieren würde.

Nachdem nun in den voranstehenden Zeilen nicht nur die Urwunschartigkeit des »*thoureauschen Wunders*« aufgezeigt, sondern darüber hinaus auch die abyssischen Reproduktionsquellen dieses Wunsches minutiös freigelegt werden konnten, soll im unmittelbar folgenden Textabschnitt die zu Beginn der Einleitung ausgesprochene Vermutung, der zufolge eine *in concreto* realisierbare Form des Urwunsches, welche in der einzuübenden menschlichen Fähigkeit zur kognitiven- und insbesondere zur emotionalen Perspektivübernahme Gestalt gewinnt, eine unabdingbare Voraussetzung einer funktionierenden demokratischen Gesellschaftsordnung bildet, erhärtet werden.

Machen wir es uns nun zur Einlösung des obig ausformulierten Beweisführungsganges erst einmal einen Moment lang auf der geistigen Hängematte gemütlich und beauftragen unsere soziologische Phantasie mit der Konturierung einer Gesellschaft, deren Mitglieder primär dadurch gekennzeichnet sind, dass sie die Fähigkeit zur kognitiven und emotionalen Perspektivenübernahme nur höchst rudimentär ausgebildet haben, so drängt sich bereits nach kurzer Bedenkzeit die Erkenntnis auf, dass eine solche Gesellschaft eine äußerst langsame und träge Morphologie annehmen würde. Der Soziologe Heinrich POPITZ bezeichnete eine derartigen Gesellschaftsordnung, in der sich niemand auf seine Hypothesen über das zukünftige Verhalten des anderen verlassen kann und somit das luhmannsche Problem der *doppelten Kontingenz* in jedem Sozialkontakt neu gelöst werden muss, als „(…) eine schlangestehende Gesellschaft"[66]. Zu einer ähnlichen Metapher gelangen wir übrigens, wenn wir das obige Gedankenexperiment im Lichte der Gesellschaftsdefinition des Soziologen Norbert ELIAS durchführen. So nutzt ELIAS an mehreren Stellen seines Figurationssoziologischen-Werkes das Bild des Tanzes *bzw.* – pointiert formuliert – einer Gruppe von Tanzenden als das Symbol der Gesellschaft. Spielen wir nun das Gedankenexperiment in diesem vordefinierten Rahmen durch, so kommen wir unweigerlich zu der Konklusion, dass eine solche Gesellschaft wohl maximal einen langsamen Walzer aufs Paket legen würde. Die soziologische Beschreibung einer Gesellschaft, deren Mitglieder an einer Perspektivübernahmefähigkeitsinsuffizienz leiden, erschöpft sich jedoch nicht in den neoromantischen Attributen der Trägheit und Langsamkeit. Eine derartige Gesellschaft würde vielmehr – wie weiter unten noch eingehender ausgeführt wird – aufgrund der Tatsache, dass im Alltagsleben einer solchen Gesellschaft die Würde des Menschen durch vielfältige Entweihungsspielarten, die von einfachen Taktlosigkeiten durch Nichtein-

[65] ELIAS 1987: 144
[66] POPITZ 2006: 77

haltung von *Zuvorkommenheits- und Vermeidungsritualen*[67] über *Missachtungs-* bzw. *Verdinglichungsprozessen*[68] bis hin zur *leiblichen Negation des Subjekts*[69] reichen können, tagtäglich bis aufs äußerste verletzt würde, mit hoher Wahrscheinlichkeit unter dem Banner der Inhumanität zu firmieren hätte.

In den nachstehenden Zeilen werde wir nun – unter Rekurs auf zentrale Aussagen der Entwicklungspsychologie, des Symbolischen Interaktionismus sowie der phänomenologischen Wissenssoziologie – versuchen die obig aufgeworfene Überlegung, laut derer die im Sozialisationsprozess einzuübende Fähigkeit zur kognitiven sowie insbesondere zur emotionalen Perspektivübernahme als soziales Apriori einer demokratischen Gesellschafsordnung fungiert, zu belegen. *Mutatis Mutandis* muss an dieser Stelle jedoch der – in Anlehnung an SIMMEL formulierte – *sozial apriorische* Charakter der Perspektivenübernahmekompetenz dahingehend reformuliert werden, dass die Fähigkeit zur kognitiven und emotionalen Perspektivübernahme zwar eine absolut notwendige, aber keinesfalls eine hinreichende Grundbedingung für eine humanen Gesellschaftsordnung *resp.* eines generell prosozialen Verhalten darstellt, da „(...) die Fähigkeit zu stehlen, zu betrügen oder sonstige gut durchdachte kriminelle Akte zu begehen, (...) ebenfalls Perspektivübernahme notwendigerweise“[70] voraussetzt[71]. Das heißt, dass eine ausgereifte Perspektivenübernahmefähigkeit, obzwar empirische Studien eine hohe Korrelation zwischen einer ausgebildeten Perspektivenübernahmefähigkeit und prosozialen Verhalten sattsam nachweisen konnten, bei

---

[67] vgl. zu den Begrifflichkeiten der Zuvorkommenheits- und Vermeidungsrituale die Ausführungen von GOFFMAN 1986: 54-105. Als literarisches Beispiel für eine gleichgültige und taktlose Person sei auf den Protagonisten Meursaut des Romans » *Der Fremde*« von Albert CAMUS (2001) verwiesen, der, bar jeglicher emotionaler Perspektivübernahmefähigkeit, bereits einen Tag nach dem Tod seiner Mutter eine Affäre beginnt und mit dieser am selbigen Tage einen lustigen Film im Kino anschaut. Eine weitere literarische Verarbeitung der Unfähigkeit zur Perspektivübernahme findet sich in den Romanen »*Als ich im sterben lag*« von William FAULKNER (2002) sowie »*Das Badezimmer*« von Jean-Philippe TOUSSAINT (1987). Während FAULKNER in seinem Roman die unterschiedlichsten Perspektiven einer Trauergesellschaft auf die Beerdigung, denen allen gemein ist, dass sich ihre Gedanken mit allem und jedem beschäftigen, nur nicht mit der Verstorbenen selbst respektive den Trauergefühlen der nahe stehenden Angehörigen, nachzeichnet, beschreibt TOUSSAINT in seinem Roman einen emotional tauben Mann, der sich gegen Anfang der Geschichte dazu entschließt seine Existenz in der Badewanne fortzuführen und gegen Ende des Romans seiner Freundin aus heiterem Himmel und ohne jegliche Reue einen Dartrpfeil in den Schädel jagt. So lesen wird bei TOUSSAINT in Abschnitt 75 folgendes: „Edmonsson fand mich bedrückend. Ich ließ sie reden, spielte weiter mit den Pfeilen. Sie bat mich, damit aufzuhören, ich gab keine Antwort. Ich sandte die Pfeile ins Ziel, holte sie wieder zurück. Edmonsson stand vor dem Fenster und schaute mich scharf an. Sie bat mich noch einmal, aufzuhören. Mit aller Kraft warf ich einen Pfeil nach ihr, der in ihrer Stirn stecken blieb. Sie brach zusammen, fiel auf die Knie. Ich ging auf sie zu, zog den Pfeil heraus. Es ist weiter nichts, sagte ich, nur eine Schramme. 76. Edmonsson verlor Blut (…)“ [TOUSSAINT 1987: 81].

[68] Siehe zum definitorischen Verständnis des angeführten Missachtungs- und Verdinglichungsbegriffs insbesondere die Texte von Axel HONNETH 1990, 1992, 1994 und 2005. Eine spezifische literarische Umsetzung von Missachtungs- und Verdinglichungsprozessen, die in „*einer bestimmten Blindheit*“ (JAMES 1948) für die Übernahme der kognitiven und emotionalen Perspektive von alter ego gipfelt, findet sich in dem Roman die »*Afrikanische Tragödie*« der Literaturpreisträgerin von 2007 Doris LESSING, in dem die Misshandlungen der Farmerfrau Mary Turner an den „minderwertigen Schwarzen-Hausboys“ beschrieben wird. Zur Verdeutlichung der Perspektivübernahmeunfähigkeit von Mary Turner werden wir im Folgenden einige kleinere Abschnitt aus eben diesem Roman zitieren: „Sie [Mary Turner, T.K.] hatte vergessen, ihm [dem farbigen Hausboy, T.K.] etwas zu essen zu geben. Sie betrachtete die Eingeborenen nie als Menschen, die essen oder schlafen mussten. Entweder waren sie da oder sie waren nicht da. Wie sie lebten, wenn sie sich außerhalb ihrer Sichtweite befanden, darüber hatte sie sich noch nie Gedanken gemacht“ [LESSING 2004: 87]. „Die formelle Norm Schwarz-Weiß, Herrin-Diener war durch eine persönliche Beziehung zerbrochen worden. Wenn ein Weißer in Afrika zufällig in die Augen eines Eingeborenen blickt und den Menschen in ihm wahrnimmt (was zu vermeiden sein größtes Bemühen ist), dann flammt sein verleugnetes Schuldgefühl erbittert auf, und er schlägt mit der Peitsche zu“ [LESSING 2004: 173].

[69] Dass die Unfähigkeit zur emotionalen Perspektivübernahme ein „fruchtbares“ Persönlichkeitsmerkmal für die gezielte Ermordung von Menschen darstellt, weisen sowohl das dokumentarische Theaterstück »*Der Kick*« von Andreas VEIEL (2007), der Roman »*American Psycho*« von Bret Easton ELLIS (2006), das Schriftstück »*Das Kalkwerk*« von Thomas BERNHARD (1973) sowie die autobiographischen Schilderungen des Auschwitzüberlebenden Primo LEVI in seinem Buch »*Ist das ein Mensch?*« (2003) nach.

[70] STEINS 2006: 474. Als zeitgenössisches Paradebeispiel einer kriminellen Hochstaplerkarriere, die notwendigerweise ein hohes Maß an Perspektivübernahmefähigkeit voraussetzt, sind die Verwandlungskünste des Gert POSTEL anzuführen, der sich als gelernter Postbote u.a. eine Stelle als Oberarzt in der Psychiatrie – unter dem Pseudonym Dr. Dr. Bartholdy – erschlich (vgl. dazu POSTEL 2003).

[71] Die Aussage von STEINS (2006:474) muss nach Ansicht des Verfassers jedoch dahingehend erweitert werden, dass die Fähigkeit zur Perspektivübernahme nicht nur im Kontext der Hochstapler-Kriminalität (white-collor-criminality) vorkommt, sondern dass die Fähigkeit zur Perspektiv-übernahme – wie uns die Vergangenheit lehrt – auch in den Dienst des schlimmsten Verbrechens gestellt wurde, welches es *bis dato* auf der Erde gegeben hat, nämlich die von der NS-Diktatur verübten Verbrechen gegen die Menschlichkeit. So wurde die Fähigkeit zur Perspektivübernahme bspw. dazu instrumentalisiert die Effektivität und Effizienz des Genozids zu erhöhen. Zur inhaltlichen Belegung dieser Aussage wird der Autor im Folgenden einen kurzen Passus aus dem Roman »*Der Tod ist mein Beruf*« von Robert MERLE, der von den Tagebuchnotizen des Lagerkommandanten von Auschwitz Rudolf HÖß (1981) inspiriert wurde, zitieren: „Ich brachte unverzüglich“ – so berichtet der Romanprotagonist Rudolf Lang – „eine beachtliche Verbesserung gegenüber dem System von Treblinka an. Ich ließ an beiden Gebäuden die Inschrift »Desinfektionsraum« und im Inneren zum Schein Brausen und Rohrleitungen anbringen, um bei den Häftlingen den Eindruck zu erwecken, man führe sie zum Waschen dahin. Immer in demselben Sinn gab ich dem diensttuenden Unterstrumführer die Anweisung, er solle den Häftlingen ankündigen, dass sie nach der Dusche heißen Kaffee erhielten. Außerdem sollte er mit ihnen in den »Desinfektionsraum« und unter Scherzen (indem er sich entschuldigte, ihnen keine Seife liefern zu können) von Gruppe zu Gruppe gehen, bis alle darin wären. Ich setzte unverzüglich die Einrichtung in Betrieb, und die Erfahrung bewies die Wirksamkeit dieser Maßnahmen. Die Häftlinge zeigten kein Widerstreben, die Halle zu betreten, und ich konnte infolgedessen die Verzögerungen und Verdrießlichkeiten, die durch Revolten verursacht wurden, als ausgeschaltet betrachten. Es bleib noch das Problem der Vergasung“ [MERLE 2007: 211].

weitem kein hundertprozentiger Garant für ein Leben innerhalb der rechtlich verbürgten Normen darzustellen vermag. Da nun jedoch die auf einer entwickelten Perspektivenübernahmefähigkeit basierende Delinquenz in kriminalstatistischer Hinsicht nicht über einen Marginalitätsstatus hinauskommt, können wir *cum grano salis* prinzipiell an der obig formulierten These festhalten.

Im Folgenden soll nun in groben Strichen die fundamentale Bedeutsamkeit der Perspektivübernahme in den Diskursen des Symbolischen Interaktionismus, der Wissenssoziologie, der Entwicklungspsychologie sowie neuerer sozial-kognitiver Entwicklungstheorien skizziert werden. Dass die Fähigkeit zur kognitiven und insbesondere zur emotionalen Perspektivübernahme keinesfalls ausschließlich als eine zentrale professionelle Kompetenz, die von sämtlichen im psychosozialen Bereich tätigen Berufsgruppen im Rahmen ihrer *sekundären Sozialisation*[72] zu erwerben ist, angesehen werden darf, sondern als eine Fähigkeit, welche es Menschen im Rahmen seiner *primären Sozialisation* einerseits ermöglicht ein Selbstbild zu generieren und sie andererseits dazu befähigt ein vollwertiges Mitglied der jeweiligen Gesellschaft zu werden, hat der Philosoph und Soziologe George Herbart MEAD innerhalb seiner intersubjektiven Identitätstheorie eindrucksvoll aufgezeigt.[73] MEAD zufolge basiert die vollständige Entwicklung der Identität auf zwei allgemeinen Stadien: „Im ersten bildet sich die Identität des Einzelnen einfach durch eine Organisation der besonderen Haltungen der anderen ihm selbst gegenüber (…). Im zweiten Stadium dagegen wird die Identität des Einzelnen nicht nur durch die Organisation dieser besonderen individuellen Haltungen [signifikant Anderen, T.K.] gebildet, sondern auch durch eine Organisation der gesellschaftlichen Haltung des verallgemeinerten Anderen oder der Gruppe als Ganzer. Diese gesellschaftlichen oder Gruppenhaltungen werden in den direkten Erfahrungsbereich des Einzelnen gebracht und als Element in die Struktur der eigenen Identität ebenso eingefügt wie die Haltungen der anderen“[74]. In den voranstehend zitierten Zeilen aus dem Werke »*Geist, Identität und Gesellschaft*« (1934) streicht MEAD die ambidexe Bedeutsamkeit der Perspektivübernahmefähigkeit für die holistische Identitätsgenese heraus. Demnach ist es in einem ersten Sozialisationsschritt notwendig sich *via* Perspektivübernahme in den *signifikant Anderen* (z.B. Mutter, Vater etc.) hineinzuversetzen und das eigene Selbst aus den Augen dieser *signifikant Anderen* zu betrachten. Erst anhand dieser Spiegelfunktion der *signifikant Anderen* – ähnliche theoretische Konzeptionen finden sich bei Adam SMITH[75], Charles Heaston COOLEY[76], Jean-Paul SARTRE[77] sowie Heinz KOHUT[78] und Anselm L. STRAUSS[79] – entwickelt der Mensch, da er sich selbst zum Objekt seiner Wahrnehmung macht, ein Selbstbewusstsein. Abgeschlossen ist der Sozialisationsprozess jedoch erst dann, wenn das Kind gelernt hat, sich in seinem Verhalten nicht mehr nur an den Erwartungen der *signifikant Anderen* sondern an denen des *generalisiert Anderen*, d.h. der Gesellschaft *in toto*, zu orientieren. Vor diesem Hintergrund führte MEAD das Begriffspaar *„me“* und *„I“* in seine Identitätstheorie ein, wobei das Wort *„me“* jenen Teil des menschlichen Selbstkonzepts umschreibt, indem – analog zum Über-Ich Siegmund FREUDS – die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen lokalisiert sind. Der Erwerb dieser *„me“*-Komponente[80] läutet das Ende des primären Soziali-

[72] BERGER & LUCKMANN 1969: 154
[73] vgl. MEAD 1968 und 1980
[74] MEAD 1968: 200-201
[75] vgl. SMITH 2004
[76] vgl. COOLEY 1902
[77] vgl. SARTRE 1962 sowie 2000a&b
[78] vgl. KOHUT 1976
[79] vgl. STRAUSS 1987
[80] Dem Wettkampf kommt MEAD zufolge bei der Einübung der „me“-Komponente der Identität eine zentrale Funktion zu, da das Kind im Wettkampf – im Unterschied zum Spiel – „(…) die Haltung aller anderen Beteiligten in sich haben muss“ [MEAD 1973: 196].

sationsprozesses ein und kürt das menschliche Wesen zum vollständigen Mitglied der Gesellschaft. Oder, um mit den Worten des Autorenduos Peter L. BERGER und Thomas LUCKMANN – die im Rahmen ihrer Wissenssoziologie den Ansatz von MEAD dialektisch zu ergänzen versucht haben – zu sprechen: „Das erwachende Bewusstsein für den generalisierten Anderen markiert eine entscheidende Phase der Sozialisation. Sie bedeutet, dass die Gesellschaft als Gesellschaft mit ihrer etablierten objektiven Wirklichkeit internalisiert und zugleich die eigene kohärente und dauerhafte Identität etabliert wird.“[81] „(…) Die primäre Sozialisation endet damit, dass sich die Vorstellung des generalisiert Anderen (…) im Bewusstsein der Person angesiedelt hat. Ist dieser Punkt erreicht, so ist der Mensch ein nützliches Mitglied der Gesellschaft und subjektiv im Besitz eines Selbst und einer Welt“[82].

Ehe wir nun im Folgenden die Relevanz der Perspektivübernahmefähigkeit in der entwicklungspsychologischen Literatur anhand einer eingehenden Darstellung der zentralen Ergebnisse des Werkes von Lawrence KOHLBERG herausstreichen werden, kann vorab konstatiert werden, dass der menschlichen Fähigkeit zur Perspektivübernahme in den Ausführungen George Herbart MEADS eine exponierte Funktion für die Identitätsbildung und den Vergesellschaftungsprozess zugeschrieben wird. In MEAD finden wir somit vorrangig einen weiteren Fürsprecher für die im obigen Gedankenexperiment explizierte These von der prinzipiellen Langsamkeit einer Gesellschaft, deren Mitglieder der Fähigkeit zur Perspektivübernahme beraubt sind. Anschlussfähig an die Metapherngebilde einer „s*chlangestehenden Gesellschaft*“ sowie einer „*Walzer tanzenden Gesellschaft*“ von POPITZ und ELIAS könnten wir eine nach meadschen Grundregeln konzipierte Gesellschaftsform, in der die Bürger der Perspektivübernahmefähigkeit verlustig gegangen sind, mit der Allegorie einer „*nicht-festgestellten, autistischen Gesellschaft*“ versehen. Das primäre Signum einer solchen Gesellschaftsform würde darin bestehen, dass die einzelnen Gesellschaftsmitglieder ihre Handlungen nur in einem äußerst mühsamen und langwierigen Prozess aufeinander abstimmen könnten, da in einer derartigen Gesellschaft kein einheitlicher Normenkanon ausdifferenziert und internalisiert werden kann und es somit in der Summe an einer für die Handlungskoordination fundamental notwendigen Herausbildung von verlässlichen Verhaltenserwartungen *bzw.* Verhaltensantizipationen mangelt. Die Terminologie des Philosophen Arnold GEHLEN als Analyseschablone nutzend, kann einer derartige Gesellschaftsform zudem die Diagnose der „*chronischen Wachheit*“[83] bescheinigt werden, da die Mitglieder dieser Gesellschaft in jedem Sozialkontakt mit allen Eventualitäten rechnen müssten. In Anlehnung an die philosophische Anthropologie Max SCHELERS, der den zentralen Wesensunterschied zwischen Tier und Mensch in der *„Weltoffenheit“* geistiger Wesen erblickte[84], kann man sich die im voranstehenden Textabschnitt mit den Adjektiven *autistisch* und *nicht-festgestellt* etikettierte Gesellschaftsordnung als eine Gesellschaft vorstellen, die es über die Prozesse der Sozialisation nicht geschafft hat, die ursprüngliche biologische Weltoffenheit der menschlichen Existenz in eine relative Weltgeschlossenheit zu transformieren.[85] Analoge Auswirkungen impliziert die im Rahmen der Deklaration dieser Gesellschaftsform genutzte Formulierung der *„nicht-festgestellten“* Gesellschaft. Ursprünglich geht diese von Autor aufgegriffene und in ihrem Affixoid modifizierte Aussage auf ein berühmtes nietzscheanisches Bonmot, demnach der Mensch „das noch nicht festgestellte Tier“[86] sei, zurück. An-

[81] BERGER & LUCKMANN 1969
[82] ebenda
[83] GEHLEN 1957: 58
[84] vgl. SCHELER 1949: 39
[85] vgl. BERGER & LUCKAMNN 1969: 54-55
[86] NIETZSCHE 1999b: 81

schließend wurde diese anthropologische Grundkonstitution des „*Nichtfestgestelltseins*“ von Arnold GEHLEN innerhalb seiner Mängelwesentheorie dahingehend weiter ausgeführt, dass der Mensch dem Zwange unterliegt, sich via sozialer Normbildung selbst festzustellen.[87] Zwischen den Begrifflichkeiten der *„Weltoffenheit“* und des „*Nichtfestgestelltseins*“ gibt es also eine hohe semantische Übereinstimmung.

Bevor wir nun nachstehend näher auf das Werk von KOHLBERG – von dessen Aussagen sich der Autor einen weiteren Beleg für die obig ausbuchstabierte These, dass eine Gesellschaft, deren Mitglieder die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme nur unzureichend ausgebildet haben, notwendigerweise eine antihumanistische Gesellschaftsform wäre, verspricht – eingehen werden, soll vorab noch in der gebotnen Kürze erläutert werden, warum der Verfasser zur Kennzeichnung dieser fiktiven Gesellschaftsform den Begriff des Autismus in Betrieb genommen hat. Auf der einen Seite fand der Begriff des Autismus deshalb Verwendung, da das klinische Krankheitsbild des Autismus maßgeblich durch das Symptom einer gänzlich fehlenden emotionalen Perspektivübernahmefähigkeit charakterisiert ist, die neurobiologisch durch eine mangelhafte Ausbildung der in der prämotorischen Hirnrinde verankerten Spielneurone zu erklären ist.[88] Auf der anderen Seite wurde der Begriff des Autismus aufgrund einer medizinischen Zeitdiagnose des Psychiaters Eugen BLEULER aus dem Jahre 1919, in der BLEULER den vorherrschenden *autistisch-undisziplinierten Denkstil* der damaligen Medizin kritisierte, berücksichtigt. Obzwar der von BLEULER diagnostizierte autistische Denkstil in der Medizin, welchen er in einem Denken lokalisiert sah, „(…) das keine Rücksicht nimmt auf die Grenzen der Erfahrung, und das auf eine Kontrolle der Resultate an der Wirklichkeit und eine logische Kritik verzichtet (…)“[89], spätestens seit der Einführung der *evidence-based medicine* überwunden zu sein scheint, so laviert nach Ansicht des Autors nichtsdestotrotz unter veränderten Vorzeichen in der gegenwärtigen Medizin noch immer ein Denkstil, der als autistisch im Sinne des klinischen Krankheitsbildes beziffert werden kann und sich symptomatisch in der Unfähigkeit zu einer systematischen Perspektivenkoordination offenbart.

Nachfolgend werden wir uns nun darum bemühen, die funktionale Bedeutsamkeit der Perspektivübernahmefähigkeit aus dem entwicklungspsychologischen Werke von Lawrence KOHLBERG herauszudestillieren. KOHLBERGS empirisch fundierte Entwicklungstheorie des Moralbewusstseins, die mit den so genannten präkonventionellen-, konventionellen und postkonventionellen Entwicklungsstadien drei Metastufen – die jeweils wiederum in zwei Substadien untergliedert sind – umfasst, knüpft unmittelbar an die Identitätstheorie George-Herbert MEADS, die kognitive Entwicklungstheorie Jean PIAGETS sowie die liberale Gerechtigkeitstheorie John RAWLS an und sieht in der zu kultivierenden Perspektivübernahmefähigkeit eine monumentale Notwendigkeit zur Erreichung der ersten Stufe des konventionellen Moralniveaus, welches sich in der Fertigkeit ausdrückt, sein Verhalten an interpersonellen Erwartungen zu orientieren.[90] Die Befähigung zu einer *Moral der guten Beziehung* – wie die erste Stufe der konventionellen Moralebene in der Literatur auch genannt wird[91] – setzt also die Fähigkeit voraus, die eigene Perspektive in Beziehung zu der Perspektive meines Gegenübers zu setzen. ECKENSBERGER & REINSHAGEN beschreiben diesen Sachverhalt wie folgt: „Man bemerkt, dass man mit anderen gemeinsame Gefühle, Übereinstimmungen und Erwartungen hat, die Vorrang über individuelle In-

[87] vgl. GEHLEN 2004
[88] vgl. BAUER 2007 sowie KIßGEN & SCHLEIFFER 2002
[89] vgl. BLEULER 1976: 1
[90] vgl. KOHLBERG 1986
[91] Während KOHLBERG seine moralische Entwicklungstheorie an keine Altersnormen koppelte geht Detlef GARZ davon aus, dass die konventionelle moralische Entwicklungsstufe frühestens im Alter zwischen zwölf bis vierzehn Jahren erreicht werden kann (vgl. GARZ 1996: 65).

teressen haben. Man setzt verschiedene Standpunkte durch die „konkret goldene Regel" in Beziehung und versetzt sich selbst in den Standpunkt eines Anderen"[92]. Der Prozess der moralischen Entwicklung ist KOHLBERG zufolge das „(…) Ergebnis eines erweiterten und adäquateren Prozesses der Übernahme der Perspektiven von anderen Individuen oder sozialen Gruppen bei Konflikten"[93]. Das höchste moralische Entwicklungsniveau, sprich das zweite Stadium der postkonventionellen Moralstufe *resp.* die sechste Gesamtentwicklungsstufe, ist laut KOHLBERG dann erreicht, wenn das menschliche Ich sowohl in der Lage ist, sich in jede Perspektive der an einer Situation beteiligten Personen hineinversetzen zu können als auch die unterschiedlichen Perspektivinteressen unter der Prämisse, dass er selbst nicht weiß, welche Position er in der Situation zukünftig einkleiden wird, fair auszuhandeln vermag.[94] An dieser Stelle des kohlbergschen Werkes schimmert unverkennbar der Einfluss des Gedankenexperimentes „*Unter dem Schleier des Nichtwissens*"[95] von John RAWLS hindurch. Synpotisch können wir an dieser Stelle somit schon einmal festhalten, dass sich die obig aufgeworfene These von der grundsätzlichen Inhumanität einer Gesellschaft, deren Mitglieder bar jeglicher Perspektivübernahmefähigkeit sind, anhand der moralischen Entwicklungstheorie von KOHLBERG sehr gut belegen lässt; weil die Bürger einer solch fiktiven Gesellschaftsform über die erste Stufe des präkonventionellen Entwicklungsstadiums nicht hinauskommen würden. Dass eine solche Gesellschaft, deren Mitglieder sich in ihrem moralischen Verhalten ausschließlich an sanktionierenden Autoritäten orientieren, nun keineswegs eine Gesellschaft ist, in der das Lied des Philanthropismus in allen Gassen gepfiffen wird, scheint logisch evident und somit nicht weiter erläuterungsbedürftig.

Weitere Belege für die proklamierte Inhumanitäts-These finden wir darüber hinaus einerseits in kriminalstatistischen Erhebungen, die eine signifikante Korrelation zwischen mangelnder Perspektivübernahmefähigkeit und Gewaltdelikten nachweisen[96], sowie andererseits in mannigfachen schulischen Gewaltpräventionsprogrammen und spezifischen Therapiemanualen für Gewaltverbrecher, deren gemeinsamer Nenner darin besteht, die Perspektivübernahmefähigkeit der Gruppen- *bzw.* Therapieteilnehmer nachhaltig zu erhöhen.[97]

Bevor wir nun in den nachfolgenden Zeilen das Perspektivübernahmetheorem einer konsequent philosophischen Reflexion unterziehen und damit den vierten und letzten Schritt dieses unorthodoxen Prologs, der uns – soviel sei bereits verraten – gewissermaßen als Sprungbrett zur Legitimierung systematisch angelegter PZ-Erhebungen dienlich sein wird, einleiten werden, soll vorab noch *in nuce* auf die Schriften des Entwicklungspsychologen Robert L. SELMAN, der den jeweils vorherrschenden Ausprägungsgrad der Perspektivübernahmefähigkeit in den einzelnen kohlbergschen Moralstufen durch empirische Dilemma-Interview-Studien noch stärker konturieren konnte als KOHLBERG selbst, eingegangen werden. Kompletmär zu den sechs Gesamtstufen der Moralentwicklung von KOHLBERG entwickelte SELMAN ein sechsstufiges Perspektivübernahmemodell, welches von der egozentrischen- bis hin zur relativistischen Perspektive reicht.[98] Analog zu KOHLBERG sieht SELMAN in den Fähigkeiten des Individuums zur *Perspektivenkoordination* sowie zur *Relativierung der eigenen Perspektive* im Lichte der

[92] ECKENSBERGER & REINSHAGEN 1980: 88
[93] KOHLBERG 1980: 240
[94] vgl. KOHLBERG 1973: 643
[95] vgl. RAWLS 1975
[96] vgl. HOSSER & BECKURTS 2005
[97] vgl. CIERPKA 2005 sowie SONG 2001
[98] vgl. SELMAN 1982 und 1984

Anderen *bzw.* eines neutralen dritten die Voraussetzungen lokalisiert, um die höchstmögliche moralische Entwicklungsstufe zu erreichen.

Nachdem nun im vorausgehenden Textabschnitt – überwiegend im Stile einer apagogischen Beweisführung – die inaugurierte Vermutung, dass die Perspektivübernahmefähigkeit eine *conditio sine qua none* des demokratischen Vergesellschaftungsprozesses darstellt, suffizient belegt wurde, soll in den folgenden Zeilen aufgezeigt werden, dass uns eine – im Kontext der zeitgenössischen Medizin vorgenommene – philosophische Analyse der von SELMAN geprägten Begriffe der *Perspektivenrelativität* sowie der *Perspektivenkoordination* des Umstandes gewahr werden lässt, dass die approximative Verwirklichung dieses Begriffspaars nicht nur eine fundamentale Voraussetzung für eine offene Gesellschaftsordnung sondern dass das Begriffsduo ferner die beiden basalen Tragsäulen einer humanen, subjektorientierten Krankenhauslandschaft bildt. In einer unter dem Emblem der Subjektorientierung firmierenden Krankenhauslandschaft[99] würden – soviel sei an diesem Punkt vorweggenommen – nicht nur den professionell verankerten Perspektiven des ärztlich-therapeutischen Berufsstandes Beachtung geschenkt, sondern alle mehr oder minder unmittelbar an der medizinischen Dienstleistungsproduktion partizipierenden Sichtweisen, z.B. Patienten, Angehörige, einweisende Ärzte, ambulante Versorgungseinrichtungen, Nachsorgeinstitutionen, Selbsthilfegruppen usw., würden im Sinne einer *Perspektivenkoordination* gleichermaßen bei der konkreten Ausstaffierung der Versorgungsleistungen berücksichtigt.

Ehe nun nachfolgend die selmanschen Termini philosophisch unterfüttert und anschließend unter Rückgriff auf die Ergebnisse einiger höchst aussagekräftiger PZ-Studien, in denen das professionelle Personal darum gebeten wurde, den Zufriedenheitsgrad ihrer Patienten einzuschätzen, für die vorliegende Arbeit fruchtbar gemacht werden sollen, sei der Leser vorab mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die im voranstehenden Satz getätigten Aussagen keinesfalls dahingehend missverstanden werden dürfen, als dass es sich der Autor im Rahmen der hiesigen Arbeit auf die Fahne geschrieben hätte, eine Art *Diktatur der Patientenschaft* ausrufen zu wollen. Dies ist mitnichten der Fall. Vielmehr ist dem Verfasser daran gelegen *bis dato* verschüttete Emanzipationsspielräume, in denen der Patient ein passivverdinglichtes Dasein fristet, auszuloten und im Sinne eines umfassenden Demokratisierungsprozesses der medizinisch-therapeutischen Dienstleistungsbeziehung einzuebnen. Vorläufer eines derartigen Ansatzes stellen im psychiatrischen Kontext insbesondere die Konzepte der »*Therapeutischen Gemeinschaft*«, des »*Shared decision making*«, der »*subjektorientierten Gemeindepsychiatrie in Herne*«, der »*neuen Dienstleistungstheorie*« sowie *a fortiori* das Modell einer »*trialogischen Psychiatrie*« – die allesamt im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2 eingehender vorgestellt werden – dar.

Die Analyseergebnisse der philosophischen Wendung des selmanschen Begriffspaars soll nun primär aufzeigen, dass im Rahmen eines ernsthaften Realisierungsbestrebens des Konzepts einer dialogischen *resp.* trialogischen Psychiatrie, in denen die Patienten kraft ihres einzigartigen Erfahrungswissens sowohl an der Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur (Markroebene) als auch an dem die eigene Person betreffenden Behandlungsprogramms (Mikroebene) partizipieren können, die systematische, dies meint eine am Regelwerk der empirischen Sozialforschung orientierte, Erfassung der Patientenperspektive ein unverzichtbares Instrument darstellt. Ohne nun über Gebühr den tiefen Schacht der Philosophiegeschichte ausleuchten zu wollen, fördert bereits ein flüchtiger Blick in denselben die Erkenntnis zu Tage, dass dem von SELMAN apostrophierten Konstrukt namens *Perspektivenrelativismus* namhafte Vertreter

[99] eine ausführliche Darstellung des Konzeptes einer *‚subjektorientierten Psychiatrie'* findet sich in Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2

Pate stehen. So eint die Negation eines archimedischen Beobachterpunktes *bzw.* die Verballhornung einer „*freischwebenden Intelligenz*“ à la Karl MANNHEIM[100] – welche schon dem antiken *Homo-Mensura-Satz*[101] implizit zugrunde liegt – die erkenntnistheoretischen Ausführungen von Friedrich NIETZSCHE über Jose Ortega Y GASSET, Karl POPPER und Paulo FREIRE bis hin zu Niklas LUHMANN und Richard RORTY.[102] Eine asymptotische Annäherung an die prinzipiell nicht zugängliche »*erste Welt*« bzw. »*das Ding an sich*« ist nun diesen Geistesgrößen zufolge ausschließlich durch einen dialogischen Perspektivenabgleich *resp.* -aushandlungsprozess innerhalb eines – getreu den Ansätzen von FREIRE und HABERAMS – von Demut und Liebe beseelten herrschaftsfreien Diskurses möglich. Übertragen wir nun diesen erkenntnistheoretischen Ansatz vermittels der Ausführungen von PLESSNER (1981), LEVIANS (1983) und WALDENFELS (2006) zum »*homo abconditus*« von der naturbezogenen auf die zwischenmenschliche Erkenntnisfähigkeit, so gelangen wir zu der auf den ersten Blick elegischen stimmenden Einsicht, dass sich nicht nur die naturhafte Wirklichkeit, sondern darüber hinaus auch noch das Innenleben des vermeintlich vertrauten Mitmenschen des geheimnislüftenden Erkenntniszugriffs entzieht. Unmäandriert formuliert erweisen sich die Extrakte der in den unmittelbar vorausgehenden Zeilen beim Namen genannten Philosophen, welche uns einerseits nochmals die Notwendigkeit der Perspektivenkoordination zur Wahrheits- *resp.* Objektivitätsannäherung sowie andererseits die grundsätzliche Fallibilität sowohl kognitiver als auch emotionaler Perspektivübernahmeversuche luzide vor Augen geführt haben, für die PZF insofern von unverzichtbarer Relevanz, als dass sie dieser auf einer metatheoretischen Ebene augenscheinlich gut fundierte Argumente zu ihrer Legitimierung liefern. Fassen wir nun den obig entfalteten Patientenzufriedenheitsforschungslegitimierungsargumentationsgang, eher dieser auf seine empirische Hieb- und Stichfestigkeit hin überprüft werden soll, nochmals in bündiger Form zusammen, so erhalten wir das folgende Bild: Gewissermaßen als moraltheoretisches Argument für die regelmäßige, (un-)systematische Einholung der Patientenperspektive fungiert die in den vorausgehenden Zeilen herausgearbeitete Erkenntnis, dass nicht nur die demokratische Gesellschaftsordnung im Ganzen, sondern ebenso eine sich den humanistischen Werten verpflichtend fühlende Psychiatrie notwendigerweise darauf angewiesen ist, sich in die Perspektive ihrer primären Nutzer einzufühlen, um das Behandlungsprogramm auf die konkreten Bedarfslagen ihrer Nutzer abstimmen zu können. Dass nun jedoch eine unsystematische, via intuitiver Fremdeinschätzung vorgenommene Perspektivenübernahme, dies meint in diesem Zusammenhang die von professioneller Seite vorgenommene Patientenzufriedenheitseinschätzung, ob ihrer Mangelhaftigkeit keineswegs ausreicht, bedarf es zur künftigen Realisierung einer Psychiatrie mit wahrhaft humanistischen Antlitz der turnusmäßigen Durchführung und Verwertung systematisch angelegter PZ-Studien.

Um nun aufzeigen zu können, dass das aus den Werken von PLESSNER (1981), LEVIANS (1983), und WALDENFELS (2006) hergeleitete Theorem der grundsätzlichen intrapsychischen Verborgenheit des Mitmenschen auch innerhalb des medizinisch-therapeutischen Kontextes seine Gültigkeit besitzt, werden in der nachstehenden Tabelle 1 die zentralen Ergebnisse jener Forschungsarbeiten, in denen der von den befragten Patienten angegebene Zufriedenheitsgrad mit der von den professionellen Mitarbeitern (Therapueten, Ärzte, Pflegepersonal etc.) eingeschätzten Ausgeprägtheit des Patientenzufrieden-

[100] vgl. MANNHEIM 1969

[101] Nach dem sophistischen Homo-Mensura Satz ist „der Mensch (...) Maßstab aller Dinge“ [DELIUS et al. 2000: 114].

[102] siehe dazu beispielhaft die dem Dissertationstext vorangestellten Sentenzen von NIETZSCHE, ORTEGA Y GASSET, ROSENZWEIG und FREIRE

heitsaufkommens vergleichen wird, wiedergegeben. Mit anderen Worten gesagt gibt die Ergebnisspalte der Tab. 1 eine erste, empirisch fundierte Antwort auf die brennende Frage, ob und wenn ja mit welcher Präzision professionelle Mitarbeiter die Zufriedenheit der von ihnen betreuten Patienten prädizieren können.

Autor(en) / Jahr	Zentrale Untersuchungsergebnisse	Patientengruppe
Zaslove et al. (1966)	■ Die Schwestern und Pfleger konnten am ehesten einschätzen, was die Patienten wohl auf die Frage „*Was hat Ihnen während er Therapie am meisten geholfen?*“ geantwortet haben. ■ Im Gegensatz dazu wichen die Einschätzungen der Ärzte sehr stark von denen der Patienten ab.	psychiatrische Patienten
Mayer & Rosenblatt 1974)	■ Die befragten Therapeuten unterschätzen das von den Patienten berichtete Zufriedenheitsniveau.	psychiatrische Patienten
Dowds & Fontana (1977)	■ Das befragte Personal unterschätze das von den Patienten berichtete Zufriedenheitsniveau.	psychiatrische Patienten
Klapp & Scheer (1978)	■ Nicht nur die Ärzte (n=12) sondern auch das Pflegepersonal (n=33) unterschätzen das reale Zufriedenheitsaufkommen der Patienten. ■ So waren bspw. 75% des Personals der Ansicht, dass sich die Patienten auf der Intensivstation unwohl gefühlt haben, während in Wirklichkeit 70% der Patienten angegeben hatten, dass sie sich auf der Intensivstation wohl gefühlt hätten.	intensivmedizinisch behandelte Patienten
Distefano et al. (1980a)	■ Während die Gesamtzufriedenheit der Patienten (n=30) vom Personal (n=15) sehr gut eingeschätzt (73% zu 74%) werden konnte, zeigte sich bei der Taxierung der einzelnen Zufriedenheitsvariablen sowohl im positiv-überschätzenden als auch im negativ-unterschätzenden Bereich enorme Abweichungen.	stationär somatisch behandelte Patienten
Kläui (1982)	■ Die befragten Ärzte glaubten, dass die Patienten der Behandlung kritischer gegenüberstehen, als dieses es realiter waren. Mit anderen Worten gesagt unterschätzen die Ärzte auch in dieser Studie das reale Zufriedenheitsaufkommen der Patienten.	psychiatrische Patienten
Merkel (1984)	■ Nur zwei der insgesamt zehn befragten Ärzte konnte die Zufriedenheit der Patienten annähernd genau voraussagen. ■ „Overall, there was no signifikant relationship between actual patient satisfaction and physician perception of patient satisfaction, altough 2 of 10 physicians did predict patient satisfaction with some precision” (Merkel 1984: 453).	stationär somatisch behandelte Patienten
Hall et al. (1999)	■ Die Ärzte (n=44) unterschätzen die Zufriedenheit der Patienten (n=261).	Diabetiker
Schützwohl & Olberich (2000)	■ Die befragten Ergotherapeuten, denen das Item „*Wie zufrieden ist Ihrer Meinung nach der Patient mit dem Verlauf der ergotherapeutischen Behandlung?*“ zur Beantwortung vorgelegt wurde, gelang es nicht, zwischen zufriedenen und unzufriedenen Patienten zu unterscheiden.	psychiatrische Patienten
Bohrer et al. (2002)	■ Die Einschätzungen des Personals wich von den Patienteneinschätzungen in vielen Bereichen sowohl nach oben (Überschätzung) als auch nach unten (Unterschätzung) ab, wobei die deutlichsten Unterschiede bezüglich der Fragekomplexe Schmerzen, Schlafstörungen und Wahrung der Intimsphäre auftraten.	intensivmedizinisch behandelte Patienten
Zachariae et al. (2003)	■ 25% der Ärzte überschätzen die Zufriedenheit der Patienten. ■ 75% der Ärzte unterschätzen die Zufriedenheit der Patienten.	onkologisch behandelte Krankenhauspatienten
Pollak et al. (2005)	■ Die Ärzte überschätzten die Zufriedenheit ihrer Patienten beinahe durchgängig (30 von 32 Items).	psychiatrische Patienten
Mc Kisntry et al. (2006)	■ Die Autoren konnten nur eine geringe Korrelation zwischen den Patientenzufriedenheitseinschätzungswerten der Ärzte und den konkreten Zufriedenheitsbekundungen der Patienten ermitteln.	Hausarztpatienten
Cannon & Usherwood (2007)	■ Die Ärzte (n=9) unterschätzen die Zufriedenheit der Patienten (n=167).	Hausarztpatienten

Tab. 1: Internationale Forschungsarbeiten zur Patientenzufriedenheitseinschätzungspräzision professioneller Mitarbeiter

Mit Ausnahme der von POLLAK et al. im Jahre 2005 vorgelegten Studie »*Was wissen Ärzte über die Behandlungszufriedenheit ihrer schizophrenieerkrankten Patienten?*« gelangten die angeführten Untersuchungen mit überraschend hoher Übereinstimmung zu dem Ergebnis, dass auf der einen Seite die Gesamtzufriedenheit der Patienten von den Mitarbeitern zumeist unterschätzt und auf der andern Seite die Einzelzufriedenheitswerte zu bestimmten Leitungsattributen der medizinisch-therapeutischen Versorgung von den Mitarbeitern sowohl über- als auch unterschätzt wird, so dass in den Forschungsarbeiten *summa summarum* nur äußerst geringe korrelative Zusammenhänge zwischen den PZ-Einschätzungen der Mitarbeiter und der faktischen Ausgeprägtheit der PZ festgestellt werden konnten.

Wenngleich nun bereits die Quintessenz der insgesamt 14 in der Tab. 1 enumerierten Forschungsarbeiten, laut derer die Patientenzufriedenheitsprädizierungsfähigkeit unter dem professionellen Mitarbeiterstab nur rudimentär ausgebildet ist, unzweifelhaft die turnusmäßige Durchführung systematisch konzipierter PZ-Erhebungen rechtfertigen würde, soll in den nachfolgenden Zeilen zum Zwecke einer weiteren empirischen Unterfütterung dieser Schlussfolgerung ein äußerst ungewöhnliches Therapieexperiment, welches der amerikanische Psychotherapeut und Bestsellerautor Irvin D. YALOM an *resp.* zusammen mit seiner neurotischen, u.a. an einer Schreibblockade leidenden, Patientin Ginny ELKIN durchführte[103] und in Co-Autorenschaft mit eben dieser in dem Buch »*Jeden Tag ein bisschen näher. Eine ungewöhnliche Geschichte*« (2005) veröffentlichte, etwas ausführlicher dargestellt werden. Das besondere an dem von YALOM vorgenommenen ‚*informellen Therapieexperiment*'[104] besteht nun darin, dass er seiner Patintin Ginny ELKIN, die als hoffnungsvolle Nachwuchsschriftstellerin nicht nur unter einer massivern Schreibhemmung, sondern über ihren neurotischen Symptomskomplex hinaus auch noch mit einem finanziellen Engpass zu kämpfen hatte, anbot, die für die Einzelsitzungen anfallenden Kosten dadurch zu tilgen, dass sie „(...) eine fließende, unszenierte Zusammenfassung [über, T.K] jede Therapieschunde schrieb, in der sie all die Gefühle und Gedanken äußern sollte, die sie während unserer Sitzung nicht verbalisiert hatte. Ich [Irvin D. Yalom, T.K.] wollte genau dasselbe tun und schlug vor, dass wir beide unsere wöchentlichen Berichte versiegelt meiner Sekretärin übergeben und alle paar Monate die Notizen des anderen lesen sollten"[105]. Das zentrale Ergebnis dieses zweijährigen Experiments[106], in dessen Rahmen ein ebenso voluminöser wie instruktiver Textkorpus, bestehend aus den wöchentlichen – sowohl aus der Feder der Patientin als auch aus der des Therapeuten stammenden – Einzeltherapiereflexionsberichten, entstand, lässt sich am treffendsten mit dem so genannten *Rashomon-Erlebnis*[107] umschreiben: „Obgleich wir beide" – so resümiert YALOM – „an derselben Sitzung teilgenommen hatten, empfanden und erinnerten wir sie auf jeweils ganz eigene Weise. Zum einen werteten wir Teile der Sitzung unterschiedlich. Meine eleganten und brillanten Interpretationen? *Sie hatte sie nicht einmal gehört.* Stattdessen würdigte sie die kleinen, persönlichen Äußerungen, die ich kaum bemerkt hatte: meine Komplimente über ihre Kleidung oder ihr Aussehen oder ihr Schreiben, meine unbeholfenen Entschuldigungen, wenn ich mich ein paar Minuten verspätet hatte, mein Lachen über ihren Witz, meine Neckereien, wenn wir Rollenspiele machten. All diese Erfahrungen haben mich gelehrt, nicht davon

[103] vgl. YALOM 2002: 32-37 sowie JALOM & ELKIN 2005
[104] vgl. YALOM 2002: 34
[105] ebenda: 35
[106] vgl. YALOM & ELKIN 2005: 8
[107] Bei sich widersprechenden Zeugenaussagen hat es sich in der wissenschaftlichen Diskurslandschaft – in Anlehnung an den japanischen Spielfilm »*Rashomon – Das Lustwäldchen*« (1950) – eingebürgert, vom so genannten ‚Rashomon-Effekt' bzw. ‚Rashomon-Erlebnis' zu sprechen.

auszugehen, dass der Patient und ich in einer Sitzung dasselbe erleben“[108]. Zur Illustration der zum Teil enorm divergierenden Therapiestundensichtweisen zwischen dem Therapeuten YALOM und seiner Patientin ELKIN sollen abschließend einige Passagen aus den jeweils angefertigten Reflexionsberichten über eine im Sommer 1971 stattgefundene Einzeltherapiesitzung wiedergegeben werden.

Dr. Yalom, 23. Juni

„(...) den letzten Teil der Sitzung konzentrierte ich mich ohne großen Einfallsreichtum auf das Schreiben. Was denn wohl nötig sei, sie zum Schreiben zu bringen? Was sie schreibe? Was sie nicht schreibe? Ich versuche, sie dahin zu bringen, dass sie über den morgigen Tag nachdenkt. Wie würde ihr Tagesablauf aussehen? Könnte sie um 10 Uhr anfangen zu schreiben, wenn sie wollte? Ich versuchte herauszufinden, was ihren Willen mobilisieren könnte. Darüber wurde sie wütend und zeigte echte Verärgerung. Jetzt, zehn Minuten später, denke ich fast mit Vergnügen, dass sie in der Lage dazu war. Sie sagte, Sie glaube, sie werde morgen schreiben und um 10 Uhr anfangen. Ich schloss die Sitzung, indem ich »Schreiben Sie um 10 Uhr« auf ein Stück Papier schrieb, das ich zusammenfaltete und ihr gab. (...) Heute bin ich ziemlich begeistert und optimistisch, eindeutig »*high*« nach der Sitzung mit Ginny. Es war eine aufregende Stunde, und sie war wirklich ganz zauberhaft“ (Yalom & Elkin 2005: 144-145)

Ginny, 23. Juni

„Wenn Sie solche auf der Hand liegenden Dinge über das Schreiben oder das Urteilen sagen, schalte ich einfach ab. Ich tu so, als ob ich zuhöre und Ihnen folge und trage auch meinen Teil zur Unterhaltung bei, aber in Wirklichkeit nehme ich davon nichts ernst (...). Ich möchte deshalb, dass Sie das Thema wechseln, aber dabei grinse ich bloß, anstatt zu sagen, dass ich mich langweile.

Auf dem Heimweg schlief ich im Bus ein und schreckte plötzlich hoch, bestürzt darüber, dass die Sitzung vorbei war. Es war keine schlechte Sitzung. Es war, als ob man im Restaurant das Falsche bestellt. Man hat eben bis zum nächsten Mal seine Chance verpasst und muss verdauen, was man gegessen hat.

Die auf eine gute Sitzung folgende Begegnung scheint im Vergleich immer schlechter auszufallen. Weil ich weiß, dass die vorhergehende mich mit neuer Energie und Entschlusskraft erfüllt hat. (...)“ (Yalom & Elkin 2005: 145-146)

Schließen wir nun mit der obigen Rezitation den unkonventionellen Abschnitt der vorliegenden Einleitung, in welchem wir alles in allem unter Rückgriff auf unterschiedlichste Diskursfelder die These, dass es zur Verwirklichung des vielmundig beschworenen Konzepts einer auf den Grundwerten des Humanismus, der Demokratie sowie der Subjektorientierung errichteten Psychiatrie – das, wie u.a. anhand der Schriften von KOHLBERG und SELMAN herausgearbeitet werden konnte, konstitutiv auf die Fähigkeit zur realistischen Einfühlung in die Patientenperspektive angewiesen ist – aufgrund der empirisch sattsam erhärteten Tatsache, dass sich die professionellen Mitarbeiter außerstande zeigen, die Zufriedenheit der Patienten angemessen einzuschätzen (siehe Tab. 1), notwendigerweise darauf angewiesen ist, die Patientenperspektive zum Zwecke einer adressatennahen Ausgestaltung der Versorgungsleistungen künftig keinesfalls mehr unsystematisch-intuitiv sondern ausschließlich systematisch-wissenschaftlich zu erfassen, mit einer witterungsfesten Patina überzogen werden konnte, ab und schlagen stattdessen in der hiesigen Zeile den ersten Akkord des nunmehr folgenden konventionellen Einleitungsparts, in welchem dem Leser einerseits die aktuellen Defizite der PZF erläutert sowie andererseits der inhaltliche Fahrplan der vorliegenden Arbeit, samt Etappenzielen, näher gebracht werden soll, an, so gilt es in einem ersten Schritt das bereits im Dissertationstitel angesprochene Defizitdreigestirn der PZF, *nudis verbis* das Theorie-, Methoden- und Verwertungsdefizit[109], umfassend auszubuchstabieren.

Versuchen wir nun zuvörderst die einzelnen Strukturelemente des Theroriedefizits der nationalen wie internationalen PZF, welches – soviel sei mit Vorausblick auf die Kapitel 2 und 3 bereits an dieser Stelle verraten – größtenteils durch den sich bis in die Gegenwart hinein erstreckenden Missstand zu er-

[108] YALOM 2002: 35-36
[109] vgl. BLUM 1998a

klären ist, dass die heterogenen Wissenschaftsdisziplinen, die sich in der Vergangenheit sowohl der theoretischen Modelbildung als auch der empirischen Operationalisierung und Messung des Zufriedenheitskonstrukts angenommen hatten, ihre Forschungsbemühungen beinahe vollständig in atomistisch-solitärer Weise – sprich ohne jedwede interdisziplinäre Vernetzung – durchführten, in komprimierter Form darzustellen, so erhalten wir das folgende Bild:

- Auf grundlagentheoretischer Ebene ist es *bis dato* nicht nur der PZF sondern ebenso der Lebens-, Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung – obzwar insbesondere der zuletzt genannte Forschungszweig der Betriebswirtschaftslehre in modelltheoretischer Hinsicht einige enorme Erkenntnisfortschritte verbuchen konnte – nicht gelungen, eine elaborierte, konsensual getragene Antwort auf die folgenden Fragen zu formulieren:
  1) worin besteht sowohl die definitorische *Quidität*, das Wesenswas, der Zufriedenheit als auch die definitorische *Haecceitas*, das Spezifische, des PZ-Konstukts?
  2) wodurch unterscheidet sich der zufriedene Gemütszustand von den familienähnlichen, zumeist synonym zum Zufriedenheitsbegriff verwandten, Konstrukten des Glückes und des Wohlbefindens?
  3) handelt es sich bei dem innerseelischen Phänomen der Zufriedenheit um ein Gefühl, eine Stimmung, eine Emotion oder gar um einen Affekt?
  4) auf welchen *resp.* welche Vergleichsstandarte (z.B. Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen, alternative Anbieter, Gerechtigkeitsnormen usw.) greifen Personen, gesetzt des Falles, dass – wie in der Literatur zumeist angenommen wird – der Ausbildung von Zufriedenheitsgefühlen ein kognitiver Soll-Ist-Vergleich vorgeschaltet ist, im Rahmen der Zufriedenheitseinschätzung zurück?
- Unter modelltheoretischen Gesichtspunkten klafft sowohl in der nationalen wie internationalen PZF insofern eine andreasgrabenartig anmutende Forschungslücke auf, als dass die bisherigen PZF, deren Schwerpunkt eher auf den methodischen und weniger auf den modelltheoretischen Fragen lag, bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein allgemeinverbindliches PZ-Entstehungsmodell, dass nicht nur die mannigfachen Schwächen des dominierenden Confirmation-Disconfirmations-Paradigmas, demnach die PZ – salopp formuliert – als das Ergebnis eines neutralen oder positiven Soll-Ist-Abgleichs angesehen werden kann, beseitigt, sondern darüber hinaus *prima facie* verborgene Stellschrauben zur Steigerung der PZ offenbart, verabschieden konnte.
- Über diese beiden zentralen Achillesfersen hinaus leidet die PZF, den verdienstvollen – wenngleich auch nicht in allen Punkten überzeugenden Ausführungen – des Gesundheitswissenschaftlers und exponierten PZ-Forschers Karl BLUMS zum Trotze[110], nach wie vor an einem zumeist mehr oder minder bewusst ausgeblendeten Legitimitätsproblematik, welche im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit auf den Namen *‚petittio pricipii der PZF'* getauft werden wird. Kurzum: Die PZF krankt gegenwärtig der Gestalt an einem Legitimitätsunbill, als dass das seit Anbeginn der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts zur Rechtfertigung von PZ-Befragungen ins Feld geführte Qualitätsoptimierungsargument, demzufolge die Versorgungsqualität und damit einhergehend die Zufriedenheit der Patienten auf der Basis systematisch erhobener PZ-Daten sukzessive erhöht werden kann, angesichts der unerquicklichen Befundlage, dass bis zum augenblicklichen Zeitpunkt keine dem Autor der vorliegenden Arbeit bekannte intertemporale Vergleichsstudie – die den psychometrischen Gütekriterien der empirischen

[110] vgl. BLUM 1998b

Sozialforschung hinreichend Rechnung trägt – vorgelegt wurde, deren Ergebnisse die innerhalb des Qualitätsoptimierungsargumentes ostentativ zur Schau getragene PZ-Steigerungslogik ausreichend absichern würde, so erweist sich das zur Legitimation der PZF angeführte Qualitätsoptimierungsargument in der Summe – was die Inbetriebnahme des petitio-prinipii-Etikettes rechtfertigt – als noch selbst der Begründung bedürftig.

- Ausgehend von der etymologischen Wurzel des Theoriebegriffs (lat. theorein = Schauen), der zufolge eine Theorie den von ihr Gebrach machenden Subjekten eine – darin der Funktion eines Scheinwerfers *resp.* einer Landkarte ähnlich – besonders tiefgehend-komplexe Wirklichkeitserfassung ermöglicht, sei zu guter Letzt noch darauf hingewiesen, dass das Theoriedefizit der nationalen wie internationalen PZF insofern noch durch ein weiters Symptom gekennzeichnet ist, als dass der – wie in Kapitel 5 noch eingehender aufgezeigt wird – geschichtliche Entstehungskontext der unsystematischen wie systematischen PZF bislang – gelinge gesagt – nur äußerst unzureichend ausgeleuchtet wurde.

Bevor wir uns nun in den nachstehenden Zeilen von der Erläuterung des Theoriedefizits ab- und der Darstellung des Methodendefizits zuwenden werden, soll dem Leser vordem noch *in nuce* anhand der zuletzt geschilderten Theoriedefizitkomponente, in Worten der ungenügenden Aufarbeitung der PZF-Geschichte, mit Nachdruck vor Augen geführt werden, dass die drei zentralen Defizite der PZF sich keineswegs einander unverbunden gegenüberstehen sondern sich vielmehr untereinander beeinflussen und verstärken. *Ad rem*: Ohne nun den Quintessenzen der Kapitel 5 und 6 zu sehr vorgreifen zu wollen, kann ein Gutteil der unter dem Label des Methodendefizits firmierenden Problematik, laut derer die PZF an einer unkreativen, fragebogenlastigen Ausgestaltung ihrer Methoden laboriert, der Gestalt durch die kläglichen Patientenzufriedenheitsforschungsgeschichtsaufarbeitungsversuche erklärt werden, als dass es die PZF in methodischer Hinsicht versäumt hat, die überaus originellen und zum Teil mit erstaunlichem Erfolg eingesetzten qualitativen Forschungsmethoden (z.B. Interviews, projektive Testverfahren, Zeichentestes, Beobachtungsverfahren usw.) aus der Frühphase der PZF hinreichend zu würdigen, aus ihnen zu lernen und ihnen letzter Konsequenz einen angestammten Platz in ihrem Methodenarsenal zuteil werden zu lassen.

Versuchen wir nun in den nachstehenden Zeilen – einen Teil des im vorausgehenden Satz angeschlagenen Tenors aufgreifend – eine kompakte Antwort auf die Frage, aus welchen wesentlichen Bausteinen sich das Methodendefizit der PZF zusammensetzt, zu geben, so gelangen wir zu der Einsicht, dass das sowohl von der nationalen wie internationalen PZ-Literatur wiederholt ausgemalte architektonische Grundgerüst des Methodendefizits maßgeblich auf den folgenden drei Tragsäulen basiert:

- Entsprechend den Ergebnissen mannigfacher Metaanalysen zeichnen sich die in der Regel zur Erfassung der PZ eingesetzten Fragebögen nicht nur dadurch aus, dass sie auf der einen Seite zuhauf den elementaren Gesetzmäßigkeiten einer *lege artis* durchgeführten Fragebogenkonstruktion (z.B. Pretest, Einleitungstext, Dramaturgie, Reduktion von Kontexteffekten usw.) zuwiderlaufen, sondern darüber hinaus auf der anderen Seite den primären psychometrischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabität, Validität) keine oder allenfalls eine äußerst marginale Aufmerksamkeit schenken.
- Wurde nun – um in er obig bemühten Metapher zu verweilen – die erste Tragsäule der Methodendefizitarchitektur aus dem myriadenartig anmutenden Material schlichtweg unseriöser, dem Wissenstand der quantitativen Sozialforschung in frappierender Weise hohnsprechender PZ-Fragebögen angefertigt, so Verrät uns eine taktile Inaugenscheinnahme der zweiten Tragsäule, dass diese ob ihrer geringe-

ren Materialdichte aus einem[111] gänzlich anderen Rohstoff errichtet wurde. Kurzum: Der Werkstoff, aus dem die zweite Tragsäule des Methodendefizitsgrundgerüstes zusammengeleimt wurde, speist sich letztendlich aus dem inferioren Stellenwert, welcher den qualitativer Forschungsmethoden innerhalb der PZF – ausgenommen in ihrer leider vollständig ausgeblendeten Frühphase – zugewiesen wurde. Darüber hinaus sei angemerkt, dass die Robustheit der zweiten Tragsäule durch die Sachlage verstärkt wird, dass mulitmethodisch fundierte PZ-Studien, in denen die qualitativen Methoden nicht auf ihre dienende Rolle innerhalb der explorativen Fragebogenentwicklungsphase reduziert sondern als eigenständige, in egalitär Beziehung zur quantitativen Methodik stehende Untersuchungsinstrumente berücksichtigt werden, in der PZF-Historie beinnahe – mit Ausnahme einiger vor kurzem publizierter Studien – vollständig fehlen.[112]

- Begutachten wir nun abschließend die Substanzialität der dritten Tragsäule, auf welcher das Methodendefizit der PZF aufruht, so zeigt sich, dass die in der Majorität der PZ-Studien mit geradezu naturgesetzlicher Verlässlichkeit zu Tage gebrachte Erkenntnis der konstant hohen, stellenweise gar astronomisch dünkenden Gesamtzufriedenheitswerte, welche laut einer Meta-Analyse von MC PHEE und Kollegen aus dem Jahre 1975 zwischen 72% und 100% oszillieren, den Rohstoff bildeten, aus welcher die besagte dritte Tragsäule gegossen wurde.[113]

Heben wir uns nun die Erläuterung der vom Autor ausgedachten Strategie, kraft welcher Forschungsanstrengungen das obig in ihren zentralen Konturen schraffierte Methodendefizit der PZF im Rahmen der vorliegenden Arbeit idealerweise überwunden *resp.* in bedeutenden Punkten revidiert werden kann, für die Schlusszeilen der hiesigen Einleitung auf und wenden und vordem der Untersuchung des noch ausstehenden Parts des Defizitdreigestirns, in Worten dem Verwertungsdefizits, zu, so gelangen wir zu der Einsicht, dass das architektonische Gerüst dieses Defizits hauptsächlich durch einen einzigen Pfeiler gestützt wird, der wiederum vorrangig aus beiden folgenden Erkenntnisbausteinen angefertigt wurde:

- Erstens die zwar selten explizit thematisierte, jedoch im Subtext den meisten PZ-Forschungsarbeiten implizit zum Ausdruck kommende Problematik, dass die in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens via PZ-Erhebung evozierten Daten *in praxi* zumeist insofern von den entsprechenden Institutionen unverdaut ausgeschieden werden, als dass die Daten in der Regel keineswegs – wie es getreu des am häufigsten zur PZ-Befragungslegtimierung ins Feld geführten Versorgungsqualitätsoptimierungsarguments erwartet hätte werden können – zur Verabschiedung qualitätsverbessernder Interventionsmaßnahmen sondern vornehmlich zur Aufpolierung *bzw.* Verfestigung eines positiven Institutionsimages qua positiver Öffentlichkeitsarbeit herangezogen werden.[114]
- Diesem zentralen Erkenntnisbaustein, welcher prozentual gesehen den größten Anteil der in den besagten Stützpfeiler Einzug erhaltenden Baustoffmenge ausmacht, wird nun in Morphologie der insbesondere in den Untersuchungen von FLEISCHER (1996), LECHER & KOCH (2002), BIRSCHEL (2004) und THIELL (2008) – welche in Kapitelpunkt 6.2 detailliert dargestellt werden – aufgedeckten Problematik, dass nicht nur die Ergebnisse konkreter PZ-Studien, sondern darüber hinaus das über die Jahre hinweg im Rahmen der PZF mühsam zusammengestellte methodische Fachwis-

[111] siehe dazu Kapitel 5
[112] siehe dazu ausführlich den Kapitelunterpunkt 6.1.7
[113] eine erschöpfende Darstellung dieses Kardinalproblems der PZ – einer kritischen Diskussion desselbigen mit inbegriffen – findet sich in Kapitelunterpunkt 6.3
[114] siehe den zentralen Ursachen und Therapiemöglichkeiten des Verwertungsdefizit insbesondere die Ausführungen in Kapitel 7

sen *bis dato* nur eine äußerst unzureichende Verwendung innerhalb der alltäglich statthabenden PZ-Erhebungen gefunden hat, eine zweite Bausubstanz, die einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Festigkeit der Tragsäule beisteuert, zur Seite gestellt.

Wenn wir nun im Folgenden zur Abrundung des hinführenden ersten Kapitels, nachdem wir dem Leser in den obigen Zeilen die drei maßgeblichen Defizite der PZF in groben Zügen – wobei an dieser Stelle auf eine minutiöse Illustration derselben aus Gründen der Textstraffung sowie aufgrund der Tatsache, dass eine detailgetreue Problemaufarbeitung innerhalb der jeweiligen Kapitelpunkte, welche sich der möglichen Überwindung einer oder mehrerer Facetten aus diesem Defizitdreigestirn verschrieben haben, vollzogen wird, verzichtet wurde – *ad oculus demonstriert* haben, den Versuch starten werden, die den Kapiteln zwei bis zehn der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Zielsetzungen in geraffter Form darzulegen, so sei vorab darauf hingewiesen, dass wir zur Realisierung dieses Unterfangens die im Dissertationstitel aufscheinende Wendung „*unter lösungsorientierter Akzentuierung des Theorie-, Methoden- und Verwertungsdefizits der Patientenzufriedenheitsforschung*" gewissermaßen als komplexitätsreduzierenden Ariadnefaden einsetzten werden. Unmäandriert formuliert bedeutet dies, dass die Vorstellung des inhaltlichen Fahrplans der einzelnen Kapitel sich daran orientiert, kraft welcher Vorgehensweise in dem jeweiligen Kapitel ein Beitrag zur Domestikation des Defizitdreigestirns der PZF geleistet werden soll.

Im unmittelbar nachfolgenden Kapitel 2 werden wir sowohl zur Schließung der bereits obig genannten interdisziplinären Lücke innerhalb der Zufriedenheitsforschung als auch zur Erarbeitung einer tragfähigen Definition des Zufriedenheitsterminus – neben den Sprachspielen des Alltags – insgesamt sieben ausgewählte Wissenschaftsdisziplinen daraufhin untersuchen, welchen Stellenwert und Bedeutung sie dem Zufriedenheitskonstrukt zuweisen. Pointiert formuliert besteht das übergreifende Ziel dieser begriffsgeschichtlichen Expedition darin, die innerhalb des Theoriedefizits der allgemeinen Zufriedenheitsforschung offen stehenden Fragen – z.B. Was ist Zufriedenheit? Wie entsteht Zufriedenheit? Was unterscheidet die Zufriedenheit von familienähnlichen Konstrukten wie etwa Glück, Freude und Wohlbefinden? Handelt es sich bei der Zufriedenheit um eine Stimmung, einen Affekt oder gar eine Emotion? – insoweit zu beantworten, dass wir am Ende des Kapitels mit einer salomonischen, interdisziplinär grundierten Arbeitsdefinition des Zufriedenheitsbegriffs aufwarten können. Ausgehend von dieser allgemein gehaltenen Zufriedenheitsdefinition soll dann im Kapitel 3 – katexochen unter Bezugnahme auf die progessiven modelltheoretischen Forschungsleistungen innerhalb der betriebswirtschaftlichen Kundenzufriedenheitsforschung – ein holistisches PZ-Genesemodell erarbeitet werden, welches *idealiter* auf der einen Seite die Schwächen der *bis dato* entwickelten PZ-Modelle zu überwinden und auf der anderen Seite dem Klinikmanagement neue Ansatzpunkte zur sukzessiven Erhöhung der PZ darzubieten weis. Das inhaltliche Fahrwasser des Kapitelpunktes 3.6.2, indem die physiologischen und konativen Auswirkungen der Patienten(un)zufriedenheit minutiös herausgearbeitet werden, behände aufnehmend, machen wir es uns in Kapitel 4 zur Aufgabe, sämtliche in der Literatur kursierenden Patientenzufriedenheitsbefragungslegitimierungsargumente darzustellen und kritisch zu hinterfragen. Bevor nun in Kapitel 6 das innerhalb der PZ-Literatur meistdiskutierte PZF-Defizit, in Worten das Methodendefizit, unter lösungsorientierten Gesichtspunkten in Augenschein genommen soll, werden wir in Kapitel 5 den Versuch unternehmen, der obig unter der Metakategorie des Theoriedefizits an dritter Stelle ausbuchstabierten Problematik, der zufolge nicht bloß die Geschichte der unsystematischen-, sondern auch die Geschichte der systematischen PZF *bis dato* nur in hochgradig mutilierter Form nachgezeichnet wurde,

vermittels einer weitestmöglichen Rekonstruktion der nationalen wie internationalen PZ-Forschungsgeschichte das Wasser abzugraben. Standen die Kapitel 2 bis 5 ganz im Zeichen der Bereinigung bestehender Theoriemängel, so werden wir uns – wie bereits obig angemerkt wurde – in den Unterpunkten des sechsten Kapitels den einzelnen Komponenten des Methodendefizits der Gestalt annehmen, dass wir *erstens* den Aktualitätswert der in den 90er Jahren des 20 Jh. ausformulierten methodischen Zeitdiagnosen – welche bis in die Gegenwart hinein zur Rechtfertigung von PZ-Fragebogenentwicklungsarbeiten herangezogen werden – anhand einer Dokumentenanalyse von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Fragebögen überprüfen werden (siehe Kapitel 6.1.1.2); dass wir *zweitens* unter Rückgriff auf die Ergebnisse der Forschungsarbeiten von FLEISCHER (1996), LECHER & KOCH (2002), BIRSCHEL (2004) und THIELL (2008) die Brisanz der in der PZ-Literatur bislang zumeist unter die Aufmerksamkeitsschwelle gerutschten Problematik, der nach das innerhalb des wissenschaftlichen PZ-Diskurses aufgespeicherte Methodenwissen nur äußerst mangelhaft in den Befragungsalltag eingesickert ist, verdeutlichen werden (siehe Kapitel 6.2); sowie dass wir *drittens* die methodischen Rahmenbedingungen klären werden, unter denen der angesichts des Phänomens der konstant hohen PZ-Werte häufig erhobene Artefaktvorwurf seiner argumentativen Durchschlagskraft verlustig geht (siehe dazu Kapitel 6.3). Das unmittelbar folgende Kapitel 7 nimmt sich sowohl in ätiologischer als auch in therapeutischer Hinsicht des Verwertungsdefizits der PZ-Forschung an, wobei insbesondere mit der organisationssoziologischen Aufarbeitung der für dieses invariante Defizit der PZF vornehmlich verantwortlich zu machenden Gründe fruchtbare Stellschrauben zur Einebnung dieses Missstandes erschlossen werden sollen. In Kapitel 8 werden wir dann sowohl zur Ausräumung einiger Elemente des in Kapitel 6 reformulierten Methodendefizits (u.a. Inexistenz suchtspezischer PZ-Bögen, unzureichende Absicherung der Konstruktvalidität mittels Multitrait-Multimethod-Matrix-Analyse, Exklusion projektiver Bildertests aus dem PZ-Methodenkanon) als auch zur Ausschaltung einiger in Kapitel 7 angeführter Verwertungsdefizitsursachen ein multimethodisches Erhebungsdesign, in dem sich quantitative (Fragebogen) und qualitative (Interview, projektiver Bildertest, Beobachtung) Forschungsmethoden egalitär zueinander verhalten, entwickeln und im Rahmen einer Stichtagsuntersuchung testen. Anschließend werden in Kapitel 9 die zentralen quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnisse präsentiert. Abgerundet wird das neunte Kapitel mit einem aus den Untersuchungsergebnissen deduzierten Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog. Den Abschluss der vorliegenden Arbeit bildet das Kapitel 10, indem nebst einer knappen inhaltlichen Zusammenfassung überprüft werden soll, inwieweit das in den obigen Zeilen ausformulierte Metauntersuchungsziel, in Worten die weitestgehende Außerkraftsetzung des Defizitsdreigestirns der PZF, als erreicht angesehen werden kann. Zu guter Letzt sei noch angemerkt, dass die finalen Zeilen der hiesigen Arbeit der Aufzeigung künftiger Forschungsbedarfe vorbehalten sind.

»(…) alle Wissenschaft wäre überflüssig, wenn die Erscheinungsformen und das Wesen der Dinge unmittelbar zusammenfielen (…)«

Karl Marx[1]

»(...) die Begriffsgeschichte befreit Begriffe aus dem Gefängnis ihrer Definitionen und dem Zuchthaus der Statuseindeutigkeiten: das Historische entdomestiziert das nur noch Systematische zum Lebendigen«

Odo Marquard[2]

2. Das Konstrukt 'Zufriedenheit' -

Stellenwert und Bedeutung des Zufriedenheitsbegriffs in den Sprachspielen des Alltags und der Wissenschaft

Ausgehend von Ludwig WITTGENSTEINS *Gebrauchstheorie der Bedeutung* – der zufolge „die Bedeutung eines Wortes (…) sein Gebrauch in der Sprache"[3] ist – sollen in den nachstehenden Zeilen die *Sprachspiele* des Alltagslebens und der Wissenschaft dahingehend analysiert werden, welche mannigfachen semantischen Zuschneidungen dem Zufriedenheitsbegriff in diesen Diskursen zuteil werden. Darüber hinaus gilt es den historischen Stellenwert des Zufriedenheitsbegriffs herauszustellen. Zentrale Fragen die in diesem Kapitel aufgeworfen und beantwortet werden sollen sind unter anderem: Was verstehen "*Ottonormalverbraucher*" und Wissenschaftler eigentlich unter dem Begriff Zufriedenheit? Was unterscheidet Zufriedenheit von *familienähnlichen* Emotionen wie Glück und Wohlbefinden? Wo begegnen wir dem Zufriedenheitskonstrukt in unserem Alltagsleben? Was haben Theologen und Philosophen uns zu diesem Begriff zu sagen? Gibt es in der Wissenschaft eine empirische Forschungstradition zum Konstrukt 'Zufriedenheit'? Der übergeordnete Sinn und Zweck dieses Kapitels kulminiert somit einerseits in der Absicht, dem Leser einen ersten Überblick darüber zu verschaffen, inwieweit die das Konstrukt 'Zufriedenheit' im Laufe der Wissenschaftsgeschichte Gegenstand zahlreicher sowohl rein geisteswissenschaftlicher wie auch empirischer Forschungstätigkeit gewesen ist und welche zentralen Ergebnissen sowie Problemstellungen eben diese epistemologischen Bemühungen zutage gefördert haben. Andererseits ist dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit mit der Intention geschrieben worden, anhand einer umfassenden semantischen Beleuchtung des Zufriedenheitsbegriffs am Ende des Kapitels zu einer heuristischen Arbeitsdefinition des allgemeinen Konstrukts 'Zufriedenheit' zu gelangen, auf dessen Grundlage im anschließenden Kapitel 3 das spezifische Konstrukt der PZ Gestalt annehmen soll. Zuzüglich zu diesen beiden in den vorausgehenden Sätzen ausbuchstabierten Metazielsetzungen sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich der Autor innerhalb des hiesigen Kapitels – gewissermaßen im Sinne einer latent mitschwingenden Subzielsetzung – bemüht, all jene Gedankengänge festzuhalten, die sich möglicherweise zur Einebnung der in der Einleitung aufgezeigten zentralen Forschungsdefizite der PZF, wobei im Rahmen des vorliegenden Kapitels insbesondere das Theorie- und Methodendefizit von Interesse sein dürfen, als fruchtbar erweisen könnten. Wenden wir uns nach dieser kurzen Stippvisite in die Mikrozielsetzungen dieses Kapitels nun wieder den übergreifenden Leitfragestellungen zu, so offenbaren sich die Schwierigkeiten, die sich einer tragfähigen inhaltlichen Konturierung des Zufriedenheitsbegriffs – welche den strukturellen Anforderungen an eine wissenschaftlich lupenreine Definition hinreichend Rechnung

[1] MARX 1972b: 825
[2] MARQUARD 2000: 12
[3] WITTGENSTEIN 1960b: § 43

trägt – in den Weg stellen, bereits durch einen flüchtigen Blick auf die undifferenzierte Verwendung des Zufriedenheitsterminus in der Alltagssprache. So wird der Begriff Zufriedenheit vom Volksmunde häufig in einem Atemzug mit den bedeutungsverwandten Begriffen wie z.B. Glück, Sorglosigkeit, Wohlbefinden, Leichtigkeit, Unbeschwertheit, Unbefangenheit, Seelenruhe, Gelassenheit, Freude, Bedürfnislosigkeit, Beschwerdefreiheit, Seelenfrieden, Einssein mit sich und der Welt, Harmonie, Entspanntheit, Beschwerdelosigkeit usw. genannt *resp.* mit diesen gleich gesetzt. Im Folgenden werde nun einige ausgewählte empirische Studien über subjektive Theorien zu den Konstrukten Glück und Zufriedenheit dargestellt, die nachweisen, dass sich die meisten Menschen mit der konkreten Definition dieser positiven Emotionen ebenso schwer tun, wie es der Kirchenvater AUGUSTINUS seinerzeit für das Phänomen der Zeit beschrieben hat: „Wenn mich niemand danach fragt, weiß ich es; will ich es einem Fragenden erklären, weiß ich es nicht“[4]. Bevor jedoch nachstehend die einzelnen Untersuchungsergebnisse jener (explorativ-) empirischen Studien, die Glück und Zufriedenheit mittels des Alltagsverständnis des “*Mann auf der Straße*“ zu definieren beabsichtigten, in komprimierter Form vorgestellt werden, soll der Leser vorab anhand eines Interviewauszugs aus einer qualitativen Forschungsarbeit zum Thema »*subjektive Glückstheorien von Hochbetagten*« von Philipp MAYRING[5] auf die obig explizierten Definitionsschwierigkeiten eingestimmt werden.

Herr B [78 Jahre, Rentner, mit Ehefrau (P) zusammenlebend]

F: Sie haben vorhin gesagt, dass Sie sehr glücklich sind.

B: Ja so schon, so schon, ich bin zufrieden.

F: Was heißt das für Sie, wenn Sie **glücklich** sind, was heißt das?

B: … Normal ist nicht viel Unterschied: ich bin so zufrieden, normal finde ich, dass die Gesundheit die Hauptsache ist. Weil die Gesundheit ist das beste Glück, das es geben kann.

F: Also Zufriedenheit ist für Sie so was wie Glück?

B: Jawohl. Ich fühle mich wohl, wenn ich gesund bin.

F: Ja, jetzt haben Sie doch gesagt, Zufriedenheit ist doch nicht so das ganz gleiche wie Glück. Was ist das mehr wie Zufriedenheit?

B: Ja … Normal bin ich zufrieden .. Wie ich mein Leben gestalte … bin ich zufrieden alles in allem.

F: Wenn Sie jetzt mal Beispiele geben für Situationen, in denen Sie in letzter Zeit glücklich waren?

B: … Weiß ich jetzt nicht, was ich sagen muß, soll …

Der Interviewausschnitt mit Herrn B beweist *exempli causa*, dass es einer Vielzahl von Probanden äußerst schwer fällt, vielschichtigen Emotionen – in diesem Fall das Gefühl »Glück« – begrifflich habhaft zu werden: „ (…) Herr B [schätzt sich, T.K.] zwar als sehr glücklich ein, definiert aber Glück als Zufriedenheit, kann über Glück eigentlich nichts sagen“[6]. Zu ähnlich gelagerten Ergebnissen kommen eine ganze

[4] AUGUSTINUS 1985: 354

[5] MAYRING 1991: 148

[6] MAYRING 1991: 148. Es sei an dieser Stelle allerdings angemerkt, dass die Aussagen von Herrn B auch dahingehend interpretiert werden könnten, dass sein Glücksverständnis in einer Art „*Zufriedenheitsglück*“ (siehe zu diesem Begriff die phänomenologische Gemütsanalyse STRASSERS aus dem Jahre 1956) gipfelt. Würde das Interview einer derartigen Lesart unterzogen, so stünden die Ausführungen des namenlosen Herrn B zum Thema Glück manchen Anmerkungen international anerkannter Philosophen zu dem selbigen Themengebiet in nichts nach. Zur Unterfütterung dieser gewagt anmutenden Hypothese sei in diesem Zusammenhang auf die Glücksdefinition des Philosophen Robert NOZICK verwiesen, der in seiner lesenswerten Schrift »*Vom richtigen, guten und glücklichen Leben*« das Glück als einen Zustand der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt umschreibt (vgl. NOZICK 1991). Eine ähnlich gelagerte Definition der Zufriedenheit findet sich in dem seinerzeit viel beachteten Werk »*Über das Glück*« des polnischen Philosophen Wladslaw TATARKIEWICZ, der das Glück in einer allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben lokalisiert sieht: „Das Glück – so TATARKIEWICZ – „ist eine Art von Zufriedenheit. Die Zufriedenheit ist sein *genus* – aber es muß noch seine *differentia specifica* hinzugefügt werden; eine Definition des Glücks einfach als Zufriedenheit wäre zu weit gefasst. Wenn jedes Glück Zufriedenheit ist, so ist doch nicht jede Zufriedenheit auch Glück. Die Zufriedenheit mit einzelnen Dingen, sogar sehr wichtigen, wie mit der Gesundheit oder mit einem ruhigen Gewissen, mit Erfolg oder mit einer Stellung, stellt noch kein Glück dar, wenn sie nicht von anderen Zufriedenheiten begleitet wird. Für das Glück ist die Zufriedenheit mit dem Leben in seiner *Ganzheit* notwendig. Ferner: jene, die zufrieden, aber nur relativ zufrieden sind, werden sich auch nicht glücklich nennen. Sie werden, wie jener Held Farrères, der ein ruhiges und wohlhabendes, aber eintöniges Leben führt, sagen: „Ich bin zufrieden, aber glücklich bin ich nicht.“ Zufriedenheit ist nur dann Glück, wenn es sich um VOLLE Zufriedenheit handelt. Schließlich: Sogar die volle Zufriedenheit mit dem Leben entscheidet noch nicht über das Glück, wenn sie nur momentan ist. Wenn eine solche für das Glück ausreichen würde, so gäbe es fast nur Glückliche auf Erden: Es gibt wohl

Bandbreite weiterer Untersuchungen aus dem Bereich der empirisch fundierten Glücksforschung, die unter Rekurs auf ein differenziertes Methodenspektrum – welches von offenen Fragestellungen in standardisierten Fragebögen[7] über Interviews (z.B. das 'qualitative Glücksinterview'[8]) bis hin zu Satzergänzungstests[9] und kartenbasierten semantischen Ähnlichkeitseinschätzungen[10] reicht – zu ergründen suchen, was der "*Ottonormalverbraucher*" unter Glück versteht *resp.* wie er die Emotionen Glück und Zufriedenheit voneinander trennt. Der kleinste gemeinsame Nenner dieser – in ihrer methodischen Ausrichtung höchst heterogenen – Studien lokalisiert sich in der Einsicht, dass die Begriffe Glück und Zufriedenheit im Alltagsverständnis recht nebulös und diffus repräsentiert sind. Insbesondere die semantische Grenzziehung zwischen diesen beiden Begrifflichkeiten stellt den "*Mann von der Straße*" vor enorme Schwierigkeiten. So beantworten die Probanden in den angeführten Studien Fragen zur Definition von Glück und Glücksgefühlen vorrangig mit dem Verweis auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und das empfinden von Zufriedenheitsgefühlen. Welche Implikationen diese Studienergebnisse hinsichtlich der empirische Messung des Konstrukts 'Glücks' in sich bergen, wie z.B. eine verstärkte Berücksichtigung der kognitiven Dimension des multidimensionalen Glückskonstrukts, kann und soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden, da die zentrale Emotion, die es in dieser Arbeit zu untersuchen gilt, nach wie vor die Zufriedenheit ist. Es gilt jedoch an dieser Stelle *ad notam* zu nehmen, dass die Emotionen Glück und Zufriedenheit im Alltagsleben häufig miteinander verquillt werden. *Summa summarum* kann somit festgehalten werden, dass die Forschungsbemühungen zur Eruierung subjektiver Theorien zu Glück und Zufriedenheit zwar aus methodologischenlogischen Gründen einen unverzichtbaren Bestandteil innerhalb einer *lege artis* vorgenommenen Konstruktoperationalisierung darstellen, jedoch für die definitorischen Absichten dieses Kapitels von zu vernachlässigender Relevanz sind, da die vom Alltagsbewusstsein vorgenommenen Bergriffsbestimmungen an mindestens zwei Stellen die Kriterien einer aus dem Blickwinkel der Wissenschaft als erfolgreich zu deklarierenden Definitionsbildung verletzen. Bezugnehmend auf die wissenschaftlichen Leitprinzipien zur Aufstellung luzider Definitionen[11] werde wir nachfolgend zwei zentrale Regelbrüche darstellen, denen sich das Alltagsbewusstsein im Rahmen seiner Definitionsbestrebungen der Emotion 'Zufriedenheit' schuldig macht. Erstens ist zu konstatieren, dass eine Vielzahl der im Alltag vorzufindenden Zufriedenheitsdenotationen – z.B. Unbeschwertheit, Sorglosigkeit, Bedürfnislosigkeit, Unbefangenheit, Unbekümmertheit, Beschwerdefreiheit usw. – die Definitionsregel missachtet, dass eine Definition vorzugsweise mit positiven Begrifflichkeiten operieren sollte. Zweitens wird das einzulösende Definitionskriterium, dass eine Definition niemals zirkulär sein darf, in so mancher Alltagsdefinition unterwandert. Zur Exemplifizierung dieses Sachverhaltes sei der Leser an das Weisheitsspruch-Genre erinnert, welches in Form von Glückskeksen, Kalendersprüchen, Horoskopen und vermeintlicher Aufbau-Literatur in unseren Alltag eingesickert ist und indem Zufriedenheit *bspw.* – im Stile einer verkappten stoischen Ethik – als aushalten von Unzufriedenheit definiert wird.[12] Das eine derartige Definition, in der das Definiendum selbst wiederum – wenngleich auch mit negativen Präfix

keinen Menschen, der in irgendeinem Moment seines Lebens nicht zufrieden gewesen wäre. Aber – wie Aristoteles schrieb – „weder eine Schwalbe noch ein einziger Tag machen den Frühling, und genauso wenig gibt ein einziger Tag oder ein kurzer Zeitabschnitt dem Menschen Zufriedenheit oder Glück". Unter Glück versteht man AUSDAUERNDE Zufriedenheit. In diesem Sinn muß man das Glück definieren als: VOLLE und DAUERHAFTE Zufriedenheit mit der GANZHEIT des Lebens" [TATARKIEWICZ 1984: 21].

[7] vgl. FREEDMAN 1978 sowie MAYRING 1991: 16, 140

[8] vgl. MAYRING 1991: 118ff.

[9] vgl. CHASSEIN et al. 1986

[10] vgl. FLIEGE & FILIPP 2000

[11] COPI & ROWE 1983: 67-72

[12] vgl. KÖTTER 1999: 13

versehen – im Definiens auftaucht, eine Definition ist, die ihren Zweck, nämlich für begriffliche Klarheit und Orientierung zu sorgen, gänzlich verfehlt, scheint logisch evident. Da die subjektiven Alltagstheorien zur begrifflichen Konturierung des Konstrukts Zufriedenheit aufgrund ihrer mangelhaften Berücksichtigung elementarer wissenschaftlicher Definitionskriterien nicht sonderlich dienlich sind, werden wir in den nachstehenden Zeilen die Diskurse von *insgesamt sieben wissenschaftlichen Disziplinen* insbesondere daraufhin untersuchen, welchen semantischen Zuschnitt der Zufriedenheitsbegriff in diesen Diskursen erfährt. *Prospektiv* sein an diesem Punkt angemerkt, dass uns die in den subjektiven Alltagstheorien gehäuft auftretende semantische Äquivalenzsetzung von Glück und Zufriedenheit auch in den einzelnen Wissenschaftsgebieten – namentlich sowohl in der Theologie und Philosophie als auch in der empirischen Glücksforschung sowie der sozialwissenschaftlichen Wohlbefindendheitsforschung – wieder begegnen wird.[13] Bevor wir im Folgenden nun die ausgewählten Wissenschaftszweige auf ihren Umgang mit dem Konstrukt Zufriedenheit hin untersuchen werden, soll vorab in einem kurzen Unterkapitel die Frage in den Mittepunkt gerückt werden, inwiefern wir in unserem täglichen Alltag mit dem Zufriedenheitsbegriff konfrontiert sind. Darüber hinaus soll im Rahmen eines soziologischen Gedankenexperiments die These belegt werden, dass die nahe liegende Idealvorstellung einer rundum zufriedenen Gesellschaf eine unmöglich zu realisierende Gesellschafsform darstellt, da eine auf kapitalistischer Warenproduktion- und Konsumption basierende Gesellschaft existenziell auf die immerwährende Reproduktion von partieller Unzufriedenheit – in soziologischen, philosophischen und ökonomischen Abhandlungen wird unter der gleichen Problemstellung statt des Unzufriedenheitsbegriff häufig auf die Termini des Mangels, der Knappheit, des Neides, der unbegrenzten Bedürfnisvariabilität sowie der Unruhe zurückgegriffen – angewiesen ist.

2.1 Begegnungen mit dem Zufriedenheitskonstrukt in der alltäglichen Lebensführung - *Eine soziologische Beobachtung*

In den nachstehenden Zeilen werden wir nun – wie obig bereits angekündigt – in einem ersten Schritt aufzuzeigen versuchen, inwieweit der Durchschnittsbürger in seiner alltäglichen Lebensführung[14] mit der Zufriedenheit in Berührung kommt. Dass sich die Darstellung der alltäglichen "Zufriedenheitsbegegnungen" dabei nicht in einer rein quantitativen Auflistung erschöpfen soll, sondern in einem zweiten Schritt auf eine genuin soziologische Reflexionsebene gehoben wird, ist bereits implizit in der kursiv gesetzten Kapitelüberschrift angesprochen worden. Bevor jedoch die alltäglichen "(Un-)Zufriedenheitsbegegnungen" genauer unter dem soziologischen Okular seziert werden, gilt es vorab das numerische Aufkommen des Zufriedenheitsbegriffs in der alltäglichen Lebensführung grob zu skizzieren. Es sein an dieser Stelle *expressis verbis* darauf verwiesen, dass der Autor bei der nachfolgenden Auflistung alltäglicher »Zufriedenheitsbegegnungen« keinesfalls dem illusionären Anspruch auf eine vollkommene Abbildung aufsaß. Die Aufzählung hat vielmehr rhapsodischen Charakter und ist mit der Intention

[13] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die definitorischen Abgrenzungsschwierigkeiten nicht nur für den Zufriedenheitsbegriff sondern darüber hinaus auch für den antagonistischen Termini der Unzufriedenheit bestehen. So pendelt beispielsweise Ted Robert GURR in seiner mit dem Etikett des soziologischen Klassikers zu versehenden Studie über die Entstehungsmotive politischer Gewalt zur Beschreibung der aus der Wahrnehmung *relativer Deprivation* resultierenden Gemütsverfassung zwischen den Begrifflichkeiten der Unzufriedenheit, des Zorns und der Wut (vgl. GURR 1972: 38, 54). Eine weitere Äquivalentsetzung von Unzufriedenheit und Zorn findet sich in der Dissertation von KAPP aus dem Jahre 2001.

[14] Es sei der Hinweis erlaubt, dass der angeführte Begriff der *alltäglichen Lebensführung* im Rahmen des hiesigen Kapitels nicht auf das gleichnamige, elaborierte Forschungskonzept – wie es bspw. von JURCZEYK & RERRICH (1993) sowie HOLZKAMP (1995) verwandt wird – abhebt, sondern eher in naiver, soziologisch unbelasteter Manier auf die ihm gewöhnlichen Leben zu durchschreitenden Räume der Gesellschaft (Beruf, Freizeit etc.) rekurriert. Zur Gewahrwerdung der mannigfachen soziologischen Implikationen, die dem Begriff des Alltags innewohnen, siehe insbesondere den orientierungsstiftenden Artikel von Norbert ELIAS aus dem Jahre 1978 (vgl. ELIAS 1978).

verfasst worden, dem Leser ein erstes Gespür dafür zu vermitteln, in welchem Ausmaß der *Durchnittsbürger* in seiner alltäglichen Daseinsform mit dem Konstrukt Zufriedenheit in Berührung kommen kann. Einen ersten Berührungspunkt mit der Begrifflichkeit Zufriedenheit können wir bereits im Sozialisierungsprozess des Kindes *resp.* im gelebten Erziehungsalltag der Sorgeberechtigten in Form des Kulturgutes der Märchenerzählung ausfindig machen, die mehr als einmal mit dem Satz „*Und Sie lebten glücklich und zufrieden bis an ihr Ende*" abgerundet werden. Ein weiterer alltäglicher Kontaktpunkt mit dem Konstrukt Zufriedenheit scheint in der ubiquitären Frage des „*Wie geht's*" auf, die uns – soweit wir bestrebt sind diese *obszöne Frage*[15] mit dem nötigen ernst zu beantworten – zu einer Art Zufriedenheitsbilanzierung nötigt.[16] Des weiteren werden wir in unserem Alltagsleben im Rahmen von Werbeslogans massenhaft mit der Kategorie Zufriedenheit überschwemmt. So pries *pars pro toto* bspw. schon Dr. Oetker 1957 seine Puddingmixtouren mit dem griffigen Worten „*Zufriedene Minen werden es Ihnen danken*" an. Ein kurzer Blick in die gegenwärtigen Werbepraktiken lässt uns dem Umstand gewahr werden, dass das zum Schlagstock der Werbetrommel funktionalisierte Zufriedenheitskonstrukt noch nichts von seinem alten Glanze eingebüßt zu haben scheint: So schmücken sich diverse Autohersteller in ihren TV-Werbespotts mit dem Titel des Kundenzufriedenheitstestsiegers und tierische Bioprodukte verleihen sich in pietätloser Weise den Anstrich, ausschließlich von „*glücklich und zufrieden*" gehaltenen Tieren zu stammen. Darüber hinaus werden den Verbraucher in naturwissenschaftlich unterlegten TV-Sendeformaten mitunter die positiven Auswirkungen des Konsums von tryptophanhaltiger Lebensmittel wie etwa Schokolade nahegelegt, da die essentielle Aminosäure Tryptophan – als die biochemische Vorstufe des „Glücks- und Zufriedenheit" spendenden Neurotransmitters Serotonin – unsere Wohlbehaglichkeit nachhaltig zu steigern vermag. In der gebotenen Kürze sei an dieser Stelle noch darauf verwiesen, dass die Pharmaindustrie mit der unter dem Label '*Prozac*' firmierenden "*Zufriedenheits-Pille*" – namentlich einem Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts ein Produkt auf den Markt brachte, welches sich in den europäischen Ländern einer derart hohen Absatzrate erfreute, dass es in England mittlerweile in das Grundwasser eingesickert ist und der englischen Bevölkerung – wenn auch in geringer Konzentration – über das Leitungswasser Zufriedenheit quasi Freihaus serviert wird.[17] Diese bestürzende Bestandaufnahme lässt vermuten, dass unsere Gegenwartsgesellschaft von einer dystopischen Gesellschaftsform wie sie von Aldous HUXLEY in seinem Roman »*Schönen neuen Welt*« entworfen wurde, in der die Menschen zur Regulierung ihres Gefühlshaushaltes täglich die Wunderdroge „Soma"[18] zu sich nehmen, nicht allzu weit entfernt zu seien scheint. Wenden wir uns nach diesem gesellschaftskritischen Exkurs wieder dem Aufkommen des Zufriedenheitskonstrukts im Alltagsleben zu, so seien abschließend noch vier weitere Sphären der alltäglichen Lebensführung genannt, in denen Konfrontationen mit dem Zufriedenheitsbegriff schier unvermeidbar sind. Erstens sei auf die deutsche Mundart verwiesen, in dessen Sprichwortkatalog sich der Zufriedenheitsterminus in vielfältiger Weise – so zum Beispiel in der

---

[15] vgl. BODENHEIMER 2004

[16] Entsprechend kommt der französische Romancier und Essayist Pascal BRUCKNER in seinen Ausführungen „*Über die Floskel: »Wie geht's?«*" zu der Einsicht, dass uns dieses banale Frage permanent das Stimmungsbarometer konsultieren lässt. „Die Frage »Wie geht's?« ist" – so BRÜCKNER – „(…) die belangloseste und zugleich tiefgründigste. Um korrekt darauf zu antworten, müsste man seine psychische Verfassung einer peinlich genauen Bestandsaufnahme unterziehen. Aber was soll's? Man muß aus Höflichkeit und Anstand »ja« sagen und zu anderen Dingen übergehen oder aber ein Leben lang über die Frage nachgrübeln und die Antwort für später aufheben" [BRÜCKNER 2002: 27]. Zu einer soziologischen Durchdringung der *»Wie geht's?-Floskel«* siehe darüber hinaus Harold GARFINKEL 1961: 207.

[17] Siehe dazu den Artikel im britischen Observer vom 08. März 2004 mit der programmatischen Überschrift »*Stay calm everyone, there's Prozac in the drinking water*« (entnommen aus MARTON 2005: 2). Darüber hinaus sei der interessierte Leser in diesem Zusammenhang auf das Buch der Journalistin Elisabeth WURTZEL »*Verdammt schöne Welt. Mein Leben mit der Psycho-Pille*« (1994) verwiesen, indem die Autorin nicht nur ihre eigenes Gemütsempfinden unter Einfluss dieses Antidepressivums beschreibt, sondern ferner – wie der englische Originaltitel »*Prozac Nation*« bereits ankündigt – auch einige interessante Aussagen über die gesamtgesellschaftliche Verbreitung und Wirkung von Procaz trifft.

[18] HUXLEY 2001: 68

Wendung „*Das Haus der Zufriedenheit ist noch nicht gebaut worden*" – eingenistet hat. Zweitens sei an den Abdruck von nationalen wie internationalen Umfrageergebnisse zur Bürgerzufriedenheit – zumeist ermittelt durch das Institut für Demoskopie in Allensbach – in der Tagespresse erinnert. Drittens werden wir dem Zufriedenheitsbegriff im Rahmen unserer Erwerbsbiographie – gesetzt den Fall, dass in dem Unternehmen kein systematisches Qualitätsmanagement durchgeführte wurde[19] – spätestens dann ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit zuteil werden lassen, wenn dieser Terminus das vom Arbeitgeber angefertigte Arbeitszeugnis säumt und der Empfänger dieses Schriftstücks mit zitterigen Händen die einschlägige Orientierungsliteratur zur Abfassung von Arbeitszeugnissen zum Zwecke der Dechiffrierung standardisierter Formulierungen wie z.B. „*Herrn Mustermann hat seine Aufgaben stetes zu unserer vollsten zufrieden erledigt*" durchblättert.[20] Viertens scheint der Zufriedenheitsterminus *bzw.* sein englischsprachiges Pedant namens '*satisfaction*' eine der meistfrequentierten Vokabel der internationalen Musikszenerie zu sein. *Pars pro toto* sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass die Rolling Stones ihren ersten Nr. 1 Charterfolg im Jahre 1965 mit dem Lied »*(I Cant't Get No) Satisfaction*« feierten. Insgesamt – so kann an diesem Punkt bilanzierend festgehalten werden – zeigen die angeführten Berührungspunkte, dass wir in den unterschiedlichsten Kontexten unserer alltäglichen Lebensführung vielfach mit dem Konstrukt Zufriedenheit konfrontiert sind.

In einem nächsten Schritt soll nun – wie bereits obig angekündigt – in soziologischer Manier die Frage zu beantworten versucht werden, ob das vermeintlich paradiesische Ideal einer Gesellschaft, deren Mitglieder vollständige Zufriedenheit ausstrahlen eine real lebbare Gesellschaft wäre. Dabei werden im nachfolgenden Textkörper die auf den ersten Blick paradox anmutende These verteidigen, dass die praktische Realisierung einer ausschließlich zufriedene Menschen beherbergende kapiatlistisch-wachstumsorientierten Gesellschaft gänzlich unmöglich ist, da – so formuliert der Soziologe Manfred PRISCHING – „*ein glücklicher Mensch ein Systemschädling* [ist, T.K.]… Ein *Nachfrageverweigerer*. Ein *Dissident der Steigerungslogik*". (…) „Die zufriedene Gesellschaft wäre" – PRISCHING zufolge – „schlimm. Da jeder Marktwirtschaftsinsasse (…) offene Probleme haben [muss, T.K.], wenn die marktförmige Wachstumsgesellschaft funktionieren soll. Zumindest muss er das Problem haben, dass er etwas nicht hat, das er haben könnte. Und dieses Problem muss an seinem Bewusstsein nagen"[21]. In der Tradition von Emile DURKHEIM, der in seinem Aufsatz »*Kriminalität als normales Phänomen*«[22] den *prima facie* abwegig anmutenden Nachweis der systemstabilisierenden Funktion delinquenter Verhaltensweisen erbrachte, werde wir im Folgenden – unter primären Rekurs auf die anthropologischen Implikationen des knappheitssoziologischen Werkes von Bálint BALLA[23], der *Spektakelgesellschaft* von Guy DEBOARD[24] sowie des konsumaffirmativen Schriftstückes »*Das konsumistische Manifest*« von Norbert BOLZ[25] – versuchen, die systemerhaltenden *resp.* gemeinschaftsstiftenden Funktionen der (produktiven) Unzufriedenheit[26] differenziert darzulegen. Unter dem Unzufriedenheitsbegriff wird im Rahmen dieser Beweisführung auf emotionaler Ebene eine negativ

[19] siehe zum Stellenwert des Zufriedenheitskonstrukts in den einschlägig bekannten QM-Ansätzen insbesondere das vierte Kapitel der vorliegenden Arbeit

[20] zum jeweiligen Aussagengehalt der unterschiedlichen '*Zufriedenheitsformeln*' in Arbeitszeugnissen siehe insbesondere JANSEN & BEDEN 2006: 98-100. *En passant* sei an dieser Stelle angemerkt, dass die im obigen Textkörper verwendete Zufriedenheitsformel im Schulnotensystem ein glatten sehr gut gleichkommen würde (vgl. JANSEN & BEDEN 2006: 98).

[21] PRISCHING 2006: 252

[22] vgl. DURKHEIM 1968; Ähnliche paradoxe Argumentationsgänge finden sich beispielsweise für die Emotion des Neides in dem soziologischen Werk »*Die Neidgesellschaft*« von Helmut SCHOECK (1966) sowie für die Gemütslage der Unzufriedenheit in der Abhandlung »*Die Bienenfabel oder Private Laster, öffentliche Vorteile*« von Bernhard MANDEVILLE (1998).

[23] vgl. BALLA 1978; 1987; 2005

[24] vgl. DEBORD 1996

[25] vgl. BOLZ 2002

[26] PRISCHING 2006: 251

eingefärbte Stimmungslage verstanden, die sich aus den universal anthropologischen Konstanten der *Knappheit resp.* des *Neides* – der auch als *komparative Knappheit* bezeichnet werden könnte – speist. Zur argumentativen Untermauerung dieser Begriffsdefinition wird sich der Autor im fortfolgenden hauptsächlich auf die Knappheitssoziologie von BALLA berufen, der in Fortführung der *Mängelwesentheorie* von Arnold GEHLEN den Menschen als „*Mensch der Knappheit*" kennzeichnet.[27] Die ausschließliche Bezugnahme auf BALLAs Theorem der „Knappheit als unaufhebbaren existenzialen Grundtatbestand"[28] zur Exemplifizierung des Tatbestandes, dass der Mensch in seinem „In-der-Welt-Sein" vorrangig durch eine tendenzielle Unzufriedenheitsgestimmtheit gekennzeichnet ist, beruht einzig und allein auf dem inhaltlich begrenzten Rahmen dieser Arbeit. Mit nahezu gleicher Zweckdienlichkeit hätte der Autor an dieser Stelle *bspw.* auch auf das Werk des Individualpsychologen Alfred ADLERS – der den Menschen von einem angeborenen Minderwertigkeitskomplex her bestimmt – die Mangelkonzept Ernst BLOCHS und Gerd BRANDS, die phänomenologische Ausweisung des Menschen als „Lücke" *resp.* als „Nichts" durch Jean-Paul SARTRE sowie die einmündige Auffassung von der Unersättlichkeit der menschlichen Wünsch- und Bedürfnisstruktur in den Werken von Niccoló MACHIAVELLI, Blaise PASCAL, Arthur SCHOPENHAUER, Thomas HOBBES, Jacques LACAN und Sigmund FREUD zurückgreifen können. Bevor nun nachstehend die systemstabilisierende Bedeutung einer immerwährenden Unzufriedenheitsreproduktion für konsumistische Gesellschaften herauskristallisiert werden soll, sei vorab in einem ersten Schritt die phylogenetische Funktionsdienlichkeit der aus den Existenzialien der Knappheit und des Neides emporsteigenden Unzufriedenheitsstimmung skizziert. Aus stammesgeschichtlicher Perspektive scheint die Unzufriedenheit verantwortlich zu sein für die unversiegbaren Fortschrittsbemühungen des Menschen.[29] Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass sich die Innovationskraft des Menschen zur Entwicklung immer ausgefeilterer und optimierter Techniken zur nachhaltigen Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse sich primär aus der Quelle der jeweiligen Unzufriedenheit mit dem *status quo* nährte. Überspitzt formuliert könnte man die stammesgeschichtliche Entwicklung des *homo sapiens* von Anbeginn seines erstmaligen Erscheinens auf der Weltbühne vor ca. 4 Millionen Jahren in Ostafrika bis zur Herausbildung des Frühkapitalismus im achtzehnten Jahrhundert als eine Geschichte fortwährender „natürlicher" Unzufriedenheitsbekämpfung ausweisen. Der Neologismus der „*natürlichen Unzufriedenheit*", welcher auf die naturgegebenen Wurzeln der Unzufriedenheit wie etwa die Knappheit an existenziell notwendigen Gütern usw. verweist, fand im voranstehenden Satz deshalb Berücksichtigung, da sich der Gegenstand der Unzufriedenheitsbekämpfung mit dem heraufziehen der modernen Konsumgesellschaft von der *natürlichen* hin zur gesellschaftlich *inszenierten Unzufriedenheit* wandelte.[30] Anschlussfähig an die Aussage von Guy DEBORD, dass in der fortgeschrittenen kapitalistischen Gesellschaft „(…) die Unzu-

[27] „*Knappheit* von Gütern und Werten – definiert als Missverhältnis zwischen Bedürfnissen und Aspirationen einerseits, Vorräten und Verfügbarkeiten andererseits ist existenzieller Grundtatbestand des Menschen. Die Begründung, dass Knappheit *existenzieller Grundtatbestand des Menschen* ist, liegt in seinem anthropologischen Charakter, in jenem Wesensmerkmal, dass er (…) ein Mängelwesen ist. (…). Die Mängelwesen-Art des Menschen verweist auf *die Mangelhaftigkeit seiner „Natur"*, seines „Wesens", so dass er immer gegen die Mängel und Defizite seiner Existenzführung zu arbeiten und zu kämpfen hat. Dieser Tatbestand *aus Sicht der Dimension von Gütern und Werten* bedeutet, dass der Mensch ständig mit dem Missverhältnis zwischen seinen Bedürfnissen und seinen Verfügbarkeiten, also mit *Knappheit* zu tun hat. Kann also der Mensch von seinem „Wesen", von seiner „Natur" her als Mängelwesen bezeichnet werden, so ist er von der Güterwelt her betrachtet zugleich auch *„Mensch der Knappheit", homo inadequationum*" [BALLA 2005: 32]

[28] BALLA 2005: 45

[29] Eine vergleichbare Auffassung findet sich bereits in den Werken von Bernhard MANDEVILLE (1998: 91, 279), John LOCKE (1975: 21, 34) und Immanuel KANT (2003: 234), da diese Denker simplifiziert gesagt davon ausgingen, dass eine absolute Zufriedenheit zu tatenloser Ruhe, Stillstand und Strebsamkeitsverlust führen würde. Gänzliche Zufriedenheit würde nach Ansicht dieser Geistesgrößen in letzter Konsequenz somit in der Einebnung des menschlichen Fortschrittsstrebens münden.

[30] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich der Autor bewusst für die Verwendung des „neutralen" Begriffspaares *natürliche-* versus *inszenierte Unzufriedenheit* entschieden hat, da beispielsweise eine – in Anlehnung an die Konsumkritik Herbert MARCUSES (1970) vorgenommene – Differenzierung in *wahre-* versus *falsche Unzufriedenheit* den rein deskriptiven Charakter der Beweisführung gesprengt hätte.

friedenheit selbst zu einer Ware geworden ist (…)“[31], geht der Soziologe Norbert BOLZ davon aus, dass moderne Gesellschaften um ihrer Selbsterhaltung willen *Unzufriedenheit auf hohem Niveau kultivieren*[32] müssen. Ehe nachstehend *en détail* der anthropologische Unzufriedenheitsnährboden sowie ausgewählte Techniken der kapitalistischen Gesellschaft zur nachhaltigen Produktion inszenierter Unzufriedenheit dargestellt werden, bedürfen die angeführten plakativen Ausführungen von DEBORD und BOLZ einer inhaltlichen Präzisierung, da die systemstabilisierenden Wirkungen nur von einem ganz bestimmten Unzufriedenheitstypus herrühren. So muss die Gesellschaft bei der Herstellung von gemeinschaftsstiftender Unzufriedenheit darauf bedacht sein, dass sie die ausgewiesenen Unzufriedenheitsfelder mit dem Anstrich der prinzipiellen Bewältigbarkeit versieht. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die von der Gesellschaft *bspw.* über den Mechanismus des ständigen Modewandels künstlich inaugurierte Unzufriedenheit für das Gros der Gesellschaftsmitglieder grundsätzlich über kurz oder lang aufhebbar sein. In Anlehnung an die Anomie-Theorie von Robert King MERTON[33] kann an dieser Stelle *ad notam* genommen werden, dass eine gesellschaftlich *inszenierte Unzufriedenheit* immer nur insoweit auch eine *produktive* resp. *systemstabilisierende Unzufriedenheit* ist, als dass die Mehrheit der Gesellschaftsmitglieder über die notwendigen Mittel verfügt, um die Unzufriedenheitsquellen in naher Zukunft auf legalem Wege austrocknen zu können. Eine zu große Diskrepanz zwischen den *unzufriedenheitsstiftenden Zielen* und den gesellschaftlich *bereitgestellten Mitteln* würde im günstigsten Fall zu einer *resignativen-* im schlimmsten Fall jedoch zu einer *destruktiven Unzufriedenheit* in Form eines Anstiegs delinquenter- und systemstürzlerischer Verhaltensweisen führen.[34] Nachdem wir nun festgestellt haben, dass Unzufriedenheit nicht per se, sondern nur unter ganz bestimmten Vorzeichen einen systemstabilisierenden Effekt hat, soll nun zum Abschluss dieses Unterkapitels nochmals komprimiert herausstellt werden, warum die spätkapitalistische Gesellschaft elementar auf die *Inszenierung* von *Unzufriedenheit* angewiesen ist, auf welche anthropologischen Voraussetzungen sie dabei zurückgreift sowie welcher praktischen Mechanismen sie sich zur fortwährenden Generierung

[31] DEBORD 1996: Absatz 59

[32] BOLZ 2002: 89; Eine analoge Einschätzung findet sich auch in den Arbeiten von Albert O. HIRSCHMANN (1984), Peter GROSS (1994, 1999), Zygmut BAUMAN (2007, 2009) und Michael JÄCKEL (siehe dazu insbesondere JÄCKEL 2004, 2007 und 2008). Entsprechend formuliert JÄCKEL: „Zufriedenheit ist ein dynamisches Phänomen und wird auf einem Markt zu erreichen versucht, der selbst an der systematischen Wiederbelebung von Unzufriedenheit interessiert ist“ [JÄCKEL 2004: 267]. Diese „*Paradoxie der Zufriedenheit*“ ist und bleibt laut JÄCKEL „(…) ein wichtiger Motor des Konsums“ [ebenda]. „Die größte Bedrohung für eine Gesellschaft, welche die »Kundenzufriedenheit« zum höchsten Zweck ihres Daseins erklärt – so der Soziologe Zygmut BAUMAN – ist ein zufriedener Kunde. Auch für den Verbraucher selbst wäre Zufriedenheit eine Katastrophe: Keine offenen Wünsche? Nichts, dem es sich nachzujagen lohnt? (....) Gerade die Unmöglichkeit der Zufriedenheit ist, wie Talcott Parsons sagen würde, eine »funktionale Voraussetzung« der Konsumgesellschaft.. In einer solchen Gesellschaft gelten jene, die nur ihre »authentischen« Bedürfnisse befriedigen wollen, als schlechte Verbraucher und soziale Außenseiter“ [BAUMAN 2007: 149-150]

[33] vgl. MERTON 1968

[34] Zur detaillierten Beschreibung des Entstehungsprozesses protestrelevanter Unzufriedenheit infolge einer verstärkten Anomie siehe allen voran die lesenswerte Arbeit von BURCHARDT (2001). Es sei in diesem Zusammenhang jedoch darauf verwiesen, dass der aus einem forcierten anomischen Gesellschaftszustand resultierenden Unzufriedenheit in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur, welche sich mit den zentralen Gründen von Aufruhr, Protest, Rebellion und politischer Gewalt beschäftigen, eine eher marginale Potenzialität zur Erklärung dieser spezifischen nonkonformistischen Verhaltensweisen zugeschrieben wird. Zugespitzt formuliert bildet in der Fachdiskussion weniger die aus dem Zustand einer verstärkter Anomie resultierende Unzufriedenheit als vielmehr die aus der Wahrnehmung *relativer Deprivation* entstehende Unzufriedenheit den zentralen theoretischen Ansatzpunkt zur Erklärung von politischer Protestbewegungen. Ohne an dieser Stelle nun *en detail* auf die klassische soziologische Studie zur Analyse und Erklärung rebellischer Verhaltensweisen von Ted Robert GURR (1972) eingehen zu wollen, sei nachstehend ein kurzer Passus aus dem Werke GURRS wiedergegeben, in welchem GURR die Umrisse seiner Theorie der Entstehung politischer Gewalt grob skizziert: „Die primäre ursächliche Abfolge bei politischer Gewalt sieht folgendermaßen aus: zuerst Entwicklung von Unzufriedenheit, dann Politisierung dieser Unzufriedenheit und schließlich gewaltsames Handeln gegen politische Objekte und Akteure. Unzufriedenheit, die durch die Wahrnehmung relativer Deprivation entsteht, ist die grundlegende, stimulierende Voraussetzung für Beteiligung an politischer Gewaltanwendung. (…) Relative Deprivation ist als eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen den Werterwartungen von Menschen und ihren Wertansprüchen definiert. Werterwartungen bezeichnen die Güter und Lebensbedingungen, die den Menschen nach ihrer Ansicht mit Recht zustehen. Wertansprüche bezeichnen die Güter und Verhältnisse, von denen sie glauben, dass sie sie erreichen beziehungsweise aufrechterhalten können –die ihnen zugänglichen sozialen Mittel vorausgesetzt. Gesellschaftliche Verhältnisse, die den Durchschnittsgrad oder die Intensität der Erwartungen anheben, ohne die Ansprüche höher zu schrauben, steigern die Unzufriedenheit. (…) Gesellschaftliche Verhältnisse, welche die durchschnittliche Wertposition der Menschen mindern, ohne ihre Werterwartungen zu senken, steigern gleichermaßen die Deprivation und infolgedessen die Unzufriedenheit. (…) Durch Deprivation bewirkte Unzufriedenheit ist ein allgemeiner Ansporn zum Handeln. Sowohl die psychologische als auch die Theorie des Gruppenkonflikts deuten darauf hin, dass Gewalt um so wahrscheinlicher ist, je größer die Unzufriedenheit ist. Die Besonderheit dieses Handlungsimpulses hängt von den Ansichten der Menschen über die Ursprünge und über die Möglichkeit ab, gewaltsame Aktionen gegen die dafür verantwortlichen Urheber normativ und utilitaristisch zu rechtfertigen. Zu den gesamtgesellschaftlichen Variablen, die die Konzentration der Unzufriedenheit auf politische Objekte beeinflussen, gehören unter anderem das Ausmaß an kulturellen und subkulturellen Sanktionen gegen offene Aggression, das Ausmaß und der Erfolgsgrad bisheriger politischer Gewaltanwendung, die Artikulation und Verbreitung symbolischer Reize, die Gewalt rechtfertigen, die Legitimität des politischen Systems und die Art und Weise, wie es bis jetzt auf relative Deprivation reagiert hat und gegenwärtig reagiert. (…) Bei äußerster Unzufriedenheit ist es sehr wahrscheinlich, dass sie politisiert wird (…)“ [GURR 1972: 21-22].

künstlicher Unzufriedenheit bedient. Die konsumistische Gesellschaf ist deshalb auf die fortwährende Kreation von Unzufriedenheit angewiesen, da in dieser fortgeschrittenen Gesellschaftsform die menschlichen Basisbedürfnisse weitgehend gesättigt sind. Würden nun in einer derartigen Gesellschaft keine neuen Begehrlichkeiten und damit einhergehende Unzufriedenheitsgefühle evoziert, die durch den Konsum spezifischer Güter negiert werden könnten, so wären die Mitglieder dieser Gesellschaft wohl nur äußerst schwierig dazu zu motivieren, ihre volle Konzentration und Kraft auf ihre Erwerbsbiographie – mit dem Ziel der Erreichung eines möglichst hohes Einkommens – zu legen. Die *Inszenierung* von *Unzufriedenheit* dient also primär der Arbeitsmotivation. Ferner kann aus dem obig gesagten gefolgert werden, dass die nachhaltige *Unzufriedenheitsinszenierung* – insofern sie zu neuer Warenbedürftigkeit führt – metaphorisch gesprochen den zentralen Kraftstoff der kapitalistischen Maschinerie bildet.[35] Versuchen wir im Folgenden die Fragestellung zu beantworten, auf welche anthropologischen Determinanten die Marktwirtschaft bei der *Inszenierung* von *Unzufriedenheit* zurückgreift, so finden wir in dem Werke von Bálint BALLA eine erste Antwort. So führt BALLA die Nichtsatturierbarkeit des Menschen – in Anlehnung an die Mängelwesentheorie Arnold GEHLENs – auf die im Unterschied zum Tier biologisch nicht exakt festgelegte Bedürfnisstruktur des *homo sapiens* zurück. Aufgrund dieser mangelhaften apriorischen Konturierung des menschlichen Bedürfnishaushalts ist es somit möglich, dass prinzipiell jeder beliebige Gegenstand zum Objekt der Begierde werden kann; jedoch – und damit bewegen wir uns in inhaltlicher Nähe zum Werke des französischen Psychologen LACAN[36] – ist es keinem Objekt verkönnt, die menschliche Begierden längerfristig zu stillen. Haben wir nun in den voranstehenden Zeilen sowohl die Frage der gesellschaftlichen Funktion als auch die anthropologischen Voraussetzungen der *Unzufriedenheitsinszenierung* hinreichend zu beantworten ersucht, so sollen abschließend noch in knapper Form einige Techniken der Unzufriedenheitsgenerierung näher beleuchtet werden. Wurde im obigen Textabschnitt schon auf den Mechanismus des beständigen Modewandels[37] zur Inszenierung von Unzufriedenheit hingewiesen, so werden wir nachfolgend darzustellen versuchen, welche konkreten Strukturmerkmale die im Spätkapitalismus feilgebotenen Waren aufweisen müssen, damit der Unzufriedenheitsgenerierungsprozess nicht ins stocken gerät. Eine dezidierte Analyse der Warencharakteristika verweist dabei auf zwei elementare Komponenten die von modernen Konsumgütern zu erfüllten sind. Erstens müssen die Waren – wie Günther ANDERS dies seinerzeit schon richtig erkannt hat – so beschaffen sein, dass der „(…) *Zwischenraum, der sich zwischen Produktion und Liquidierung des Produktes erstreckt, so kurz wie möglich (…)*“[38] gehalten

---

[35] Neben der Unzufriedenheit kann in Anschluss an SCITOVSKY (1989) ein weiterer bedeutender Brennstoff der kapitalistischen Maschinerie in der beständigen Stimulierung des menschlichen Grundbedürfnisses nach Abwechslung (Neugier) gesehen werden.

[36] Siehe dazu insbesondere den lacanschen Begriff des »*Objekt klein a*« („objet petit a“). Simplifiziert gesagt beschreibt LACAN mittels des »*Objekt klein a*« den Sachverhalt, dass der jedem x-beliebigen Objekt der Begierde anhaftende Wunsch, durch den Konsum des begehrten Objekts die seit der Geburt im Menschen vorherrschende Seins-Lücke auszufüllen, generell unerfüllt bleibt (vgl. LACAN 1986). Eine gut lesbare Einführung zum Stellenwert des sybillinischen Terminus »*Objekt klein a*« im Gesamtwerk von LACAN bietet übrigens das schmale Buch »*Mehr Genießen. Lacan in der Popkultur*« von Slavoj ZIZEK (1992).

[37] Ein Passus der die Bedeutsamkeit der Modenzyklen im Rahmen der Unzufriedenheitsproduktion meines Erachtens sehr schön herausstreicht findet sich im zweiten Band des Werkes „*Die Antiquiertheit des Menschen*“ von Günther ANDERS: „(…) alle Zweige der Industrie, (…) haben ja doch „leider“ mit einem Intervall zu rechnen, das sich zwischen Kauf und Verbrauch schiebt; eben mit demjenigen Zeitraum, während dessen das Gut „nur“ Eigentum ist, „nur gehabt“, „nur verwendet“ wird. Aber diese Verwendungszeit, die Zeit, in der das Produkt Eigentum ist, ist für die Produzenten eine *tote Zeit*; eine Zeit, die sie den Kunden eigentlich verübeln; die sie (obwohl sie die Dauerhaftigkeit ihrer Waren anpreisen) abzukürzen lieben, ja die sie (da wir als Käufer ausfallen, solange wir Habende, also Eigentümer, sind) am liebsten abschaffen möchten. Jeder Anzug, jedes Radio, jeder Kühlschrank, jedes Stück, das, statt sich sofort aufzubrauchen, etwas aushält und sich als verwendetes Stück Eigentum erhält und bewährt, ist (…) ein *„Dauerbrot“*. Und *als solches „Diebstahl“*. Das Tempo, in dem die Industrie ihre Saisonmoden wechselt, ist eine „Rachemethode“; eine Maßnahme, durch die sie sich an der Haltbarkeit ihrer Produkte rächt. Den noch gut wärmenden Mantel macht sie, da sie ihn physisch nicht ruinieren kann, *sozial unverwertbar. Die Mode ist die Maßnahme, die die Industrie verwendet, um ihre eigenen Produkte ersatzbedürftig zumachen*“ [ANDERS 1987: 48]. Der interessierte Leser sei in diesem Zusammenhang darüber hinaus auf den frühen konsumkritischen Essay des Philosophen Denis DIDEROT »*Gründe, meinem alten Hausrock nachzutrauern, oder: Eine Warnung an alle, die mehr Geschmack als Geld haben*« aus dem Jahre 1772 verwiesen. DIDEROT geißelt in diesem Essay unter anderem den „(…) unseligen Hang zur Konvention“ – der laut DIDEROT – „(…) das Zartgefühl [ist, T.K.], das alles ruiniert, der anspruchsvolle Geschmack, der alles verändert, ausrangiert, verschönert, das Oberste zuunterst kehrt; der die Ersparnisse der Väter plündert, die Mitgift der Töchter aufzehrt, die Ausbildung der Söhne gefährdet. Er, der so viele schöne Dinge und so viele Übel hervorbringt, er ist es, der mir statt meines alten Holztisches dieses unselige, kostbare bureauplat aufgenötigt hat, er ist es, der ganze Völker zugrunderichtet“ [DIDEROT 1993: 8].

[38] ANDERS 1987: 51

werden kann. Sollte diese geforderte geringe Halbwertzeit nicht selbst schon in der physischen Beschaffenheit der Ware anlegt sein, so versucht die Marktwirtschaft zeitlich relativ lang überdauernde Produkte (wie z.B. einen Wintermantel) durch ihre soziale Entwertung im Rahmen immer neuer Modezyklen – nach dem Motto: *„das schickt sich heute nicht mehr"* – zu erreichen. Zweitens wird die kontinuierliche Warenbedürftigkeit in konsumistischen Gesellschaften dadurch zu erzielen versucht, dass die Waren mit einem „spirituellen Mehrwert"[39] aufgeladen werden. „Wir leben" – so formuliert der Soziologe Manfred PRISCHING in seinem »*Essay zur neokonsumistischen Geisteshaltung*« – „in einer Gesellschaft jenseits der Knappheit und jenseits des Gebrauchswertes. Andere Werte verkörpern sich in den Gütern: *Identitätswert, Symbolwert, Erlebniswert*. Güter gestalten nicht mehr das „bequeme" Leben, sie sind das Leben. Sie dienen nicht mehr der Person, sondern konstituieren sie. Sie sind nicht nur angenehm, sie sind unabdingbar. Man lebt nicht nur schlechter ohne sie; man kann ohne sie gar nicht leben[40]. (…) „Konsumieren" ist (…) Akt der *Selbsterschaffung*, des *Identitätsaufbaus*, der *Persönlichkeitswerdung*, der *Selbstentfaltung*. Güter benötigt man nicht wegen ihrer Materialität, sondern wegen ihrer Symbolik"[41]. Spinnen wir den Argumentationsgang von PRISCHING weiter fort, so erblicken wir in der neokonsumistischen Ideologie des *„Ich kaufe also bin ich"* ein Hauptagens der inszenierten Konsumbedürftigkeit, da die zur modernen notwendigen transzendental-symbolischen Eigenschaften der Güter – Karl MARX spricht in diesem Zusammenhang auch von den *„theologischen Mucken der Ware"*[42] – durch den Konsum immer nur partiell und ephemer freigesetzt werden. Der Konsum moderner Waren gleicht somit – einen Begriff des Psychoanalytikers Alexander MITSCHERLICH bedienend – einer *Scheinfütterung*[43], da die in Aussicht gestellten Konsumeffekte niemals zu einer vollständigen, sondern allenfalls zu einer höchst temporären Bedürfnisbefriedigung führen; d.h. nach einem kurzen Moment der – mit dem Gefühl der Zufriedenheit unterlegten – Bedürfnissättigung tritt notwendigerweise der unzufriedenheitsgebärende Zustand der *„Melancholie der Erfüllung"*[44] ein, welcher den Verbraucher zu weiterem Konsumverhalten anhellt.

Versuchen wir nun zum Ende dieses Unterkapitels die für den weiteren Fortgang der vorliegenden Arbeit bedeutsame Essenz aus dem obigen Textkörper herauszudestillieren, so sind allen voran die Sachverhalte festzuhalten, dass wir einerseits sehr häufig mit dem allgemeinen Konstrukt der Zufriedenheit in den verschiedensten Kontexten unseres Alltagslebens in Berührung kommen, sowie andererseits, dass wir uns von der ausschließlich negativen Konnotation des Unzufriedenheits- *resp.* einer rein positiven Konnotation des Zufriedenheitsbegriffs auf makrosoziologischer Ebene verabschieden sollten, da ein gleichschwebendes Ausmaß an (*produktiver*- bzw. *euphorischer*) Unzufriedenheit gewissermaßen das Reproduktionselixier einer konsumistischen Gesellschaft bildet. Vorausblickend sei *in nuce* darauf verwiesen, dass wir uns in Kapitel 4 dieser Arbeit, in welchem die zentralen Legitimationsmotive von PZ-Befragungen herausgestellt werden sollen, einer ähnlich häretischen Argumentationsführung[45] bedienen werden, wie sie im hiesigen Kapitel für die auf den ersten Blick paradox anmutende These von der systemstabilisierenden

---

[39] vgl. BOLZ 1997: 90ff.
[40] PRISCHING 2006: 22-23
[41] ebenda: 74
[42] vgl. MARX 1972: 85
[43] MITSCHERLICH 1972: 92
[44] BLOCH 1985a: 348; Siehe darüber hinaus den höchst gehaltvollen Aufsatz »*Melancholien der Erfüllung*« von Michael LANDMANN (1976) sowie die Misszellen von Martin SEEL zum Phänomen der »*Paradoxien der Erfüllung*« (vgl. SEEL 1995, 2003, 2005 und 2006).
[45] In Anlehnung an den Sozialarbeitswissenschaftler Heiko KLEVE könnten wir in diesem Zusammenhang auch von einer Form der Ambivalenzinszenierung sprechen (vgl. KLEVE 1999a-c, 2003, 2004, 2005 sowie 2007a&b). Verkürzt gesagt geht es KLEVE in seiner Methode der Ambivalenzinszenierung – die er unter Rekurs auf die »*Negative Dialektik*« Theodor W. ADORNOS (1986c), den Dekonstruktivismus Jacques DERRIDAS (1976 und 1983) sowie der postmodernen Philosophie Zygmunt BAUMANS (1995a) entwickelte – vorrangig darum, die jeweils ausgeblendete Rückseite eines Begriffs (z.B. den Terminus „Nichthilfe" im Rahmen eines Hilfe-Diskurses) wieder einzublenden und für die Reflexions- und Handlungsebene fruchtbar zu machen (vgl. KLEVE 2007a: 50-52).

Funktionalität der Unzufriedenheit genutzt wurde. Anschlussfähig daran werden wir gegen Ende des vierten Kapitels die Konsequenzen der Mutmaßung zu analysieren haben, ob es sowohl unter medizinischen wie auch monetären Gesichtspunkten für das Gesundheitssystem nicht zweckdienlicher wäre statt jubilisatorisch zufriedener lieber höchstgradig unzufriedene Patienten zu entlassen.

Nachdem wir uns in diesem Kapitelabschnitt sowohl hinreichend mit dem quantitativ-numerischen Aufkommen der Zufriedenheitskategorie im Alltagsleben, als auch mit der makrosoziologischen Funktionalität von Unzufriedenheit beschäftigt haben, werden wir uns in den nachstehenden Unterkapiteln wieder der zentralen Metafragestellung dieses Kapitels zuwenden, die in der Aufgabenstellung Gestalt annimmt, zu ergründen, welchen Stellenwert und welche inhaltliche Bedeutung dem Begriff der Zufriedenheit in den einzelnen Fachwissenschaften zuteil wird.

2.2 Die Zufriedenheit aus der Sicht der Sprachwissenschaft

Ziehen wir im Folgenden die Sprachwissenschaft zu einer ersten inhaltlichen Bestimmung des Zufriedenheitsbegriffs heran, so sind dabei mindestens drei erfolgsversprechende definitorische Vorangehensweisen möglich. Erstens kann die zeitgenössische inhaltliche Auskleidung des Begriffs Zufriedenheit anhand von Standardlexiken wie z.B. Duden, Metzler und Brockhaus (*lexikalische Definition*) bestimmten werden. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, die sprachliche Herkunft und den geschichtlichen Bedeutungswandel des Zufriedenheitsbegriffs – im Sinne einer *etymologischen Definition* – in Augenschein zu nehmen. Darüber hinaus kann drittens von einer Art *empirischen Definition* gebrauch gemacht werden, indem man *bspw.* die im deutschen Sprichwort-Lexikon unter der Rubrik 'Zufriedenheit' subsumierten Einträge einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzieht. Da im deutschen Sprichwort-Lexikon von WANDER jedoch nur zwei Zufriedenheits-Sprichwörter[46] – im Gegensatz zu insgesamt 1.025 Glücks-Sprichwörtern – aufgeführt sind, werden wir nachfolgend das empirische Definitionsformat aufgrund der zu geringen Anzahl an Spruchweisheiten – die entweder das Substantiv *Zufriedenheit* oder das Adjektiv *zufrieden* beinhalten – außen vor lassen und uns ausschließlich auf die *lexikalische-* sowie die *etymologische Definition* konzentrieren.

Greift man zur *lexikalischen Definition* des Begriffs Zufriedenheit auf das bewährte Wörterbuch des Dudens zurück, so findet sich unter dem Adjektiv 'zufrieden' der folgende Eintrag: „*sich mit dem Gegebenen, den gegebenen Umständen, Verhältnissen in Einklang befindend und daher innerlich ausgeglichen und keine Veränderung der Umstände wünschend*"[47]. Eine analoge Definition des Adjektivs 'zufrieden' findet sich im deutschen Wörterbuch von WAHRIG-BURFEIND: „*befriedigt, mit seinen Lebensumständen einverstanden, keine großen Wünsche habend*"[48].

Versucht man nun unter Bezugnahme auf das deutsche Wörterbuch der Gebrüder GRIMM[49] sowie das etymologische Wörterbuch von KLUGE[50] die geschichtlichen Wurzel des Adjektivs 'zufrieden' freizulegen, so wird man des Umstandes gewahr, dass das Eigenschaftswort 'zufrieden' erst recht spät – dem Brüderpaar GRIMM zufolge Ende des 15.-, gemäß den Angaben von KLUGE ab dem 16. Jahrhundert – Einzug in die deutsche Sprache gehalten hat. Das erstmalige aufkommen des Substantivs 'Zufriedenheit' wird von den Brüdern Wilhelm und Jacob GRIMM gar auf das Jahr 1648 datiert. Bevor nun in den

[46] vgl. WANDER 1964: 1823
[47] DUDEN 1995: 4038
[48] WAHRING-BURFEIND 2006: 1706
[49] GRIM & GRIM 1999: 370-371
[50] KLUGE 2002: 890

nachstehenden Zeilen anhand der Ausführungen der Gebrüder GRIMM die unterschiedlichen Bedeutungsinhalte des Adjektivs 'zufrieden' im geschichtlichen Verlauf nachgezeichnet werden, sei an dieser Stelle auf den bemerkenswerten Sachverhalt verwiesen, dass das Zufriedenheitssubstantiv im Laufe des 19. Jahrhunderts nicht mehr nur ausnahmslos in positiven sprachlichen Zusammenhängen genutzt wurde, sondern durch seine Anwendung in Kofferwörtern wie z.B. „*Zufriedenheitsleute*", „*Miniaturzufriedenheitsexistenz*" oder auch innerhalb des idiomatischen Ausdrucks der „*Häuslichen-Zufriedenheit*"[51] eine negative, herabsetzende Bedeutungszuschreibung erfuhr. In vergleichbarer Weise beschreibt der heutzutage vielfach frequentierte Begriff der Selbstzufriedenheit eine eher unerwünschte Persönlichkeitseigenschaft *resp.* Geisteshaltung. Den Brüdern Wilhelm und Jacob GRIMM nach zu urteilen, wurden dem Adjektiv 'zufrieden', welches ursprünglich vorrangig in rechtlichen- und geschäftsbezogenen Sprachspielen genutzt wurde, im geschichtlichen Verlauf folgende Bedeutungsinhalte zuteil:

a) „*ihre entfaltung entspricht der von friede*"
b) „*in älterer zeit bezeichnete* zufrieden *vielfach noch den dem streit entgegengesetzten zustand* (…) *das gegentheil ist* (…) unzufrieden"
c) „*in allgemeinerem sinne ist es der zustand der äuszeren ruhe*"
d) „*eng verbindet sich mit der äuszeren die innere ruhe*"
e) „*es bezieht sich auf erfüllte wünsche überhaupt*"[52]
f) „*weiterhin drückt es aus, dass einem dinge, zustände, vorgänge angenehm sind, so dasz wir sie nicht anders wünschen*"[53]
g) „*in* zufrieden *liegt zugleich und oft ausschlieszlich ein anerkennendes urtheil über eine leistung, besonders von berufener, vorgesetzter seite oder als kritik über ein werk der literatur und kunst*"[54]
h) „*anstatt des urtheils 'das ist gut', besagt* zufrieden *auch 'es ist genug'. der satz* er ist mit kost und wohnung zufrieden, *kann heiszen, 'kost und wohnung, die er erhält, genügen seinen ansprüchen', aber auch, 'er beansprucht nicht mehr als k.u.w.'(…)*"
i) „*so brauchte man es auch von dem, der sich in ein übel zu finden weisz*"
j) „*die genügsamkeit, die nichts zu wünschen weisz, bekommt einen tadelnden sinn* (…) *so besonders in der zusammenziehung* selbstzufrieden"
k) „*negativ bezeichnet es ein besonders lebhaftes wünschen*"
l) „*wie schon manche belege zeigen, hat* zufrieden *auch einen gefühlsinhalt, den des erfüllten wunsches, und dann der wunschlosigkeit*"
m) „*gegen ende des 17. jh. entwickelt es sich zu einem kennwort des in frommer beschränkung sich glücklich und gut fühlenden protestantischen bürgerthums, und wo das religiöse zurücktritt, bleibt der begriff des glücks in der einschränkung*"
n) „*schlieszlich fällt auch der begriff der einschränkung fort und es bleibt einfach eine behagliche glückseligkeit*"

Versuchen wir nun zum Abschluss unserer Stippvisite in die Disziplin der Sprachwissenschaft die für den weiteren Untersuchungsgang der vorliegenden Arbeit relevante Essenz aus den obig angeführten lexikalischen und etymologischen Zufriedenheitsdefinitionen herauszudestillieren, so zeigt sich, dass die notierten Begriffsbestimmungen weniger über den Entstehungsprozess der Zufriedenheit als vielmehr über das subjektive Gefühlsempfinden im Rahmen der Zufriedenheitsbeseeltheit informieren. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich die ausbuchstabierten lexikalischen und etymologischen Zufriedenheitsdefinitionen einerseits hinsichtlich ihrer Aussagen zur Zufriedenheitsgenese darin erschöpfen, dass sie die innerseelische Ausbildung der Zufriedenheit primär an eine wie auch immer geartete Form der

[51] Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich der negative Bedeutungsgehalt des geflügelten Wortes der '*Häuslichen Zufriedenheit*' besonders radikal ausnimmt, wenn man das Haus im Sinne des Schriftstellers Paul NIZON als Metapher der eintönigen und monotonen Lebensform des Bürgertums begreift, in dessen Räumlichkeiten die vormals überschäumenden Daseinsmöglichkeiten gänzlich verebben (vgl. dazu NIZON 1971 sowie 1998: 34ff.). „IM HAUSE" – so formuliert NIZON – „ENDEN DIE GESCHICHTEN. IM HAUS VERENDEN LEBESNGESCHICHTEN, DIE LEBEN (…). DAS HAUS STÜLPT SICH DIR ÜBER. DAS HAUS NIMMT DIR DIE SICHT" [NIZON 1971: 120-121].
[52] GRIMM & GRIMM 1999: 368
[53] ebenda
[54] ebenda: 369

restlosen Wunscherfüllung knüpfen.[55] Andererseits beherbergen die registrierten lexikalischen und etymologischen Zufriedenheitsdefinitionen jedoch entgegen ihres höchst rudimentären Erklärungspotenziales zur Zufriedenheitsgenese ein differenziertes Vokabular bezüglich jener Gefühle, die sich auf Seiten derjenigen Person, deren Seele von der Zufriedenheitsemotion durchwaltet wird, unmittelbar einstellen sollten. Ohne an dieser Stelle nun minutiös auf die einzelnen subjektiven Gefühlsempfindungen, welche laut den voranstehend angeführten lexikalischen und etymologischen Zufriedenheitsdefinitionen im emotionalen Zustand der Zufriedenheit vorrangig auf den Plan treten, eingehen zu wollen, kann nichtsdestotrotz die Komplexität des in den Definitionen mitgeführten Gefühlsspektrums nach Ansicht des Autors auf zwei zentrale Empfindungen, die in der *inneren und äußeren Ruhe* Gestalt annehmen, reduzieren werden. Obwohl eingedenk der kapitelübergreifenden Fragestellung nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit die beiden herausklamüserten Gefühlsempfindungen im Folgenden keiner erschöpfenden Analyse unter dem wissenschaftlichen Okular unterzogen werden sollen, sei vorausblickend angemerkt, dass die entsprechend den aufgelisteten lexikalischen und etymologischen Definitionsbemühungen zufriedenheitstypischen Gefühlseindrücken der *inneren und äußeren Ruhe* – die unter Bezugnahme auf die akademische Begriffsprache der Philosophie und Psychologie mühelos durch die Termini der *Ataraxie* sowie der *Umweltkohärenz* substituiert werden können – mitsamt ihrer Innen-Außen-Differenzierung implizit bereits auf zwei emotionssensible Reaktionsebene, in Worten die Regionen der *Physiologie* sowie des *Ausdrucksverhaltens*, verweisen, die unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten in einem der nachfolgenden Unterkapiteln (siehe Kapitel 2.6.6) genauer in Augenschein genommen werden.

Bevor wir uns nun nachstehend der Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs innerhalb des theologischen Diskurses zuwenden werden, sei vorab noch *in nuce* darauf hingewiesen, dass die sprachwissenschaftlichen Ausführungen zum Begriff der Zufriedenheit insofern zur Unterfütterung der im vorhergehenden Kapitelunterpunkt anhand der systemstabilisierenden Funktion „*inszenierter Unzufriedenheit*" apostrophierten Hypothese, dass der Zufriedenheitsterminus nicht ausnahmslos positiv zu besetzten ist, herangezogen werden können, als dass das Substantiv der Zufriedenheit im Laufe des 19. Jahrhunderts – *bspw.* durch das vermehrte alltagssprachliche Aufkommen des mit einem Dimitationssuffix endenden Wortes der „Zufriedenheitsleute" – einen zunehmend pejorativen Bedeutungswandel erfuhr. Prospektiv sei in diesem Zusammenhang weiterhin angemerkt, dass die im Laufe des 19. Jahrhunderts sukzessiv anschwellende negative Konnotation des Zufriedenheitsbegriffs sich nicht ausnahmslos auf die Sprachspiele des Alltagslebens beschränkte, sondern darüber hinaus in einzelnen Wissenschaftsdisziplinen – allen voran der Philosophie – eine Entsprechung fand. So brandmarkte beispielshalber der Philosoph Georg Friedrich HEGEL die Zufriedenheit in seinen »*Vorlesungen über Ästhetik*« als eine Philisterempfindung[56] und sein Fachkollege John Stuart MILL ließ sich einige Jahre später in seiner Schrift »*Der Utilitarismus*«, in der er sich unter anderem auf die Suche nach qualitativ verschiedenen Formen des Glücks begab, zu der berühmten Aussage: „Es ist besser, ein unzufriedener Mensch zu sein als ein zufriedenes Schwein; besser ein unzufriedener Sokrates als ein zufriedener Narr"[57] verleiten. Einen ebenfalls bitteren Nachgeschmack vernahmen in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts die philosophisch geschulten Geschmacksknos-

[55] Die einzige Ausnahme bildet der Unterpunkt (h) in der Auflistung der Gebrüder GRIMM zum geschichtlichen Bedeutungswandel des Zufriedenheitsbegriffs, da die Entstehung der Zufriedenheit innerhalb dieser Rubrik nicht an eine restlose Einlösung von Wünschen sondern von Ansprüchen geknüpft wird (vgl. GRIMM & GRIMM 1999: 369).

[56] vgl. HEGEL 1985: 467

[57] MILL 2006: 33. Es sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass sich eine ähnlich abqualifizierende Einschätzung der Zufriedenheit innerhalb der Schrift »*Über das Glück oder Das Höchste Gut (»Anti-Seneca«)*« des französischen Mediziners und Philosophen Julien Offray de LA METTRIE findet: „Wie viele stumpfsinnige Menschen, die wahrscheinlich noch weniger denken als ein Tier, sind dennoch völlig zufrieden" [LA METTRIE2004: 26].

pen von José ORTEGA Y GASSET bei der Verkostung der scheinbar restlos süßen Frucht der Zufriedenheit. So setzt ORTEGA Y GASSET in seinem Werk »*Der Aufstand der Massen*« nicht nur die Figur des „zufriedenen jungen Herrn" mit dem sich selbst entfremdeten Massenmenschen gleich[58], sondern er gelangt darüber hinaus im Rahmen seiner Ausführungen über die „Fülle der Zeit" zu einer Einsicht, die Ernst BLOCH einige Jahre später in seiner epochalen Schrift »*Das Prinzip Hoffnung*« unter dem Signum der „Melancholie der Erfüllung"[59] verkündet. Lassen wir ORTEGA Y GASSET an dieser Stelle jedoch in Gestalt einer etwas längeren Passage selbst zu Wort kommen:

> „Wesentlich für die Existenz einer „erfüllten Zeit" ist es (…), dass ein alter Wunsch, der sich sehnend und drängend durch die Jahrhunderte schleppte, endlich eines Tages befriedigt ist. Und in der Tat, diese erfüllten Zeiten sind zufrieden, zuweilen, wie im Fall des 19. Jahrhunderts, überzufrieden mit sich selbst. Aber nun geht uns auf, dass diese Jahrhunderte, die so arriviert, so wohlgelungen waren, innerlich tot sind. *Die echte Fülle des Lebens besteht nicht in der Zufriedenheit, der Wohlgelungenheit, der Ankunft.* (…) Eine Zeit, die ihrem Verlangen, ihrem Ideal genuggetan hat, begehrt nichts mehr; ihr ist die Quelle des Wunsches versiegt. Das bedeutet, dass die berühmte Fülle in Wahrheit ein Ende ist. Es gibt Jahrhunderte, die ihre Wünsche nicht zu erneuern wissen und an Zufriedenheit sterben wie die beglückte Drohne nach dem Hochzeitsflug. Daher der überraschende Umstand, dass die Zeiten so genannter Erfüllung auf ihrem Grund immer einen Bodensatz wunderlicher Traurigkeit bergen."[60]

Zum Abschluss unserer Ausführungen zur pejorativen Wandlung des Zufriedenheitsbegriffs sei noch auf zwei Notizen der Philosophen VOLTAIRE und Leszek KOLAKOWSKI verwiesen, die hinsichtlich der Zufriedenheit in das selbe Horn wie GASSET stießen:

---

[58] vgl. ORTEGA Y GASSET 1996e: 77-86

[59] BLOCH 1985a: 348

[60] ORTEGA Y GASSET 1996e: 24; Es sei an dieser Stelle die Anmerkung erlaubt, dass sich dieser Gedankengang ORTEGA Y GASSETS in einer ähnlichen Form bereits in einem Gedicht des Schriftstellers Wilhelm BUSCH findet. Dieses kurzweilige Gedicht von BUSCH soll dem aufmerksamen Leser der vorliegenden Arbeit nicht vorenthalten werden:

„ES FLOG EINMAL EIN MUNTERES FLIEGEL
Zu einem vollen Honigtigel.
Da tunkt es mit Zufriedenheit
Den Rüssel in die Süßigkeit.
Nachdem es dann genau geschleckt,
Hat es die Flügel ausgereckt
Und möchte sich nach oben schwingen.
Allein das Bein im Honigseim
Sitzt fest als wie in Vogelleim.
Nun fängt das Fliegel an zu singen:
Ach, lieber Himmel, mach mich frei
Aus dieser süßen Sklaverei!

Ein Freund von mir, der dieses sah,
Der seufzte tief und rief: Ja, ja!"
[BUSCH 1959c: 88]

Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass Wilhelm BUSCH schon in seiner Bilderposse »*Max und Moritz*« aus dem Jahre 1865 den autodestruktiven Charakter der Zufriedenheit erkannte:

„Ach!" – spricht er [der Lehrer Lempel, T.K.] – „die größte Freud'
Ist doch die Zufriedenheit! –"

„Rums!! – Da geht die Pfeife los
Mit Getöse, schrecklich groß
Kaffeetopf und Wasserglas
Tabakdose, Tintenfaß,
Ofen, Tisch und Sorgensitz –
Alles fliegt im Pulverblitz.-

Als der Dampf sich nun erhob,
sieht man Lempel, der gottlob!
Lebend auf dem Rücken liegt;
Doch der hat was abgekriegt! (…)
[BUSCH 1959a: 254-255]

„Ich sehe überall nur Gründe zur Zufriedenheit, und ich bin nicht zufrieden, (…) ich bin zu glücklich, und ich langweile mich."[61]

„Das Wunder des Menschen, der mit sich selbst, mit seiner sozialen und natürlichen Umgebung vollkommen in eins ist, ist ebenso unverstehbar wie das Bild des Himmels. Der Mangel an Konsistenz ist in beiden Fällen grundsätzlich derselbe: das irdische Paradies muß Zufriedenheit und Kreativität vereinen, das himmlische Zufriedenheit und Liebe. Beide Verbindungen sind uneinsichtig, da es keine Kreativität und keine Liebe ohne Unzufriedenheit, will sagen ohne Leiden gibt. Zufriedenheit in allen Hinsichten bedeutet Tod, Unzufriedenheit in jeder Hinsicht Qual. Es scheint dies die allertrivialste Plattheit zu sein, und doch geht diese Plattheit anscheinend unbemerkt in das Versprechen vom Paradies ein, das heißt in die vollkommene Einheit des Menschen und seines Geschlechts."[62]

2.3 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Theologie

Fragt sich der normale Bürger, der – wie in der Einleitung zu diesem Kapitel herausgestellt wurde – mit der inhaltlichen Ausstaffierung des Zufriedenheitsbegriffs seine liebe Mühe hat, welcher wissenschaftliche Experte ihn sowohl über die Entstehung und das Wesen der »Zufriedenheit« als auch hinsichtlich der Mittel zu ihrer nachhaltigen Erreichung am besten unterrichten könnte, so wird eine Vielzahl der Bürger wohl geneigt sein, der theologischen Zunft diese Kompetenz beizupflichten. Das diese *eo ipso* nachvollziehbare Annahme des Alltagverstandes jedoch realiter mitnichten der Fall ist, soll nachfolgend – unter primäre Rekurration auf das im Jahre 1731 erstmalig publizierte Werk des Theologen Johann Adolf HOFFMANN »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit nach Anleitung der Vernunft- und Glaubensgründe verfasst*«[63] – darzustellen versucht werden. Bevor allerdings anhand der HOFFMANSCHEN Schrift aufzeigen werden, dass die Theologie aufgrund ihrer rein pragmatischen und undifferenzierten Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs als ein Paradebeispiel für eine wissenschaftlich unredliche Begriffsdefinition angesehen werden kann, soll vorab der Versuch unternommen werden, die brisante theologischen Fragestellung: *Ob der Mensch im Garten Eden – also vor dem Sündenfall – glücklich und zufrieden war? Und wenn Ja, welche endogenen und exogenen Faktoren sorgten für diesen Umstand?* zu beantworten. Anschlussfähig an die Bedeutungsgleichsetzung des *Garten Eden* mit „Land der Glückseligkeit"[64] weist die Mehrzahl der Theologen den Sündenfall des Menschen als Demarkationslinie aus, die zwischen dem glücklich-zufriedenen präsündigen Leben und dem verworrenen, mühsamen, beschwerlichen, schmerzhaften, den vielfältigen Quellen der Unzufriedenheit preisgegebenen Daseinsform nach dem Labsaal von der verbotenen Frucht des Baum der Erkenntnis trennt. Können wir somit den ersten Teil der obig aufgeworfenen Frage – nämlich ob der Mensch im Garten Eden aus theologischer Perspektive glücklich und zufrieden war – affirmativ beantworten, so wenden wir uns im Folgenden dem zweiten Teil der Fragestellung, die nach den Glücks- und Zufriedenheitsstimulierenden Faktoren im Garten Eden Ausschau hält, zu. Versuchen wir nun also einmal genauer zu analysieren, welche konkreten Umstände für die gleichschwebende Glücks- und Zufriedenheitsgestimmtheit des Menschen im „*Unschuldsstande*"[65] verantwortlich zu machen sind, so erhalten wir in den Werken von Emile CIORAN[66] und Heinrich von KLEIST[67] insofern einen ersten

[61] zitiert nach ORTEGA Y GASSET 1996e
[62] KOLAKOWSKI 1997: 196
[63] vgl. HOFFMANN 1972
[64] DIE BIBEL 2004: 2
[65] AQUINO 1954: 336
[66] vgl. CIORAN 1976
[67] vgl. KLEIST 1980

Fingerzeig, als dass sie die paradiesische Glückseligkeit vor dem Sündenfall beiderseits auf den Zustand der naiven, präreflexiven Selbstvergessenheit – der dänische Philosophie Sören KIERKEGAARD bezeichnet diese selbstentbehrende Bewusstseinshaltung auch als „*reine Unmittelbarkeit*“[68] – des unschuldigen Menschen zurück.[69] Weitere Glück und Zufriedenheit lancierende Strukturelemente des Garten Eden sind darin lokalisiert, dass der Mensch im „*Unschuldsstande*“ keinen Mangel an knappen Gütern leidet, dass sein verfügbarer Möglichkeitsraum aufgrund seiner Unsterblichkeit[70] prinzipiell unendlich ist sowie dass die unzufriedenheitsschürrenden Affekte der Scham und des Neides vom paradiesischen Menschen noch keinen Besitz ergriffen haben. Nachdem nun die strukturellen Voraussetzungen der im Garten Eden konstant vorherrschenden Glücks- und Zufriedenheitsstimmungen grob umrissen wurden, soll im nachstehenden Abschnitt näher auf das Werk »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit nach Anleitung der Vernunft- und Glaubensgründe verfasst*« von HOFFMANN eingegangen werden. Der vornehmliche Grund, warum aus dem umfassenden theologischen Schriftgut zum Begriff der Zufriedenheit – welcher insbesondere im 17. und 18. Jh. quasi zum Lieblingsterminus der Theologie[71] avancierte und in sämtlichen Titeln von Monographien[72], christlichen Periodika[73], Lexika[74] und Kirchenliedern[75] auftauchte – die Wahl auf die Schrift von HOFFMANN viel, lokalisiert sich in dem Umstand, dass das im Jahr 1722 erstmals publizierte HOFFMANNSCHE Werk nicht nur das bei der damaligen Leserschaft erfolgreichste war[76], sondern darüber hinaus als die vom Umfang her gesehen gewichtigste Arbeit den gesamten *bis dato* geführten theologischen Diskurs über die Zufriedenheit in sich birgt.[77] *Prospektiv* sei vor diesem Hintergrund darauf verwiesen, dass wir als modere Kontrastfolie zum HOFFMASCHEN WERK gegen Ende dieses Unterkapitels eine zeitgenössische Einschätzung des theologischen Stellenwertes der Zufriedenheit nachzeichnen werden, die der Theologie William J. HOYE im Rahmen eines mit der Überschrift »*Die Bedrohung der Zufriedenheit*«[78] versehen Semesteranfangsreferates aus dem Jahre im Jahre 1992 verkündete. Wenden wir uns nunmehr in der Hoffnung auf den Erhalt einer luziden inhaltlichen Konturierung des Zufriedenheitsbegriffs der HOFFMANNSCHEN Schrift zu, so werden unsere definitorischen Erwartungshaltungen jedoch *in globo* enttäuscht, da HOFFMANN den Begriff der Zufriedenheit in einem Atemzug mit „Ruhe der Seele“[79], „Wohlbefinden“[80], „Glück“[81], „ruhiger Stand des Gemüts ohne Be-

[68] KIERKEGAARD 2005:257ff. „Die Unmittelbarkeit“ – so KIERKEGAARD – „hat eigentlich kein Selbst“ [vgl. ebenda: 259].

[69] Um dem Leser diesen Sachverhalt besser exemplifizieren zu können, werde ich nachfolgend zwei einen längere Passagen aus der Frühschrift »*Auf den Gipfeln der Verzweifelung*« von CIORAN zitieren: „Der biblische Mythos der Erkenntnis als Erbsünde ist der tiefste Mythos, den die Menschheit je erdacht hat. Und die überschwängliche Seligkeit der Enthusiasten besteht gerade darin, dass sie die Tragödie der Erkenntnis nicht kennt. Weshalb sollten wir es nicht zugeben? Wahre Erkenntnis ist tiefste Finsternis […] Der Geist erhebt nicht, sondern er zerfleischt. Im Enthusiasmus wie auch in der Anmut der Magie hat sich der Geist nicht vom Leben getrennt und ist nicht zur Antinomie der Welt geworden. In der ursprünglichen Ungeteiltheit, in der untrennbaren Einheit, die eine organische Konvergenz anstrebt, liegt das Geheimnis der Glückseligkeit“. (…) „Deshalb ist die Naivität ein unmittelbarer Ausdruck des Urgründigen. In der Naivität ist die Individuation keinem Prinzip der Tragik unterworfen, weil in der Einfalt der Einzelne nicht von der Welt getrennt ist, sondern der organischen Daseinsflut einverleibt wird (…) man erfährt nicht den Dualismus, der den Menschen in der Welt wegen der Hypertrophie des Bewusstseins abschneidet“ [CIORAN 1976: 165, 169].

[70] Zu einer eindrucksvollen prosaischen Widerlegung der Annahme, dass irdische Unsterblichkeit notwendigerweise in Zufriedenheit und Glück mündet, sei der Leser auf die höchst unterhaltsamen und erkenntnisreichen Romane »*Alle Menschen sind sterblich*« von Simone de BEAUVOIR (1987) sowie »*Eine Zeit ohne Tod*« des Literaturnobelpreisträgers von 1998 namens José SARAMAGO (2007) verwiesen.

[71] vgl. DIERSE 2004: 183

[72] siehe dazu ALLESTREE 1675; ANONYM 1792; APPELIUS 1738; BAIL 1820; BASEDOW 1782; BLASCHE 1754; MARTINI 1772a-c; MOSHEIM 1761; RECHE 1788; RÜDIGER 1721

[73] So wurde in Nürnberg zwischen den Jahren 1763 und 1764 eine Wochenschrift mit dem Titel »*Der Zufriedene*« herausgegeben. *En passant* sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass die Wochenschrift »*Der Zufriedene*« immerhin 104 Ausgaben produzierte.

[74] vgl. ZEDLER 1750: 115-1185; „Das große Lexikon von J.H. ZEDLER widmete ihm [dem Begriff der Zufriedenheit, T.K.] einen Artikel von 70 Spalten, und dieses Faktum wird auch nicht dadurch in seiner Bedeutung geschmälert, dass es sich bei diesem Artikel weitgehend um einen Auszug aus der (…) Abhandlung von ANDREAS RÜDIGER handelt“ [DIERSE 2004: 183].

[75] vgl. GERHARDT 1957: 273

[76] „Bis 1745 erschienen insgesamt 10. Auflagen“ [DIERSE 2004: 189]. Zur Wertschätzung des HOFFMANNSCHEN Werkes siehe auch STOCKHAUSEN 1760: 807-808

[77] vgl. ebenda

[78] vgl. HOYE 1993

[79] HOFFMANN 1972: 5

[80] ebenda: 6

kümmernis oder Schmerz“[82], „Gelassenheit“[83] sowie „Glückseeligkeit“[84] benutzt. Dass wir von HOFFMANN *in puncto* definitorischer Präzisierung des Zufriedenheitsbegriff nicht allzu viel hätten erwarten dürfen, wusste der christliche Autor anscheinend selbst, so er dem geneigten Leser in seinem im Jahre 1727 verfassten Vorwort zu den »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit (…)*« folgende Mitteilung machte: „Die Betrachtungen dieses Buchs sind nichts anders, als so viele Aufmunterungen zu einem ruhigen und gottseligen Leben. Andere mögen die Zufriedenheit künstlicher beschreiben: Ob sie sei? was sie sei? wie sie sei? woher sie komme? wo sie sitze? wie sie sich teile? was sie tue? wie lang sie daure? Wir wollen uns um die Mittel bekümmern, wirklich und in der Tat gelassener, oder weniger Unzufrieden zu werden“[85]. An fortgeschrittener Stelle seines ersten Buches beschreibt HOFFMANN – im Stile der Frühphilosophie Ludwig WITTGENSTEINS[86] – die mit der Definition des Begriffs Zufriedenheit verbundenen Schwierigkeiten folgendermaßen: „sie [die Zufriedenheit, T.K.] kann eher empfunden als beschrieben werden, und wird besser aus der Erfahrung gelernt, denn aus meinen Worten“[87]. Da eine umfassende Wiedergabe der insgesamt 550 Seiten umfassenden »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit (…)*« sowohl den Rahmen als auch den Zweck dieses Unterkapitels bei weitem sprengen würde, wird sich der Verfasser nachfolgend – nebst einer knappen Inhaltswiedergabe – darauf beschränken, die theologischen Zielvorstellungen des HOFFMANNSCHEN Werkes sowie die für den weiteren Verlauf der zugrundeliegenden Arbeit relevanten Sachverhalte freizulegen. Aus theologiegeschichtlicher Perspektive kann gefolgert werden, dass Johann Adolf HOFFMANN seine Schrift mit der primären Intention niederschrieb, die im Christentum der damaligen Zeit vorherrschende defätistische Lehrmeinung – welche auf die Glückstheorie AQUINS zurückreicht[88] – zu widerlegen, dass die Menschen in ihrem irdischen Dasein unmöglich ein zufriedenes und ruhiges Leben werden führen könnten. „Man sage (…) nicht länger: Die Gedanken von der Zufriedenheit sind auf Erden vergeblich! Nein. Denn der Mensch“ – so intoniert HOFFMANN – „ist nicht weniger zur Ruhe und zur Zufriedenheit, als zur Arbeit und Mühe geboren. Hat er doch sowohl eine Seele als einen Leib. Machen ihn die leiblichen Angelegenheiten voller Mühe, Arbeit, und Unruhe; so treibt ihn die Beschaffenheit seiner Seele zum stillen Nachsinnen, zur Zufriedenheit und Ruhe“[89]. HOFFMANN ist somit – entgegen der geläufigen christlichen Meinung – der festen Überzeugung, dass dem von Gott abgefallene Mensch, obzwar er in der hiesigen Welt „(…) mehr Anlass zur Bekümmernis, denn zur Freude (…)“[90] findet, in Form der rechten Vernunft und des tiefen Glaubens die beiden exponierten therapeutischen Mittel zur Erreichung von Zufriedenheit und Seelenruhe mit sich führt.[91] Einschränkend fügt HOFFMANN jedoch hinzu: „Eine völlige Ruhe und ungestörte Zufriedenheit gehört für den Ort, welcher höher ist als diese Welt; darum suchen wir auf Erden keine vollkommene Seeligkeit, sondern eine gleichmütige und zufriedene Gelassenheit, also, dass wir mit unserem Zustande vergnügt

---

[81] ebenda: 7
[82] ebenda: 9
[83] ebenda: 48
[84] ebenda: 61
[85] ebenda: VII
[86] vgl. WITTGENSTEIN 1960a
[87] HOFFMANN 1972: 51. Neben der von HOFFMANN akzentuierten Frage nach den Zufriedenheitsspendenden Mitteln, bemühte sich die Vielzahl der im 17. und 18. Jahrhundert publizierten theologischen Abhandlung über den Begriff der Zufriedenheit weniger um eine klare inhaltliche Ausstaffierung dieses Terminus, als vielmehr um eine Beantwortung der beiden folgenden Fragestellungen: „1. Wie verhalten sich Vernunft und Offenbarung als Quellen für die Überzeugung von der Zufriedenheit zueinander? 2. Wie verhält sich die auf Erden mögliche Zufriedenheit zur himmlischen Glückseligkeit?“ [DIERSE 2004: 185].
[88] siehe dazu den Aufsatz von KLUXEN 1978
[89] HOFFMANN 1972: 7
[90] ebenda: 57
[91] vgl. ebenda: 10, 18

sind, uns im Glück nicht erheben, noch im Unglück niedergeschlagen werden“[92]. Versuchen wir nun, ausgehend von der obig explizierten teleologischen Absicht des HOFFMANNSCHEN Werkes, den Inhalt der »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit (…)*« kurz zu umreißen, so hält HOFFMANN in seinem ersten Buch die „*albernen Christen*“[93] dazu an, die zufriedenheitsbildende Weisheit von den „*klugen Heiden*“[94] in Gestalt von Sokrates, Plato, Cicero, Seneca, Epiktet und Plutach zu lernen[95]; da diese „(…) nebst vielen anderen, nicht allein von der Zufriedenheit wohl geredet und geschrieben, sondern sie haben auch unter schweren Unglücksfällen in der Tat bewiesen, dass sie geruhige und zufriedene Menschen waren“[96]. Unter vorrangiger Bezugnahme auf die stoische Ethik[97] sowie die moralischen Implikationen des biblischen Prediger Kapitels[98] zeigt HOFFMANN in seinem ersten Buche auf, wie sich die in den leiblichen Begierden materialisierenden Unzufriedenheitsquellen mittels eines rechten Vernunftgebrauchs einebnen lassen.[99] Das erste Buch kann somit als ein an die menschliche Vernunft gerichtetes Vademekum zur Herausbildung einer nachhaltigen „*Seeligen Zufriedenheit*“[100] verstanden werden. Arbeitet HOFFMANN im seinem ersten Buch noch die zufriedenheitsstimulierende Kraft der rechten Verstandestätigkeit heraus, so schränkt er das Tröstungspotenzial der Vernunft zu Anfang seines zweiten Buches gleichsam wieder ein und erblickt ausnahmslos in ihrer Amalgamierung mit dem bedingungslosen christlichen Glauben die wahre Anleitung zu dauerhafter Zufriedenheit; da der Verstand „zwar eine Weile das Gemüt ermuntern“[101] kann, die christliche Religion hingegen „das Herz [zu, T.K.] erquicken“[102] weis.

Sehen wir nachstehend von der undifferenzierten Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs in HOFFMANNS dargestelltem Werke ab und fragen uns, was wir trotz der unzureichenden Definition des Untersuchungsgegenstandes aus den »*Zwei Bücher von der Zufriedenheit (…)*« für den Fortgang des zugrunde liegenden Kapitels lernen können, so erweisen sich die beiden folgenden Ausführungen HOFFMANNS rund um das Konstrukt Zufriedenheit als des Festhaltens wert:

Erstens war sich HOFFMANN des Umstandes bewusst, dass es unterschiedliche Typen von Zufriedenheit gibt. Gemäß formuliert HOFFMANN das die „(…) Zufriedenheit so unterschiedlich [ist, T.K.], als die Dinge sind, worin sie gesucht wird“[103]. Dementsprechend entlarvte HOFFMANN die ephemere Zufriedenheit des *passionierten Unchristen*, der sein Seelenheil in den vergänglichen irdischen Dingen sucht, als eine gewisse Form der *Pseudozufriedenheit*; die – soviel sei an dieser Stelle prospektiv angemerkt – in-

[92] ebenda: 59. Laut DIERSE (2004) eint die Vielzahl der im 17. und 18. Jahrhundert publizierten theologischen Zufriedenheitstraktate die Vorstellung, „(…) dass die Zufriedenheit in dieser Welt auf die Glückseligkeit im Jenseits vorbereitet bzw. einen Vorgeschmack auf sie gibt. (…) Wegen der vielen Unvollkommenheiten der Welt ist vollkommenes Glück im Diesseits nicht zu erlangen, deshalb ist die Zufriedenheit das auf Erden mögliche Glück. Mit dieser Differenzierung können dann >Glück< und >Zufriedenheit< synonym verwandt werden (…)“ [DIERSE 2004: 186].

[93] HOFFMANN 1972: 16

[94] ebenda: 37

[95] vgl. ebenda: 11

[96] ebenda

[97] eine gelungene Einführung in die stoische Ethik bietet HIRSCHBERGER 2000a: 257-275.

[98] vgl. DIE BIBEL 2004: 707-715. Verkürzt formuliert nimmt die im Prediger Kapitel prononcierte Moral in der Forderung Gestalt an, dass der Mensch den Zustand innerer Ruhe und Zufriedenheit niemals vermittels der vergänglichen und nichtigen innerweltlichen Tätigkeiten *respektive* Begehrlichkeiten zu erreichen vermag, sondern diesen begehrenswerten Seinszustand ausnahmslos durch seine volle Hingabe an Gott verwirklichen kann. „Ich beobachte alle Werke“ – so der Prediger – „die getan werden unter der Sonne, und siehe, es war alles nichtig und ein Haschen nach Wind! (…) Und ich versagte meinen Augen nichts von allem, was sie begehrten; ich hielt mein Herz von keiner Freude zurück; denn mein Herz schöpfte Freue aus all meiner Mühe, und das war mein Teil von aller meiner Mühe. Als ich mich aber umsah nach all den Werken, die meine Hände gemacht hatten, und nach der Mühe, die ich mir gegeben hatte, um sie zu vollbringen, siehe, da war alles nichtig und ein Haschen nach Wind, und nichts Bleibendes unter der Sonne!“ [DIE BIBEL 2004: 707-708].

[99] Lassen wir diesbezüglich HOFFMANN nochmals selbst zu Wort kommen: „Der Mensch besteht aus Leib und Seele: Das ist, aus solchen Dingen, die ihn beides beunruhigen und befriedigen können. Dasjenige Teil seiner selbst, welches am meisten zu seiner Beruhigung beiträgt, ist notwendig sein edelstes. Dahingegen dasjenige, so am meisten zu seiner Unruhe hilft, das geringere oder unedlere sein muss. Der Leib ist demnach die Quelle alle Unzufriedenheit, weil seine Zufälle weder in unserem Vermögen stehen zu hindern; noch seine Forderungen immer in unserem Willen sind zu vollbringen. Die Seele aber ist das Werkzeug unserer Zufriedenheit und Ruhe, weil sie beides einen Verstand hat zu erkennen, worin unsere wahre Glückseeligkeit bestehe; und einen Willen, die Mittel zu ergreifen, welche zur Erlangung derselben dienen. Alle Hindernisse zur Erlangung dieses Zwecks rühren aus leiblichen Ursachen her (…)“ [HOFFMANN 1972: 60-61].

[100] ebenda: 50

[101] ebenda: 251

[102] ebenda: 251

[103] ebenda: 49

nerhalb der psychologisch fundierten Arbeitszufriedenheitsforschung im Rahmen dieses Kapitels noch hinreichend zu besprechen sein wird.

Zweitens entwarf HOFFMANN in seinem Werk zwei *ornamentale Metaphern*[104] zur Plausibilisierung des Zufriedenheitsgefühls, die dem Leser der vorliegenden Arbeit nicht vorenthalten werden sollen. Die erste Zufriedenheitsmetapher deren sich HOFFMANN bedient, gründet in dem Bildnis des kräftigen und aufrecht stehenden Streitwagenfahrers, der die Zügel der leidenschaftlichen Pferde – die in diesem Gleichnis den animalischen Triebhaushalt des Menschen symbolisieren – fest in beiden Händen hält. „Ich sage nicht" – so HOFFMANN – „dass wir ohne Begierden leben können, sondern dass die rechte Kunst zu leben in solcher Einrichtung der Begierden besteht, dass die Vernunft Herr im Hause bleibe, und dass der Verstand die unbändigen Lüste stets im Zügel halte, oder sofort wieder auf rechte Wege lenke, wie der Fuhrmann die unbändigen oder ausweichenden Pferde. Die Frucht einer so edlen Bemühung wird die Zufriedenheit unserer Seele"[105]. In seiner zweiten Zufriedenheitsmetapher greift HOFFMANN auf das reichhaltige Repertoire der nautischen Daseinsmetaphorik[106] zurück. Dabei nutzt HOFFMANN zur bildlichen Veranschaulichung des Zufriedenheitsgefühls die bewährte epikureische und skeptizistische Allegorie der »*Meeresstille*« (Ataraxie)[107]: „Sobald Vernunft und Glaube die ungestümen Passionen in uns besänftigen, entsteht im Gemüt eine so anmutige Stille, als auf der See, wenn der Wind sich legt, und die Wellen aufhören zu schäumen"[108].

Ehe zum Abschluss dieses Unterkapitels noch kurz die zentralen Aussagen des 1992 von HOYE verfassten Textes »*Die Bedrohung der Zufriedenheit*« referiert werden, soll an dieser Stelle vorab die für den nachfolgenden Untersuchungsgang der hiesigen Arbeit bedeutsame Quintessenz des HOFFMANNSCHEN Werkes dingfest gemacht werden. Da das vorliegende Kapitel dieser Arbeit vorrangig mit der Intention niedergeschrieben wurde, anhand der unterschiedlichen semantischen Konturierungen des Zufriedenheitsbegriffs in den einzelnen Wissenschaftszweigen, am Kapitelende zu einer ersten – quasi eklektizistischen – Arbeitsdefinition zu gelangen, können in diesem Zusammenhang die mannigfachen

---

[104] vgl. BLUMENBERG 1998; In Abgrenzung zu den so genannten „absoluten Metaphern" wie zum Beispiel Nacktheit, Licht und Seefahrt, die laut Hans BLUMNNBERG dazu in der Lage sind, einen erweiterten Einblick in menschliche Daseinssegmente zu gewähren, ist es den ornamentalen Metaphern verwehrt, den theoretisch-begrifflichen Bedeutungsrahmen zu transzendieren (vgl. BLUMENBER 1998: 8).

[105] HOFFMANN 1972: 38

[106] vgl. BLUMENBERG 1997: 9. „Der Mensch führt sein Leben und errichtet seine Institutionen auf dem festen Lande. Die Bewegungen seines Daseins im ganzen jedoch sucht er bevorzugt unter der Metaphorik der gewagten Seefahrt zu begreifen. Das Repertoire dieser nautischen Daseinsmetaphorik ist reichhaltig. Es gibt Küsten und Inseln, Hafen und hohes Meer, Riffe und Stürme, Untiefen und Windstillen, Segel und Steuerruder, Steuermänner und Ankergründe, Kompass und astronomische Navigation, Leuchttürme und Lotsen. Oft dient die Vorstellung der Gefährdungen auf der hohen See nur dazu, die Behaglichkeit und Ruhe, die Sicherheit und Heiterkeit des Hafens vorzustellen, in dem die Seefahrt ihr Ende finden soll. Nur wo das Erreichen eines Ziels ausgeschlossen werden muss, wie bei Skeptikern und Epikureern, kann die Windstille auf dem hohen Meere selbst die Anschauung reinen Glücks vertreten" [ebenda]. Zum Zwecke einer weiteren Verdeutlichung des in den geisteswissenschaftlichen Disziplinen häufig anzutreffenden Bestrebens, die vielfältigen menschlichen Emotionen mit unterschiedlichsten klimatologischen Seinszuständen zu vergleichen, sei nachstehend ein ebenso knappes wie ausdrucksstarkes Schriftstück des Literaten »QUIETUS« wiedergeben:

Verdruß und böse Laune.	Sturm und Ungewitter.
Ekel.	
Gleichgültigkeit.	Schwüles mattes Wetter.
Entzückung.	Sehr heiß. Warmes Blut.
Freude.	Warm. Veränderlich.
Zufriedenheit.	Temperirt.
Ruhe.	Beständiges und heiteres Wetter.
Geduld.	Temperirt.
Sorgen.	Nebellicht.
Traurigkeit.	Regen.
Kummer.	Kalt.
Schwermuth.	Sehr kalt. Gefrierpunkt.
Verdruß und böse Laune.	Sturm und Gewitter

[zitiert nach SAUDER 1974:129]

[107] vgl. HOSSENFELDER 1992: 22-23.

[108] HOFFMANN 1972: 47-48

Heilmittel und Therapeutika, welche HOFFMANN dem Leser in seiner Schrift darbietet, vollständig außer Acht gelassen lassen werden.

Abschließend wollen wir uns nun – wie voranstehend bereits angekündigt wurde – den zentralen Kernaussagen des theologischen Seminaranfangsreferates »*Die Bedrohung der Zufriedenheit*« von HOYE zuwenden.[109] Das geflügelte lateinische Wortspiel *nomen est omen* aufgreifend, weist bereits die etwas reißerisch formulierte Referatsüberschrift darauf hin, dass der Theologe HOYE in der Zufriedenheit einen nicht unbedingt beweihräucherungswürdigenden Gefühlszustand erblickt. HOYE zufolge blockiert die Zufriedenheit – welche er als das *kleine, ruhige, partielle, bescheidende, realistische Glück*[110] beschreibt – nämlich den Weg zum wahren und echten Glück: „Das Ideal der Zufriedenheit und das Christentum stehen in Erzfeindschaft gegeneinander. Nach der christlichen Auffassung ist der Mensch der Pilger, unterwegs in der Fremde, vorangetrieben durch Glaube, Hoffnung und Liebe. (…) Tiefer als Zufriedenheit liegt diejenige Gelassenheit, die die Christen kennen. Darauf ruht eben das Streben nach Glück, aber nicht das erreichte Glück, welches Zufriedenheit heißt“[111]. „Zufriedenheit“ – so HOYE – „[ist, T.K.] eine Bedrohung für das Glück“[112]. Bezugnehmend auf die Ausführungen des im nachfolgenden Kapitelunterpunkt näher zu beleuchtenden Philosophen Robert SPAEMANNS, demzufolge „Zufriedenheit (…) das Sich-Einschließen der Subjektivität in sich selbst“[113] bedeutet, wettert HOYE im weitern Verlauf seines Referates insbesondere gegen dieses stoische Zufriedenheitsideal, indem sich der Zufriedene vor dem Einbruch der Wirklichkeit *resp.* des Anderen zu immunisieren sucht und somit laut HOYE auf dem Altar der Zufriedenheit die Möglichkeit eines seelig-erfüllten Lebens opfert. Erst „die dreifache Grundeinstellung Glaube, Hoffnung und Liebe charakterisiert“ – nach HOYE – „in der Tat genau (…) [den, T.K.] Zustand des nicht zufriedenstellenden Strebens nach Glück. Nur eine solche Einstellung lässt das Leben sinnvoll sein“[114].

Vertagen wir die in diesem Zusammenhang aufkeimende Frage, ob und inwiefern die Zufriedenheitsbeseeltheit im zwischenmenschlichen Verkehr notwendigerweise zu einer Form der „*bürgerlichen Kälte*“[115] führt, auf die im Kapitelunterpunkt 2.6.6 zu diskutierenden empirischen Studien hinsichtlich der Auswirkungen emotionaler Befindlichkeiten auf das Hilfeverhalten, so können wir unsere unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten geführte Forschungsreise in die Wissenschaftsdisziplin der Theologie, in dessen Rahmen wir uns vornehmlich an den drei Gestirnen Namens 1) „*Was ist Zufriedenheit*?“; 2) „*Was unterscheidet die Zufriedenheit von Artverwandten Gefühlen wie z.B. dem Glück?*“ und 3) „*Wie entsteht die Zufriedenheit*?“ orientierten, nahe der Wertungskategorie „außer Spesen nichts gewesen“ verbuchen, da wir zwar innerhalb unserer theologischen Exkursion einige höchst interessante Ausführungen über den emotionalen Zustand der Zufriedenheit – angefangen bei den zufriedenheitsschürenden Elementen des Garten Edens über HOFFMANNS unterschiedliche Zufriedenheitstypen und der von ihm Zusammengestellten “*Apotheke der Zufriedenheit*“ bis hin zu der pejorativen Handhabung des Zufriedenheitsterminus innerhalb der zeitgenössischen Theologie HOYES – zu Tage fördern konnten, jedoch hinsichtlich einer

[109] vgl. HOYE 1993
[110] HOYE 1993: 341
[111] ebenda: 348
[112] ebenda: 349
[113] SPAEMANN 2008: 10
[114] HOYE 1993: 350
[115] vgl. ADORNO 1969: 101-102. Siehe ferner die überaus lesenwerten »*Kältestudien*« von Andreas GRUSCHKA, in denen sich der Autor primär mit der erzieherischen Reproduktion der bürgerlichen Kälte beschäftigt (vgl. GRUSCHKA 1994a&b, 1997 und 2000 sowie GRUSCHKA & BREMER 1987).

wissenschaftlich erschöpfenden Beantwortung der obig abermals notierten Orientierungsfragen jäh enttäuscht wurden.

2.4 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Philosophie

Greift man zur Gewahrwerdung dessen, welche Aussagen die Philosophie als „*kritische Vernunftwissenschaft*“[116] im Lauf ihrer mehr als 2500 jährigen Geschichte über den Gemütszustand der Zufriedenheit getroffen hat, auf die einschlägigen philosophischen Lexika in Form des »*Historischen Wörterbuchs der Philosophie*« von RITTER[117] sowie der viel beachteten »*Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*« von MITTELSTRAß[118] zurück, so nimmt es Wunder, dass sich in diesen Nachschlagewerken kein separater Artikel zum Begriff der Zufriedenheit findet. Diese Bestandsaufnahme wirkt vor dem Hintergrund der Aussage des Philosophen Alfred Noth WHITEHEAD, demzufolge die bis in die Gegenwart hineinreichende Geschichte der Philosophie ausschließlich als Fußnoten zum Werke PLATONS zu verstehen ist[119], umso erstaunlicher, da die zentrale Figur in PLATONS Werk namens SOKRATES mit seiner in definitorischer Absicht gestellten „*Was ist….?*“-Frage bemüht war, die allgemeinen *resp.* zeitinvarianten Eigenschaften aus den Singularitäten herauszufiltern. Anschlussfähig an die von SOKRATES im Rahmen seiner taktischen Gesprächsführung (Elenktik) angewandte „*Was ist….?*“-Frage, wurden innerhalb der Philosophiegeschichte zwar eine Vielzahl von subjektiven Gemütsverfassungen – die sich von SENECAS Analyse des *Glücks*[120] und BACONS *Neid*-Untersuchung[121] über KIERKEGAARDS *Verzweiflungs*-Schrift[122] und SCHELERS *Sympathie*-Studien[123] bis hin zu BLOCHS Erkundungen über die Struktur der *Hoffnung*[124] sowie SLOTERDIJKS Analyse des *Zorns*[125] erstrecken – hinreichend erörtert, die Zufriedenheit blieb als Untersuchungsgegenstand jedoch – bis auf die Abhandlung von Michael WAGNER aus dem Jahre 1794[126] – weitestgehend ausgespart. Der Hauptgrund, warum der Zufriedenheitsaffekt – welcher laut obiger Darstellung im 18. Jahrhundert noch einen Lieblingsterminus der Theologie darstellte[127] – innerhalb des philosophischen Diskurses ein derart inferiores Dasein fristete, scheint einerseits in dem Umstand lokalisiert zu sein, dass sich die Philosophen mit der Zufriedenheit, als der kleinen Tochter des wahren Glückes, nicht abfinden wollen[128], sowie andererseits, dass die insbesondere unter den Theologen des 18. Jahrhunderts grassierende Gleichsetzung der *Zufriedenheit* mit einer die Welt trotz ihrer Übel (Theodizee-Frage) – getreu dem Credo Alexander POPES „Was immer ist, ist recht“[129] – billigenden Einstellung[130], bei vielen Philosophen, allen voran VOLTAIRE[131], auf radikale Ablehnung stieß. Trotz

---

[116] ANZENSBACHER 1995: 35
[117] vgl. RITTER 2004
[118] vgl. MITTELSTRAß 1996
[119] vgl. WHITEHEAD 1979: 91. „Die sicherste allgemeine Charakterisierung der philosophischen Tradition Europas lautet“ – so WHITEHEAD – „dass sie aus einer Reihe von Fußnoten zu Platon besteht“ [WHITEHEAD 1979: 91].
[120] vgl. SENECA 1990
[121] vgl. BACON 1986
[122] vgl. KIERKEGAARD 2005
[123] vgl. SCHELER 1973
[124] vgl. BLOCH 1985a-c
[125] vgl. SLOTERDIJK 2008
[126] vgl. WAGNER 1794
[127] vgl. DIERSE 2004: 183
[128] „Jeder, der ihn [den Begriff der Zufriedenheit, T.K.] im 20.Jh. ernsthaft ins Spiel hätte bringen wollen, wäre (bestenfalls)“ – so formuliert DIERSE – „belächelt worden, eher aber in den Verdacht geraten, damit um das größere Gut, um das volle und ganze Glück betrügen zu wollen“ [DIERSE 2004: 183].
[129] POPE 1993: 85
[130] „Auch ohne den mystsich-asketischen Hintergrund bleibt »Zufriedenheit«“ – laut DIERSE – „in dieser Zeit [des 17. und 18. Jh., T.K.] die treffende Vokabel für die Ergebung in Gottes Willen und den Lauf des eigenen Schicksals, für das Einverständnis mit der eigenen Lage und damit für Genügsamkeit und Bescheidenheit (…)“ [DIERSE 2004: 184] „(…) als Resümee für das frühe 18. Jh. (und darüber hinaus) [kann, T.K.] gelten, >Zufriedenheit< ist die bevorzugte Bezeichnung für die Billigung jener Einrichtung der Welt, die man als universelle zweckmäßige Verknüpfung der Dinge erkannt hat“ [ebenda: 187-188].
[131] vgl. VOLTAIRE 2000

dieser stiefmütterlichen Behandlung der Zufriedenheit soll dem Leser in den nachfolgenden Zeilen anhand vereinzelter Ausführungen namhafter Philosophen ein Überblick über die Karriere des Zufriedenheitsbegriffs in der Philosophiegeschichte gegeben werden. Analog zu den voranstehenden Untersuchungen des Zufriedenheitsbegriffs in den Sprachspielen des Alltags und der Theologie, werden wir uns hauptsächlich darauf konzentrieren, einerseits die unterschiedlichen definitorischen Herangehensweisen freizulegen sowie andererseits zu ergründen, inwieweit die zu Kapitelanfang aufgeworfenen Leitfragestellungen nach dem Wesen und der Genese des Zufriedenheitsgefühls hinreichend anhand des philosophischen Zufriedenheitsdiskurses beantwortet werden können.

2.4.1 Der Zufriedenheitsbegriff in den Werken von Baruch de SPINOZA bis Eduard von HARTMANN

Erstmalig taucht der Zufriedenheitsbegriffs in der Philosophiegeschichte im Hauptwerk »*Ethik in geometrischer Ordnung dargestellt*« des niederländischen Philosophen Baruch de SPINOZA auf. In der deutschen Übersetzung dieser im Jahre 1677 erschienen Schrift wird der von SPINOZA benutzte lateinische Begriff »*acquiescentia*« mit »Zufriedenheit« wiedergegeben.[132] Dementsprechend finden sich im vierten Teil, der in insgesamt fünf gesonderte Abschnitte eingeteilten »*Ethik*«, folgende Ausführungen zum Begriff der Zufriedenheit: „Die Zufriedenheit mit sich selbst ist wahrhaft das Höchste, was wir hoffen können“[133]. Nebst der (irdischen) Beantwortung dieser – einige Jahre später von KANT – aufgeworfenen Frage: *Was darf ich hoffen*? kennzeichnet SPINOZA im Rahmen seiner »*Ethik*« den rechten Vernunftgebrauch als Instrument zur Erreichung der Zufriedenheit mit sich selbst. „*Selbstzufriedenheit kann aus der Vernunft entspringen, und nur aus diese aus der Vernunft entspringende Zufriedenheit ist die höchste, welche es geben kann*“[134]. Letztlich setzt SPINOZA jedoch den (Selbst-) Zufriedenheitsbegriff – darin dem Theologen HOFFMANN gleich – äquivalent zum Begriff des Glückes und der Glückseligkeit: „*Nützlich fürs Leben ist daher vor allem, den Verstand oder die Vernunft soviel als möglich zu vervollkommnen. Darin allein besteht des Menschen höchstes Glück oder die Glückseligkeit*. Denn die Glückseligkeit ist nichts anderes als die *Zufriedenheit des Geistes*, welche aus der intuitiven Erkenntnis Gottes entspringt“[135]. Von einem unter definitorischen Gesichtspunkten ähnlich undifferenzierten Zufriedenheitsbegriff machten in der Nachfolge SPINOZAS die Philosophen Gottfried Wilhelm LEIBNIZ, Christian WOLFF sowie Immanuel KANT gebrauch. So nutzt LEIBNIZ den Begriff der Zufriedenheit in einem Atemzug mit den Worten *Stillhaltung, Vergnügen, Gefallen, Lust und Freude.*[136] Eine ebenso blutleere Verwendung findet der Zufriedenheitsbegriff in den Schriften WOLFFS, der zwar im Gegensatz zu SPINOZA zwischen der »*Zufriedenheit mit sich selbst*« und der »*Zufriedenheit mit Gott*« differenziert, jedoch Zufriedenheit mit den schwammigen Begriffen der *Freude* und des *Wohlgefallens* umschreibt.[137] Von vergleichbarer definitorischer Insuffizienz ist die kantianische Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs, da KANT diesen in der Regel äquipollent zu den philosophischen Termini »*Seelenruhe*« und »*Glückseligkeit*« verwendet.[138] *En passant* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der *metaphysische Alleszermalmer* Immanuel KANT auch vor dem menschlichen Streben nach einer diesseitigen *holistischen Zufriedenheit* nicht halt machte: Die „Zufriedenheit“ – so formu-

[132] vgl. SPINOZA 1999: Lehrsatz 52
[133] ebenda: Anmerkung zum 52 Lehrsatz
[134] ebenda: Lehrsatz 52
[135] ebenda: §4 Anhang
[136] vgl. LEIBNIZ 1966: 50 sowie Ders. 1968: 278
[137] vgl. WOLFF 1733: 508-514 sowie Ders. 1751: 283
[138] vgl. KANT 1990: 249 [376-377], 377 [480-481] sowie KANT 1998: 43 [45], 189[213-214]

liert Kant – „ist dem Menschen unerreichbar: weder in moralischer (mit sich selbst im Wohlverhalten zufrieden sein) noch in pragmatischer [Hinsicht, T.K.] (mit seinem Wohlverhalten, was er sich durch Geschicklichkeit und Klugheit zu verschaffen denkt). Die Natur hat den Schmerz zum Stachel der Thätigkeit in ihn gelegt, dem er nicht entgehen kann, um immer zum Besseren fortzuschreiten […] Im Leben (absolut) zufrieden sein, wäre thatlose Ruhe und Stillstand“[139]. Dieses elegische Zitat beweist, dass sich KANT – eventuell beeinflusst durch die Lektüre der Bienenfabel von MANDEVILLE[140] – sehr wohl der systemstabilisierenden Funktionalität der Unzufriedenheit, wie sie in Kapitel 2.1 der vorliegenden Arbeit herausgestellt wurde, bewusst war. Ehe im nachfolgenden dem Aufsatz von Michael WAGNER »*Versuche über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*« aus dem Jahre 1794 – der allein schon deshalb von beispielsloser Bedeutung ist, da er im Rahmen einer umfangreichen Literaturanalysen das einzigste philosophische Schriftstück darstellte, welches der Zufriedenheit *resp.* Unzufriedenheit eine exponierte Hauptrolle innerhalb ihres Untersuchungsganges zuwies – ein eigenständiges Unterkapitel gewidmet wird, soll vorweg noch in knapper Form die etwas skurril anmutende Bedeutungszuweisung der Zufriedenheit im Werke des neoschopenhauerianers Eduard von HARTMANN darstellt werden.

HARTMANN radikalisiert in seinem 1869 erschienenen philosophischen Hauptwerk »*Philosophie des Unbewußten. Versuch einer Weltanschauung*« den Pessimismus der Willensmetaphysik Arthur SCHOPENHAUERS[141] der Gestalt, dass er in dieser Schrift die kühle Frage beantwortet wissen will, „(…) ob das S e i n oder das N i c h t s e i n dieser bestehenden Welt den Vorzug verdiene“[142]. Gemäß dieser untersuchungsleitenden Fragestellung stilisiert sich HARTMANN in seinem Hauptwerke zu einem Art Weltenrichter, der die pro und contra Argumente für das bestehen bzw. nicht bestehen dieser Welt beflissen gegeneinander aufwiegt. Im Zuge dieses Untersuchungsganges kommt HARTMANN zu dem frappierenden Ergebnis, „(…) dass das Sein dieser Welt schlimmer sei als ihr Nichtsein (…)“[143]. Welche zentrale Rolle dem Zufriedenheitsbegriff innerhalb dieser negativen Bilanzierung zukommt, soll im Folgenden kurz skizzieren werden. HARTMANN erblickt in der Zufriedenheit, deren Voraussetzungen laut HARTMANN im Inneren die Resignationsfähigkeit und im Äußeren der Besitz von Gesundheit, Jugend, Freiheit sowie einer sorgenfreien materiellen Existenz bilden, *den Nullpunkt der Empfindungen*: „Die Zufriedenheit“ – so HARTMANN – „v e r l a n g t kein positives Glück, sie ist gerade die V e r z i c h t l e i s t u n g auf solches, sie verlangt nur das Freisein von erheblichen Uebeln und Schmerzen, also ungefähr den Nullpunkt der Empfindungen“[144]. Indem HARTMANN den Begriff der Zufriedenheit mit *Nullpunkt der Empfindungen* umschreibt, ist es ihm möglich, das Zufriedensein auf eine Stufe mit dem Nichtsein der Welt zu stellen, da *das Nichtsein permanent auf dem Nullpunkt der Empfindung* beruht.

---

139 KANT 2003: 234. Siehe darüber hinaus KANT 1974a: 84 sowie Ders. 1974b: 175-176

140 vgl. MANDEVILLE 1998

141 Es sei an dieser Stelle auf zwei wichtige Sachverhalte verwiesen: *Erstens* hat nicht nur der Schopenhauerschüler Edurad HARTMANN einige nennenswerte Ausführungen zur Zufriedenheit niedergeschrieben, sondern auch in dem Werk seines Ziehvater Arthur SCHOPENHAUER finden sich an mehreren Stellen äußerst geistreiche Notationen zu eben jenem Gefühlszustand. Das nun diese allgemeinen Ausführungen Arthur SCHOPENHAUER zum Terminus der Zufriedenheit in diesem Kapitelabschnitt nicht näher beschrieben werden, liegt in dem Umstand begründet, dass das in Kapitel 2.2.5 ausführlich zu verhandelnde elaborierte Zufriedenheitsmodell des Sozialpsychologen Peter HOFSTÄTTER auf den Gedanken SCHOPENHAUERS zur Entstehung der Zufriedenheit fußt. Um den Textfluss nicht durch unnötige Litaneien nachhaltig zu stören, werden die zentralen Ausführungen SCHOPENHAUER somit in Kapitel 2.2.5 wiedergegeben. *Zweitens* möchte ich den Leser der vorliegenden Arbeit fortfolgend von dem enormen Stellenwert der Selbstzufriedenheit innerhalb der SCHOPENHAUERISCHEN Moralphilosophie in Kenntnis setzten, da HOFSTÄTTER diesen wichtigen Tatbestand in seiner eklektizistischen Bezugnahme auf die SCHOPENHAUERISCHEN Schriften leider verschweigt (vgl. HOFSTÄTTER 1986). So lässt nämlich SCHOPENHAUER der Selbstzufriedenheit, welche er „(…) den Beifall des Gewissens nennt“ [SCHOPENHAUER 1988e: 561], in seiner »*Preisschrift über die Grundlagen der Morak*« insofern eine philosophische Adelung zuteil werden, als dass er sie als inneres Merkmal der Handlungen von moralischem Wert bestimmt [vgl. ebenda: 560]. „Diese ganz unmittelbare, ja, instinktartige Theilnahme am fremden Leiden, also das Mitleid, ist die alleinige Quelle solcher Handlungen, wenn sie MORALISCHEN WERTH HABEN, d.h. von allen egoistischen Motiven rein seyn, und eben deshalb in uns selbst diejenige innere Zufriedenheit erwecken sollen, welche man das gute, befriedigte, lobende Gewissen nennt (…)“ [ebenda: 584].

142 HARTMANN 1989: 532

143 ebenda: 540

144 ebenda: 552

Pointiert formuliert bildet der Zufriedenheitsbegriff im HARTMANNSCHEN Werke die Demarkationslinie, welche zwischen Annahme und Ablehnung der Welt trennt; d.h. das Sein der Welt würde im Sinne HARTMANNS solange ihrem Nichtsein vorgezogen, als das der Mensch auf Erden darauf hoffen kann, den Zustand einer absoluten Zufriedenheit zu erreichen, da diese dem gänzlichen Nichtsein gleichwertig ist. Indem der Pessimismus HARTMANNS jedoch den menschlichen Wunsch, bereits auf Erden ein rundum zufriedenes Leben führen zu können, als reine Phantasmagorie entlarvt, gelangt die HARTMANSCHE Buchführung zu einem denkbar *niederschmetternden Ergebnis wahrer Weltenunlustbilanz*[145]: „Dem Nichtsein an Werth g l e i c h stehen würde nur das a b s o l u t zufriedene Leben, wenn es ein solches gäbe; es giebt aber keines, denn auch der Zufriedenste ist nicht immer völlig und in jeder Hinsicht zufrieden, folglich steht a l l e s Leben an Werth unter dem absolut Zufriedenen, folglich unter dem Nichtsein“[146].

Nachdem wir nunmehr in den ausgewählten philosophischen Schriften von SPINOZA über LEIBNIZ und WOLF bis hin zu KANT und HARTMANN keine tragfähige Definition des Zufriedenheitsbegriffs dingfest machen konnten, werden wir uns nachstehend in einem gesonderten Kapitelunterpunkt eingehender dem Aufsatz 1794 verfassten Aufsatzes des Philosophen Michael WAGNER zuwenden.

2.4.2 Michael WAGNERS »*Versuche über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*«

Unterzieht man den Text von Michael WAGNER anfänglich einer bloß *diagonalen Lesart*, so scheint sich der Inhalt dieser in altdeutscher Sprache verfassten Schrift nicht sonderlich von den vorausgehend geschilderten sprachwissenschaftlichen, philosophischen und insbesondere theologischen Bemühungen über den Begriff der Zufriedenheit zu unterscheiden, da der Autor Michael WAGNER nicht nur die Zufriedenheitsgenese in Analogie zur Sprachwissenschaft (siehe Kapitel 2.2) in einer weitestehenden Erfüllung entweder der meisten oder der liebsten Wünsche lokalisiert sieht[147], sondern darüber hinaus mitsamt seinen impliziten Ratschlägen zur Erwirtschaftung der Zufriedenheit[148] *bzw.* seinen expliziten Anweisungen zur Verhinderung der Unzufriedenheitsbeseeltheit[149] nahtlos an die philosophische und theologische Tradition der Zufriedenheitsberatung, die sich weniger mit der ontologischen Frage nach dem Wesenswas der Zufriedenheit als vielmehr mit der pragmatischen Frage nach den möglichen Realisierungswegen dieses Gefühlszustandes beschäftigt, anknüpft. Lässt man sich jedoch von diesen schalen – im Rahmen einer ersten *kursorischen Lesart* des Textes zu Tage geförderten – Erkenntnissen nicht entmutigen und wendet sich dem WAGNERSCHEN Text abermalig vermittels einer nunmehr *statarischen Lesart* zu, so wird die exegetische Ausdauer des Zufriedenheitsforschers durch eine enorme Vielzahl höchst interessanter Einsichten (Bemühungen zur Konstruktdifferenzierung, Entwicklung eines elaborierten Begriffsinventars usw.) entlohnt, die den Philosophen Michael WAGNER als einen der großen Pioniere der Zufriedenheitsforschung ausweisen, da er *bspw.* mit der von ihm inaugurierten Begrifflichkeit der *partialen*

---

[145] vgl. LÜTKEHAUS 2003: 230

[146] HARTMANN 1989: 553

[147] „Zufriedenheit ist also ein Zustand angenehmer Empfindungen“ – so WAGNER – „welche die Vorstellung von der Befriedigung unserer meisten und liebsten Wünsche in uns weckt. Um also zufrieden zu sein, müssen nicht alle unsere Wünsche, sondern entweder unsere meisten oder unsere liebsten Wünsche befriedigt werden“ [WAGNER 1794: 35-36].

[148] „Wenn also unsere Wünsche befriedigt werden sollen, so muss:“ – laut WAGNER – „1) Ihr Gegenstand wirklich sein. 2) Müssen unsere Kräfte mit der Möglichkeit unserer Wünsche zu befriedigen in einem richtigen Verhältnis stehen. 3) Müssen unsere Wünsche einander nicht aufheben“ [ebenda: 29]. *En passant* sei der Leser in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass einerseits das zweite Wunscherfüllungskriterium in vergleichbarer Gestalt in den Voraussetzungen des so genannten Flow-Effekts wieder aufscheint (vgl. CSIKSZENTMIHALYI 1999a, 2004, 2006, 2007 und 2008) und andererseits, dass das dritte der von WAGNER ausbuchstabierten Kriterien der Wunscherfüllung – wenngleich auch in differenzierter Form – die Grundlage des Selbstzufriedenheitskonzeptes innerhalb der Philosophie Harry G. FRANKFURTERS (vgl. FRANKFURT 2005, 2007b sowie 2008a&b) bildet.

[149] vgl. WAGNER 1794: 45ff.

Zufriedenheit[150] bereits im Jahre 1794 eine basale Dimension des Zufriedenheitskonstrukts erkannte, die in der zeitgenössischen empirischen Forschung zu eben diesem Konstrukt unter dem Terminus der gebiets- *resp.* bereichsspezifischen (Lebens-) Zufriedenheit firmiert. Versuchen wir nun – eingedenk unserer kapitelleitenden Fragstellungen nach dem Wesen sowie dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit – die aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive zentralen Neuerungen aus der Schrift von Michael WAGNER herauszudestillieren, so kann WAGNER *erstens* zugute gehalten werden, dass sich sein auf dem Kerngedanken der Wunscherfüllung basierendes Zufriedenheitsentstehungsmodell insofern von dem ebenfalls auf Wunscheinlösung beruhendem sprachwissenschaftlichen Konzept der Zufriedenheitsgenese (siehe Kapitel 2.2) unterscheidet, als dass WAGNER auf der einen Seite die Zufriedenheitsbildung nicht an eine restlose Wunschbefriedigung[151] knüpft und auf der anderen Seite das variantenreiche Modell der Wunscherfüllung dazu nutzt, die Zufriedenheit von artverwandten Gefühlszuständen wie zum Beispiel guter Laune, Glückseligkeit, sinnlichem Vergnügen, moralischer Vollkommenheit sowie der körperlichen- und geistigen Ruhe zu separieren.[152] So grenzt WAGNER die Zufriedenheit, welche sich seiner Ansicht nach dann einstellt, wenn die meisten oder liebsten Wünsche eines Menschen befriedigt sind, *bspw.* auf der Grundlage seines Wunscherfüllungsmodells von der guten Laune dahingehend ab, dass sich letztere bereits durch die Verwirklichung zumeist geringer, sinnlicher Wünsche im menschlichen Gemütshaushalt einnisten würde.[153] In der gebotenen Kürze sei der Leser an dieser Stelle der Vollständigkeit halber darauf verwiesen, dass WAGNER in seinem Text eine analoge Begriffsdifferenzierung für den Terminus der Unzufriedenheit, deren Quellgrund er in der Nichtbefriedigung der meisten oder liebsten Wünsche erblickt, vollzog. Ohne nun *en detail* auf die einzelnen Abgrenzungskriterien, welche *exempli causa* die aversiven Gemütslagen der Verzweifelung[154], der üblen Laune[155] sowie der Misanthropie[156] von der Unzufriedenheit unterscheiden, eingehen zu wollen, kann vor diesem Hintergrund schon einmal *ad notam* genommen werden, dass sich WAGNER – ungeachtet der limitierten wissenschaftlichen Tragfähigkeit seines Zufriedenheitsmodells[157] – als einer der ersten Geisteswissenschaftler auf den Weg machte, den Gefühlszustand der Zufriedenheit nicht nur zu definieren, sondern ihn darüber hinaus von anderen familienähnlichen Gemütsverfassungen (Glückseligkeit, Freude usw.) abzugrenzen versuchte.

Neben der in den vorausgehenden Zeilen herausgearbeiteten historischen Bedeutsamkeit der Ausführungen Michael WAGNERS für die Zufriedenheitsforschung, die sich insbesondere aus seinen Bemühungen zur modellhaft unterlegten Gefühlsdifferenzierung, der Einführung eines breit gefächerten Begriffsarsenals (z.B. partiale Zufriedenheit[158], negative Zufriedenheit[159], totale Zufriedenheit[160], kosmopoliti-

---

[150] vgl. WAGNER 1794: 40

[151] Eine vollkommene Befriedigung der menschlichen Wünsche ist nach WAGNER gänzlich unmöglich, da u.a. das menschliche Streben nach moralischer Vollkommenheit nie restlos verwirklicht werden kann. (vgl. WAGNER 1794: 33-34).

[152] vgl. ebenda: 36-39

[153] vgl. ebenda: 38

[154] vgl. ebenda: 35

[155] vgl. ebenda: 64

[156] vgl. ebenda: 59.

[157] Ohne an dieser Stelle das WAGNERSCHE Zufriedenheitsmodell *in toto* annullieren zu wollen, kann jedoch nicht verschwiegen werden, dass WAGNER den Begriff des Wunsches, der ja die zentrale Tragsäule seines Modells ausmacht, innerhalb seiner Abhandlung nicht trennscharf zum Erwartungsterminus verwendet (vgl. WAGNER 1794: 49, 58). Als *pars-pro-toto Beleg* seien nachstehend die letzten Zeilen der WAGNERSCHEN Schrift wiedergegeben, in denen er bestrebt ist, die zentralen Gründe für die Unzufriedenheitsgestimmtheit des Philosophen Jean-Jacques ROUSSEAUS – dem seiner Meinung nach *weltberühmten Unzufriedenen* – summarisch zusammenzutragen: „So arbeiteten denn alle Umstände und alle Gegebenheiten dieses sonderbaren Mannes dahin, um ihn zum Unzufriedenen, zum Misanthropen, zum Melancholiker zu machen. Temperament, Erziehung und Schicksal trafen einen unglücklichen Verein, um ihm die traurige Lage zuzubereiten, in welcher er sich den besten Teil seines Lebens hindurch befand. – Er verließ den Schauplatz dieses Lebens, ein warnendes Beispiel, wie sehr verwöhnte Phantasie unserer Ruhe nachteilig werden könne, wenn sie die Seele mit lauter überspannten Erwartungen erfüllt, und uns dadurch hindert, gute und zufriedene Bürger der wirklichen Welt zu werden“ [ebenda: 76].

[158] ebenda: 40

[159] ebenda: 40

[160] ebenda: 41

sche Unzufriedenheit[161], egoistische Unzufriedenheit[162] etc.) – deren inhaltlicher Aussagegehalt größtenteils, wenngleich auch in modifizierten begrifflichen Gewändern, bis in den zeitgenössischen Forschungsdiskurs fortexistieren – sowie seiner graduellen Abstufung unterschiedlicher Unzufriedenheitstypen (sinnliche[163], geistige[164] und moralische[165]) speist, fußt die nach Ansicht des Autors bedeutendste Erkenntnisleistung WAGNERS auf der von ihm gebildeten Zufriedenheitsmetapher, die im Kontrast zu der Zufriedenheitsallegorie des Theologen HOFFMANN (siehe Kapitel 2.3) weniger auf eine Versinnbildlichung des Entstehungsprozesses der Zufriedenheit *bzw.* der zur Ausbildung der Zufriedenheit notwendigen Hilfsmittel abhebt, als vielmehr mitsamt seines Zufriedenheitsgleichnisses auf die Visibilisierung des im Rahmen der Zufriedenheitsgestimmtheit vorfindbaren innerseelischen Gefühlsempfindens abzielt. An zweiter Stelle kann somit bereits schon einmal festgehalten werden, dass WAGNER mit der von ihm ins Spiel gebrachten Zufriedenheitsmetapher – die nachstehend einer erschöpfenden Analyse unterzogen wird – nicht nur eine rein quantitative Erweiterung der bereits in den Schriftstücken der griechischen Lebensphilosophien *à la* Epikurismus, Stoizismus, Skeptizismus und Kynismus kursierenden nautischen Glückseligkeits- *resp.* Zufriedenheitsbildnissen (Meeresstille) herbeiführte, sondern darüber hinaus aufgrund seines unkonventionellen metaphorischen Bezugsrahmens sowie der von ihm vollzogenen Abkehr von der reinen Veranschaulichung der Zufriedenheitsbehülfe (siehe HOFFMANNS Bildnis des souveränen Streitwagenfahrers) *resp.* der ausschließlichen Illustration der im emotionalen Zustand der Zufriedenheit vorherrschenden Gefühlslage (so z.B. in der Allegorie der Meeresstille) eine qualitative Ausweitung des bestehenden Repertoires an Zufriedenheitsmetaphern leistete. Versuchen wir nun im Folgenden – nachdem im vorausgehenden Textabschnitt die Leistungen des Philosophen Michael WAGNERS quasi ohne Ansehung des Gegenstandes mit Vorschußlorbeeren umgarnt wurden – die mittlerweile unter den Nägeln brennende Frage nach der konkreten Gestalt der wagnerianischen Zufriedenheitsmetapher zu beantworten, so soll vorab jene Passage aus dem Aufsatz wiedergegeben werden, in der WAGNER sein Zufriedenheitsgleichnis komponierte:

> „Der Zustand der Z u f r i e d e n h e i t hat einige Analogie mit dem Vergnügen am S i n n l i c h -S c h ö n e n. Vergnügen überhaupt entsteht, wenn die Seele l e i c h t und s t a r k beschäftigt wird. Soll der Anblick des Schönen in uns Vergnügen erwecken, so muss die Vorstellung davon so beschaffen sein, dass sie den Geist l e i c h t und s t a r k beschäftigt. Die Vorstellung einer geraden Linie beschäftigt den Geist zwar leicht, aber nicht stark genug, sie macht also nicht Vergnügen. Eine unregelmäßig verwickelte krumme Linie beschäftigt zwar den Geist stark, aber nicht leicht genug, weil es Mühe kostet, ihre mannigfaltigen Wendungen mit einem Blick zu überschauen, sie kann also auch kein Vergnügen erwecken. Ist eine Linie hingegen so beschaffen, dass sie zwar Mannigfaltigkeit genug hat, um den Geist stark zu beschäftigen: aber eine Mannigfaltigkeit, die den Geist nicht ermüdet, so gewährt ihre Vorstellung Vergnügen. Eine solche Linie ist die W e l l e n – oder Schlangenlinie, welche HOGARTH mit allem Recht zum Range der Schönheitslinie erhoben hat. – So verhält sichs auch mit der Zufriedenheit. A l l e s haben ist teils unmöglich, teils gebiert es Eckel und Überdruss. N i c h t s haben macht Missvergnügen, oft Verzweifelung. E t w a s h a b e n und etwas e n t b e h r e n macht z u f r i e d e n“[166].

[161] ebenda: 61
[162] ebenda: 61
[163] ebenda: 46-49
[164] ebenda: 50-52
[165] ebenda: 53-54
[166] WAGNER 1794: 41-42.

Ehe nun nachfolgend die von WAGNER gewählte Metapher der Schönheitslinie unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten analysiert werden soll, möchte der Verfasser zuvor durch eine ausschnittartige Abbildung der von William HOGARTH gestalteten *'Line of Beauty'* – welche sich am unteren rechten Bildrand seines im dem Jahre 1745 gemalten *'Selbstporträt mit Hund'* befindet – die notwendigen Bedingungen eines für den Leser wie den Autor der hiesigen Arbeit gleichrangigen interpretatorischen Ausgangsniveaus zu schaffen.

Abb. 1: The Line of Beauty[167]

Versuchen wir nun die von WAGNER zur Illustration des Zufriedenheitsgefühls genutzte *'Line of Beauty',* die – soviel sei an dieser Stelle prospektiv angemerkt – 197 Jahre nach WAGNER in einem nahezu analogen Kontext von dem österreichischen Schriftsteller Peter HANDKE in seinem Essay »*Versuch über den geglückten Tag*« als Bezugsgröße zur Bestimmung des geglückten Tages verwandt wurde[168], dahingehend zu analysieren, welche grundlegenden Auffassungen über das Wesen und die Entstehung der Zufriedenheit sich möglicherweise hinter diesem Gleichnis verschanzen, so zeigt sich, dass WAGNER hier, indem er den emotionalen Zustand der (Lebens-)Zufriedenheit in einer dezent geschwungenen S-Linie verwirklicht sieht, einerseits ein tradiertes lebensphilosophisches Klugheitskonzept – das meines Wissens bis auf den spanischen Jesuitenparter Baltasar GRACIÁN[169] zurückreicht – bedient und dieses für den Zufriedenheitsdiskurs fruchtbar macht, sowie dass er sich andererseits durch die Indienstnahme der Schönheitslinie (Wellenlinie) von der durch die griechischen Schulen der Lebensphilosophie gebildeten Zufriedenheitsmetapher der Meeresstille (Ataraxie) prinzipiell verabschiedet. Stellen wir den zuletzt genannten Sachverhalt, in Worten die sich auf den ersten Blick etwas unbedeutend ausnehmende Verfeinerung der antiken Meeresstille-Metapher, für den Moment hinten an und wenden uns zuvorderst der argumentativen Unterfütterung der voranstehend aufgeworfenen Vermutung, dass sich in der von WAGNER bemühten Zufriedenheitsmetapher der Schönheitslinie ein tradiertes lebensphilosophisches Klugheitskonzept fortpflanzt, zu, so kann zur Kenntnis genommen werden, dass das von WAGNER anempfohlene Zufriedenheitsrezept, welches da lautet „E t w a s h a b e n und etwas e n t b e h r e n macht z u f r i e d e n“[170], erstmalig – wie bereits schon erwähnt – bei GRACIÁN auftaucht und sich darüber hinaus in zum Teil stark umfrisierter und verwässerter Form ebenfalls in den Werken von

[167] ausschnittartig entnommen aus William HOGARTHS »Selbstporträt mit Hund« (1745)

[168] „Und was ist überhaupt“ – so fragt HANDKE – „der geglückte Tag – denn bis jetzt hast du dir ausschließlich klarzuwerden versucht, was er nicht ist? Und wo bleibt, bei deinen ständigen Abschweifungen, Umwegen, Umständlichkeiten, deinem ewigen Zögern, Abbrechen sofort mit dem kleinsten anhebenden Schwung, ewigen Neuanfängen, jene Linie der Schönheit und Anmut, welche, wie angedeutet, den geglückten Tag bezeichnet, und, wie danach beschworen, auch den Versuch darüber leiten sollte? Wann, anstelle des unentschiedenen Zickzacks draußen an den Peripherien, des zitterigen Grenzziehens an einer um so leerer wirkenden Sache, setzt du endlich, Satz für Satz, zu dem soleicht-wie-scharfen Schnitt, durch das Wirrwarr in media res, an, damit dein obskurer »geglückter Tag« beginnen kann, sich zu der Allgemeinheit der Form zu lichten. Wie stellst du dir einen solchen Tag vor? Entwirf mir ein erstes Bild, beschrieb mir Bilder davon! Erzähl den geglückten Tag. Lass spüren den Tanz des geglückten Tags. Sing mir das Lied vom geglückten Tag!“ [HANDKE 1991: 17-18].

[169] siehe dazu insbesondere das schmale – von Arthur SCHOPENHAUER ins deutsche übersetzte – Bändchen »*Handorakel und Kunst der Weltklugheit* « (GRACIÁN 1992).

[170] WAGNER 1794: 42

SCHOPENHAUER[171], NIETZSCHE[172], ORTEGA Y GASSET[173] und BLOCH[174] wieder findet. Lassen wir an dieser Stelle jedoch den *bis dato* vielfach verkannten Schöpfer dieser Lebensmaxime einmal selbst zu Wort kommen:

> „E t w a s z u w ü n s c h e n ü b r i g h a b e n, um nicht vor lauter Glück unglücklich zu sein. Der Leib will atmen, und der Geist streben. Wer alles besäße, wäre über alles enttäuscht und missvergnügt. Sogar dem Verstande muß etwas zu wissen übrig bleiben, was die Neugierde lockt und die Hoffnung belebt. Übersättigungen an Glück sind tödlich. Beim Belohnen ist es eine Geschicklichkeit, nie gänzlich zufrieden zu stellen. Ist nichts mehr zu wünschen, so ist alles zu fürchten. Unglückliches Glück! Wo der Wunsch aufhört, beginnt die Furcht"[175]

Da uns nun jedoch eine weitergehende Besprechung dieser anfänglich von GRACIÁN zur Glücks- und später von WAGNER zur Zufriedenheitskonservierung unterbreiteten Lebensmaxime hinsichtlich einer erschöpfenden Beantwortung unserer zu Kapitelanfang aufgeworfenen Leitfragestellungen nach dem Wesen und dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit kein entscheidendes Stück näher bringt, möchte der Autor es für den Moment bei diesem fragmentarischen Hinweis auf die Ursprungsquelle dieser lebensphilosophischen Weisheit belassen und sich zum Abschluss des vorliegenden Exkurses über die Ausführungen WAGNERS zum Begriff der Zufriedenheit etwas ausführlicher mit der von WAGNER in den geisteswissenschaftlichen Diskurs der Zufriedenheit eingeschleusten Zufriedenheitsmetapher widmen. Nimmt sich die nuancierte Umformung der antiken nautischen Zufriedenheitsmetapher in Gestalt der Meeresstille durch WAGNERS Zufriedenheitsbildnis einer diskret geschwungenen Wellenlinie – wie bereits obig angesprochen – auf den ersten Blick nichts sonderlich diskussionswürdig aus, da man bei nur flüchtiger Lesart geneigt ist, die Wellenlinie ganz im Sinne des im Gleichnis der Meeresstille zum Ausdruck kommenden epikureischen und skeptizistischen Glückseligkeitsideals der Seelenruhe auszudeuten, so offenbart – wie nachstehend zu erörtern sein wird – ein zweiter, an den Schriften des Psychologen Wilhelm WUNDT[176] geschulter Blick, dass WAGNER mitsamt seiner der äußeren Form nach zu urteilen nur kapillaren Modifikation der antiken Zufriedenheitsmetapher, auf der inhaltlich-theoretischen Ebene eine entscheidende Wende vollzog. Dass der Philosoph Michael WAGNER kraft seiner Zufriedenheitsmetapher den seit den lebensphilosophischen Ansichten der Antike in der Forschungslandschaft der Zufriedenheitsforschung eintönig dahinplätschernden Rubikon übersprang, zeigt sich insbesondere dann, wenn wir die auf Wilhelm WUNDT zurückreichende Einsicht, dass jedweder Gefühlszustand auf einem Kontinuum zwischen den Polen der Anspannung und der Entspannung eingestuft werden kann, als theoretische Interpretationsfolie über die zur Disposition stehenden Metaphern der Meeresstille sowie der Wellenlinie stülpen. Versuchen wir also nunmehr die beiden Zufriedenheitsmetaphern im Lichte des WUNDTSCHEN Anspannungs-Entspannungs-Kontinuum auszudeuten, so zeigt sich, dass die von WAGNER inaugurierte Metapher der Wellenlinie den subjektiven Gefühlszustand der Zufriedenheit im Kontrast zum Meeresstillengleichnis der Skeptiker und Epikureer nicht gänz-

[171] „(…) ewiges Werden, endloser Fluss, gehört" – so SCHOPENHAUER –„zur Offenbarung des Wesens des Willens. Das Selbe zeigt sich endlich auch in den menschlichen Bestrebungen und Wünschen, welche ihre Erfüllung immer als letztes Ziel des Wollens uns vorgaukeln; sobald sie aber erreicht sind, sich nicht mehr ähnlich sehen und daher bald vergessen, antiquitiert und eigentlich immer, wenn gleich nicht eigenständlich, als verschwundene Täuschung bei Seite gelegt werden; glücklich genug, wenn noch etwas zu wünschen und zu streben übrig blieb, damit das Spiel des steten Übergangs vom Wunsch zur Befriedigung und von dieser zum neuen Wunsch, dessen rascher gang Glück, der langsame Leiden heißt, unterhalten werde, und nicht in jenes Stocken gerathe, das sich als furchtbare, lebenserstarrende Langeweile, mattes Sehen ohne bestimmtes Objekt, ertödtender *languor* zeigt" [SCHOPENHAUER 1988a: 229-230].

[172] vgl. NIETZSCHE 1981: 164

[173] vgl. GASSET 1996c: 24

[174] vgl. BLOCH 1985: 348

[175] GRACIÁN 1992: 85

[176] vgl. WUNDT 1901: § 7

lich am Entspannungs- *resp.* Ruhepol verortet, sondern dem Zufriedenheitsgefühl auf dem WUNDTSCHEN Kontinuum vielmehr einen Platz einräumt, der ungefähr in der Mitte zwischen dem Entspannungspol und dem neutralen Zentrum gelegen ist. Vorausblickend kann an dieser Stelle nun schon einmal festgehalten werden, dass der Philosoph Michael WAGNER mit der Umgestaltung der seit der Antike in Form der Meeresstille vorherrschenden Zufriedenheitsmetapher durch die von ihm ins Spiel gebrachte Metapher der leicht geschwungenen Wellenlinie (S-Linie) – welche meines Erachtens, der Anschaulichkeit halber, uneingeschränkt durch das Bildnis eines in seichter Bewegung befindlichen Gewässers, an dessen Oberfläche, im Unterschied zur gänzlich spiegelglatten Wasseroberfläche der Meeresstille, die Wellenkämme einen in ihrer geometrischen Anmut ihres gleichen suchenden Walzer aufführen, ersetzt werden könnte – bereits im Jahre 1794 eine fundamentale Einsicht in den strukturellen Aufbau des Zufriedenheitsgefühls präsentierte, auf welche die moderne psychologische Emotionsforschung erst geschlagene 186 Jahre nach WAGNERS Aufsatz »*Versuch über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*« stieß, nämlich die im Rahmen des »*Circumplex Modell der Emotionen*« von RUSSELL[177] gemachte Entdeckung, dass die Zufriedenheit im Gegensatz *bspw.* zur Freude eine erregungsschwache Wohlfühlemotion darstellt, die nicht gänzlich im Zustande völliger Entspannung aufgeht, sondern in deren inneren weiterhin eine wenngleich auch kleine Flamme der Handlungsbereitschaft lodert. Ehe wir im nachfolgenden Kapitelabschnitt die Philosophiegeschichte zum Zwecke einer umfassenden Betrachtung der Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs in der Gegenwartsphilosophie um satte 200 Jahre vorspulen, soll vorab noch einmal die im vorliegenden Kapitel aus dem Text »*Versuch über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*« von Michael WAGNER herausklamüserten Erkenntnisse *in nuce* zusammentragen werden: Lassen wir also die in den vorausgehenden Zeilen geleistete Interpretationsarbeit im Folgenden ein letztes Mal vor unsrem inneren Auge Revue passieren, so kann in der Summe festgehalten werden, dass die Ausführungen des Philosophen Michael WAGNER zum Begriff der Zufriedenheit – wenngleich sie es auch mitnichten vermochten unseren in den kapitelleitenden Fragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit zum Vorschein kommenden Wissensdurst gänzlich zu stillen[178] – insofern einen leider in Vergessenheit[179] geratenen Meilenstein der Zufriedenheitsforschung darstellen, als dass sich innerhalb der von WAGNER bereits im Jahre 1794 publizierten Schrift einige Ansichten wieder finden – so z.B. das hinter dem Begriff der partialen Zufriedenheit hervorlugende Konzept einer bereichsspezifischen Zufriedenheit sowie die im Subtext der von WAGNER in Gestalt der Schönheits- *resp.* Wellenlinie entwickelten Zufriedenheitsmetapher mit sich geführten Erkenntnis, dass die emotionale Befindlichkeit der Zufriedenheit nicht mit einem Zustand völliger Entspanntheit einhergeht – die ungefähr 180 Jahre nach dem WAGNERSCHEN Schriftstück in der sozialwissenschaftlichen Lebensqualitätsforschung sowie der Emotionspsychologie als jungfräuliche Erkenntnisse gefeiert wurden und bis zum heutigen Zeitpunkt einen wesentlichen Teil des als gesichert geltenden Wissenskorpus der Zufriedenheitsforschung ausmachen.

[177] vgl. RUSSEL 1980

[178] siehe dazu die in Fußnote 180 des vorliegenden Kapitels angesprochenen Problematiken des WAGNERSCHEN Zufriedenheitsmodells

[179] So fand ich im Rahmen meiner Literaturrecherche in der gesamten Zufriedenheitsforschung – mit Ausnahme einer knappen Fußnotennennung in dem geisteswissenschaftlichen Übersichtsartikel von DIERSE (vgl. DIERSE 2004: 11192) – keinen einzigen Verweis auf die Abhandlung »*Versuch über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*« von Michael WAGNER.

2.4.3 Der Zufriedenheitsbegriff in den zeitgenössischen Werken von Hermann SCHMITZ, Harry G. FRANKFURT und Robert SPEAMANN

Versuchen wir nun in den nachfolgenden Zeilen zu ermitteln, welchen Umgang die Gegenwartsphilosophie mit dem Begriff der Zufriedenheit pflegt, so gelangt man im Rahmen einer ersten grobflächigen Literaturrecherche zu der enttäuschenden Einsicht, dass der Terminus der Zufriedenheit weder in dem seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt aufkeimenden Diskurses über die '*Philosophie der Gefühle*'[180] noch in der von Wilhelm SCHMID in Anschluss an die Spätphilosophie Michel FOUCAULTS[181] entwickelten *'Philosophie der Lebenskunst'*[182]– die sich seit Anbeginn der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts einer enormen Publikationsdichte erfreut[183] – eine umfassende philosophische Besprechung erfährt. Halten wir uns an dieser Stelle nun jedoch nicht mit müßigen Spekulationen hinsichtlich der vorrangigen Gründe auf, welche möglicherweise zur Ausklammerung der Zufriedenheit aus den beiden voranstehend genannten philosophischen Denkrichtungen – die aufgrund ihres jeweiligen Forschungsgegenstandes an und für sich ein höchst vitales Interesse an einer erschöpfenden Analyse der Zufriedenheit haben müssten – geführt haben könnten, sondern dehnen wir angesichts der unerquicklichen Tatsache, dass die Zufriedenheit selbst in den thematisch nahe liegenden Bindestrich-Philosophien keine Berücksichtigung findet, unsere am Stichwort der 'Zufriedenheit' geführte Literaturrecherche auf die Werke einzelner Gegenwartsphilosophen aus, so gelangen wir zu der höchst erbaulichen Erkenntnis, dass dem Gemütszustand der Zufriedenheit allen voran in der Phänomenologie Hermann SCHMITZ[184], des Konzepts der Willensfreiheit von Harry G. FRANKFURT[185] sowie der Tugendlehre Robert SPAEMANNS[186] eine mitunter hohe analytische Aufmerksamkeit zuteil wird.

Beginnen wir unsere Darstellung der jeweils sehr spezifischen Zugänge zum Begriff der Zufriedenheit in den drei recht heterogenen Werken der angeführten Denkergrößen mit den Ausführungen des Phänomenologen Hermann SCHMITZ, so erhaschen wir insbesondere in dem dritten Teilband (*'Der Gefühlsraum'*) des von SCHMITZ im Rahmen seiner *Neuen Phänomenologie* auf insgesamt fünf Bände angelegten »*System der Philosophie*« eine äußerst einprägsame und erkenntnisreiche Schilderung des Zufriedenheitsgefühls, welches er in diametraler Abkehr zum leeren Gefühl der Verzweifelung als das restlos erfüllende Gefühl kennzeichnet.[187] Bevor wir jedoch im Folgenden den Versuch starten werden, die SCHMITZSCHEN Ausführungen zum Phänomen der Zufriedenheit in komprimierter Form wiederzugeben, möchte der Autor vorab grundsätzlich darauf hinweisen, dass wir mit dem obig genannten Schriftstück von Hermann SCHMITZ erstmalig im Rahmen unseres Untersuchungsgangs einen Text in den Händen halten, der seinen inhaltlichen Schwerpunkt – im Gegensatz zu den meisten der in den vorausgehenden Kapiteln besprochenen Schriften – weder auf den Entstehungsprozess der Zufriedenheit noch auf die zur Erreichung dieses begehrten Gefühlszustandes notwendigen Techniken legt, sondern einzig und allein die Frage nach dem subjektiven Erlebnismoment innerhalb der Zufriedenheitsbeseeltheit zum Ausgangspunkt seiner Betrachtungen macht. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass SCHMITZ in seinem Text vorrangig der Frage nachspürt, wie der vom emotionalen Zustand der Zu-

[180] siehe dazu exemplarisch FINK-EITEL 1978
[181] vgl. FOUCAULT 1989b
[182] vgl. SCHMID 1991, 1995, 1998 sowie 2000a&b
[183] vgl. FELLMANN 2009: 14
[184] vgl. SCHMITZ 1969
[185] vgl. FRANKFURT 2005, 2007b sowie 2008a&b
[186] vgl. SPAEMANN 1974, 1978, 1985 und 2008
[187] vgl. SCHMITZ 1969: 244

friedenheit durchpulste Mensch sein inneres und äußeres In-der-Welt-Sein empfindet. Wenden wir uns nach diesen einführenden Worten nunmehr dem konkreten Aussagengehalt der SCHMITZSCHEN Ausführungen zu, so zeigt sich, dass SCHMITZ im Rahmen seines Textes – ausgehend von einer phänomenologischen Ausdeutung zweier längerer Zitate aus den Werken ROUSSEAUS[188] und AMIELS[189] sowie einer minutiösen Zergliederung der im religiösen Moment der Andacht hervorstechenden Gefühlsempfindungen[190] – zu der Einsicht gelangte, dass sich die Anatomie des Zufriedenheitsgefühls maßgeblich aus folgenden Strukturelementen zusammensetzt:

- Das Gefühl der Zufriedenheit ist laut SCHMITZ das *erfüllte* Gefühl *par excellence*, welches sich insbesondere durch seine *ungerichtete*, nicht objektzentrierte Struktur von anderen erfüllungsnahen Gefühlszuständen wie z.B. der Freude abgrenzt.[191]

- Das sich im Rahmen der Zufriedenheitsbeseeltheit einstellende Erlebnismoment der *Erfülltheit* wird von SCHMITZ in Anlehnung an ROUSSEAU als „(…) eine allumfassende Erfülltheit" beschrieben, die „(…) keine leere Stelle offen [lässt, T.K.], in die hinein irgend etwas als zusätzliche Erfüllung ersehnt werden könnte".[192]

- Im Unterschied zu artverwandten Wohlfühlemotionen (Lust, Glück) erstreckt sich der emotionale Zustand der Zufriedenheit SCHMITZ zufolge über ein längeres Zeitfenster.

- Neben den obig notierten Strukturmerkmalen der *Erfülltheit*, der *Ungerichtetheit* sowie der *Dauer* weist die Zufriedenheit getreu SCHMITZ zudem eine „(…) Bewegtheit im Grunde bei großer Ruhe (…)"[193] auf. Befreien wir den voranstehend zitierten Passus von seinem enigmatischen Schlicken, so erkennen wir, dass Hermann SCHMITZ in Analogie zu Michael WAGNER davon ausgeht, dass sich das Gefühl der Zufriedenheit nicht zur Gänze in einem Zustand absoluter Entspannung und Ruhe auflöst, sondern dass die Zufriedenheit vielmehr von einem – wenngleich auch schwach ausgeprägtem – Moment der Bewegung *bzw.* des Bewegtwerdens begleitet wird.

- Das letztes der insgesamt fünf zentralen Strukturelemente des Zufriedenheitsgefühls besteht SCHMITZ zufolge in einer *Dehnung des Innen- und Außenraums*.[194] Konkret formuliert bedeutet dies, dass der vom Gefühl der Zufriedenheit durchtönte Mensch laut SCHMITZ nicht nur einen geweiteten Zugang zu seinem Selbst (Innenraum) hat, sondern darüber hinaus auch einen größeren Ausschnitt der äußeren Umwelt (Außenraum) wahrnimmt.

Versuchen wir nun abschließend – bevor in den nachfolgenden Zeilen das Zufriedenheitskonzept des Gegenwartsphilosophen Harry G. FRANKFURT genauer unter die Lupe genommen werden soll – die von SCHMITZ zu Tage geförderten Strukturmerkmale des Zufriedenheitsgefühls summarisch zusammenzufassen, so kann an dieser Stelle *grosso modo* festgehalten werden, dass das Zufriedenheitsgefühl laut SCHMITZ maßgeblich durch die Eigenschaften der Erfülltheit, der Ungerichtetheit, der Dauer, der akti-

---

[188] „Aber wenn es einen Zustand gibt, worin die Seele eine genügend feste Lage findet, um sich darin ganz auszuruhen und ihr ganzes Sein darin zu sammeln, ohne Bedürfnis, die Vergangenheit zurückzurufen oder in die Gegenwart einzugreifen; wo die Zeit nichts für sie ist, wo die Gegenwart immer dauert, ohne doch ihre Dauer hervorzuheben und ohne Spur von Reihenfolge, ohne anderes Gefühl von Mangel oder Genuß, Freud' oder Leid, Begierde oder Furcht als bloß das unseres Daseins, so daß dieses Gefühl dieses ganz allein ausfüllen kann – solange dieser Zustand dauert, kann sich, wer sich darin befindet, glücklich nennen, nicht durch ein unvollkommenes, armes und abhängiges Glück wie das, welches man in den Freuden des Lebens findet, sondern durch ein zureichendes, vollständiges und volles Glück, das in der Seele nichts Leeres läßt, das zu füllen sie ein Bedürfnis fühlt. (…) Das Gefühl des Daseins, entblößt von jedem anderen Affekt, ist an sich selbst ein kostbares Gefühl von Zufriedenheit und Frieden (…)" [ROUSSEAU 2003: 92-93; zitiert nach SCHMITZ 1969: 247].

[189] „Ich liebe diese Tage, wo man wieder Zwiesprache mit sich hält, und wo man in sein inneres Leben eintritt (…). Man dreht dann sein Pelzfutter nach innen, und die Seeleverwöhnt sich in ihrer Intimität. Man ist nichts als Denken, aber man fühlt sich sein (être), bis zum Zentrum. Die Empfindungen selbst verwandeln sich in Träumereien. Das ist ein fremdartiger Seelenzustand; er ähnelt den Pausen im Kult, die nicht von Andacht leeren Augenblicken sind, sondern die vollen Augenblicke, und die es sind, weil die Seele dann – statt polarisiert, zerstreut und auf einen besonderen Eindruck festgelegt zu sein – in ihrer Ganzheit ist und davon das Bewusstsein hat. Sie schmeckt ihre eigene Substanz. Sie ist nicht abgetönt, gefärbt, in Schwingung versetzt, affiziert, sie ist im Gleichgewicht. Dann kann sie sich öffnen und sich geben, betrachten und anbeten. Dann ahnt sie das Unwandelbare und Ewige, das alle Momente der Zeit einhüllt" [AMIEL, zitiert nach SCHMITZ 1969: 247].

[190] vgl. ebenda: 249-251

[191] vgl. ebenda: 247

[192] vgl. ebenda: 245

[193] ebenda: 250

[194] ebenda: 251

ven Ruhe (leichte Bewegungsgeneigtheit) sowie der Ausdehnung des Innen- und Außenraums charakterisiert ist.

Wenn wir uns im Folgenden – wie bereits obig angekündigt – dem Stellenwert und der Bedeutung des Zufriedenheitsbegriffs innerhalb des philosophischen Werkes von Harry G. FRANKFURT widmen werden, so sei der Leser der hiesigen Arbeit vorab darauf aufmerksam gemacht, dass der stellenweise äußerst voraussetzungsvolle und mitunter kryptisch anmutende Diskurs der Willensfreiheit, in dessen Kontext FRANKFURTER sein Zufriedenheitskonzept entwickelte, nachstehend nur skizzenhaft wiedergegeben werden kann, da eine detaillierte Besprechung des Willensfreiheitsmodells von FRANKFURTER nicht nur formal, sondern auch inhaltlich weit über das Ziel der vorliegenden Arbeit hinausschießen würde. Konkret formuliert bedeutet dies, dass das von FRANKFURT konzipierte Willensfreiheitsmodell im weiteren Kapitelverlauf nur insoweit paraphrasiert wird, als es zu einem angemessenen Verständnis des Zufriedenheitskonzepts notwendig erscheint. Da FRANKFURT mit der Verabschiedung seines Zufriedenheitskonzepts vorrangig darauf bedacht war, sein bereits einige Jahre zuvor entwickeltes Willensfreiheitsmodell gegen kritische Einwände (*Regress-Problem*) zu immunisieren[195], werden wir nachstehend zuerst einmal das ursprüngliche Willensfreiheitsmodell samt der sich an ihm entzündenden Kritikpunkte in knappen Worten darstellen. In seinem international viel beachteten Aufsatz »*Willensfreiheit und der Begriff der Person*«[196] definiert FRANKFURT auf der Grundlage eines hierarchischen Wunschmodells die menschliche Willensfreiheit als die Fähigkeit einer Person den Willen zu haben, von dem sie sich wünscht, dass sie ihn hat.[197] Betrachten wir nun zum Zwecke eines tieferen Verständnisses der angeführten Willensfreiheitsdefinition die konkrete Architektur des von FRANKFURT konzipierten hierarchischen Wunschmodells, so zeigt sich, dass die Räumlichkeiten der ersten Etage dieses insgesamt zwei Stockwerke umfassenden Modells, von zwei unterschiedlichen Mietern, in Worten den *'Wünschen erster Ordnung*' sowie dem '*Willen*', bewohnt werden. Während sich die *'Wünsche erster Ordnung*' in einem rein optionalen Sinne auf Handlungen beziehen (z.B. ich wünsche mir mit dem Rauchen aufzuhören), hebt der '*Wille*' auf die konkrete Handlungswirksamkeit eines Wunsches ab. Erkunden wir nun die zweite Etage des hierarchischen Wunschmodells, so finden sich hier ebenfalls zwei voneinander separierte Wohnräume, in denen zum einen die *'Wünschen zweiter Ordnung*' und zum anderen die so genannten *'Volitionen zweiter Ordnung*' residieren. In den *'Wünschen zweiter Ordnung*' manifestiert sich laut FRANKFURT die besondere Befähigung des Menschen zur Ausbildung von Wünschen die darauf abzielen bestimmte Wünsche erster Ordnung zu haben *resp.* nicht mehr zu haben (z.B. wünsche ich mir, dass mein Wunsch zu rauchen sich in Wohlgefallen auflöse). Neben diesen *'Wünschen zweiter Ordnung*' logieren im zweiten Stockwerk des hierarchischen Wunschmodells nun aber auch noch – wie bereits angemerkt – die *'Volitionen zweiter Ordnung*', in deren Ausbildung FRANKFURT die entscheidende Voraussetzung der Willensfreiheit erspäht.[198] Unter dem opaken Terminus der *'Volitionen zweiter Ordnung*' subsumiert FRANKFURT nun den Sachverhalt, dass eine Person sich wünscht, dass ein bestimmter Wunsch erster Ordnung handlungswirksam wird *bzw.* ihr Wille sei. Ausgehend von diesem Wunschmodell bestimmt FRANKFURTER die Willensfreiheit als Kongruenz zwischen dem *Willen* und den *'Volitionen zweiter Ordnung'*. „Jemand macht also dann von seiner Willensfreiheit Gebrauch" – so FRANKFURT – „wenn er sicherstellt, dass sein

[195] vgl. FRANKFURT 2008a: 8ff. sowie BETZLER 2001; BETZLER & GUCKES 2000; QUANTE 2000 und MERKER 2000
[196] vgl. FRANKFURT 2008b
[197] vgl. FRANKFURT 2008a: 7 sowie FRANKFURT 2008b: 8, 11
[198] vgl. FRANKFURT 2008b: 5

Wille und seine Volitionen zweiter Stufe übereinstimmen“[199]. Es kann an dieser Stelle also schon einmal festgehalten werden, dass einer Person nach der Theorie des Philosophen Harry G. FRANKFURT Willensfreiheit zu attestieren ist, wenn sie die Fähigkeit besitzt, dafür zu sorgen, dass auf der ersten Stufe diejenigen Wünsche handlungswirksam werden, von denen sie auf der Ebene der *'Volitionen zweiter Ordnung'* möchte, dass sie handlungswirksam werden. Die weiteren von FRANKFURT – unter anderem am Beispiel der Willenstruktur eines willigen Suchtmittelabhängigen[200] – aufgezeigten Bedingungen der Willensfreiheit beiseite lassend, werden wir uns im Folgenden gänzlich darauf konzentrieren, den unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten zentralen Einwand, der von Seiten der Kritiker gegen das hierarchische Wunschmodell erhoben wird, darzustellen. Eine bedeutende Schwachstelle innerhalb des hierarchische Wunschmodells, welche FRANKFURT in seinen späteren Veröffentlichungen durch die Konzepte des ungeteilten Willens *bzw.* Herzens (*wholeheartedness*) sowie der (Selbst-) Zufriedenheit (*self-satisfaction*) geschient wissen wollte, erblickten die Kritiker in der Problematik eines *infiniten Regresses*, der sich in dem Umstand manifestiert, dass nicht nur die Wünsche erster Ordnung, um als autonom gelten zu können, durch eine Volition zweiter Ordnung gestützt werden müssen, sondern darüber hinaus müsste an und für sich auch der Wunsch zweiter Ordnung durch einen Wunsch dritter Ordnung abgesichert werden, der wiederum durch einen Wunsch vierter Ordnung usw. *ad infinitum*. Diesem Einwand zufolge kann Willensfreiheit *realiter* nicht verwirklicht werden, da der Wille einer Person nur dann als frei zu bezeichnen wäre, wenn der handlungswirksame Wunsch erster Ordnung durch eine unendliche Kette höherstufiger Wünsche gestützt würde. Vermittels seiner neu konstruierten Konzepte der *Identifikation mit ganzem Herzen* (*wholeheartedness*) sowie der (Selbst-) *Zufriedenheit* versucht FRANKFURT nun sein hierarchisches Wunschmodell gegen die im Rahmen des *Regress-Problems* zum Ausdruck kommende Kritik zu immunisieren. Pointiert gesagt ist FRANKFURT daran gelegen, mitsamt der voranstehend beim Namen genannten Konzepte den Nachweis zu erbringen, dass sich die Wunschbildungskette nicht notwendigerweise bis ins Unendliche erstrecken muss, sondern dass es vielmehr durchaus plausible Gründe dafür gibt, dass der Wunschbegründungsprozess bereits auf der Ebene der Volitionen zweiter Stufe abgebrochen werden kann. Letzteres ist laut FRANKFURT dann der Fall, wenn eine Person sich aus Ganzem Herzen mit ihrem volitionalen Komplex identifiziert (*wholeheartedness*), d.h. wenn auf der Ebene der Wünsche und Volitionen zweiter Ordnung keine Konflikte bestehen und sich die Person folglich entschlossen mit der von ihr ausgebildeten Volition zweiter Ordnung identifiziert, so erübrigt sich FRANKFURT zufolge jegliche Frage nach einer höheren Wunschordnung: „Es hängt nicht viel davon ab“ – so FRANKFURT – „ob wir diesen Sachverhalt nun dadurch erklären, dass wir sagen, der Entschluss [*bzw.* die *Identifikation mit ganzem Herzen,* T.K.] erzeuge implizit eine endlose Reihe einstimmiger Wünsche höherer Stufe, oder dass wir sagen, der Entschluss [*bzw.* die *Identifikation mit ganzem Herzen,* T.K.] löse alle Fragen höherer Stufe dadurch auf, dass er ihnen den Ansatzpunkt entzieht“[201]. Zur weiteren Untermauerung seines Arguments, dass die Vorherrschaft eines *ungeteilten Herzens*[202] (*wholeheartedness*) dem obig beschriebenen Regress-Problem den Nährboden entzieht, führt FRANKFURT nun sein Konzept der Zufriedenheit ein. Das Konzept der Zufriedenheit baut nun insofern unmittelbar auf dem

[199] ebenda: 8
[200] vgl. ebenda: 12
[201] ebenda: 9
[202] „Das reine [ungeteilte, T.K.] Herz ist“ – so FRANKFURT“ – das Herz von jemand, der volitional einheitlich und dem entsprechend ganz intakt ist. Reinheit liegt (…) in Entschlossenheit. In dem Maße, in dem eine Person entschlossen ist, ist ihr kein Teil ihres Willens fremd oder widerstrebend. Sie wird nicht passiv überwältigt oder durch Elemente dieses Willens gezwungen. Ihr Herz ist rein in dem Sinne, dass ihr Wille ganz und gar ihr eigener ist“ [FRANKFURT 2005: 104].

Konzept des *ungeteilten Herzens* auf, als dass die Gefühlslage der Selbstzufriedenheit ihren Quellgrund laut FRANKFURT in der dem Phänomen des *ungeteilten Herzens* zugrunde liegenden volitionalen Kohärenz hat. Mit anderen Worten kann man sagen, dass FRANKFURT die Selbstzufriedenheit als ein emotionales Epiphänomen des ungeteilten Herzens begreift. Dass heißt, dass der Seelenraum einer Person ausnahmslos dann mit dem Gefühl der Selbstzufriedenheit aufgefüllt wird, wenn sich die betroffene Person entschlossen mit ihren Volitionen zweiter Ordnung identifiziert. Nachdem wir nun den Entstehungsprozess der Selbstzufriedenheit innerhalb des Modells von FRANKFURT hinreichend beleuchtet haben, soll nachstehend die Frage beantwortet werden, welche emotionalen Erlebnisqualitäten unumstößlich mit dem Gefühl der Selbstzufriedenheit einhergehen. Durchmustern wir nun zur Beantwortung dieser Frage die jüngsten Texte FRANKFURTERS, so gelangen wird zu der Einsicht, dass der emotionale Zustand der Selbstzufriedenheit – den FRANKFURT übrigens in seinem Konzept von sämtlichen Negativkonnotationen bereinigt wissen will[203] – laut FRANKFURT wesentlich einhergeht mit der Abwesenheit von Unruhe und Widerstand, sowie dem gänzlichen fehlen jeglichen Interesses an einer Modifikation der eigenen Willenstruktur. „Zufriedenheit ist" – so FRANKFURT – „ein Zustand des gesamten psychischen Systems – ein Zustand, den einfach nur das Fehlen jeglicher Tendenz oder Neigung auszeichnet, seine Situation zu verändern"[204]. Überlassen wir nun die Beantwort der in diesem Zusammenhang aufkeimende Fragestellung, nämlich inwieweit die von FRANKFURT angefertigten Konzepte des ungeteilten Herzens (*wholeheartedness*) sowie der Selbstzufriedenheit dazu befähigt sind, die im Regress-Problem aufscheinenden Kritikpunkte an seinem hierarchischen Modell der Willensfreiheit *in toto* zu entkräften, ruhigen Gewissens den Fachphilosophen[205] und versuchen wir stattdessen zum Abschluss unserer Ausführungen über den Stellenwert des Zufriedenheitsbegriffs innerhalb der Theorie der Willensfreiheit von Harry G. FRANKFURT noch einmal in bündiger Form herauszuarbeiten, welche zufriedenheitstheoretischen Aussagen FRANKFURTS aufgrund ihres reaktionären Impetus getrost dem Reißwolf überantwortet werden können und welche wiederum ob ihres avantgardistischen Potenzials unzweifelhaft in den Diskurs der allgemeinen Zufriedenheitsforschung einbezogen werden sollten, so ergibt sich das folgende Bild: Obzwar das von Harry G. FRANKFURT ins Leben gerufene Zufriedenheitsmodell in keinerlei Weise dazu beitragen kann, unsere zu Kapitelanfang formulierten Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit hinreichend zu beantworten, da einerseits sein Entstehungsmodell der Zufriedenheit nicht wesentlich über das bereits von WAGNER konzipierte Modell hinausragt[206] und andererseits seine Ausführungen zum Wesen der Zufriedenheit aufgrund ihrer ausschließlichen Bezugnahme auf negative Begriffsgrößen (keine Ruhelosigkeit, kein Widerstand, kein Interesse an Veränderungen)[207] einer *lege artis* durchgeführten Definition des Zufriedenheitsgefühls zu-

---

[203] „(…) Selbstzufriedenheit besteht nicht aus wohliger Arroganz; sie besteht auch nicht aus dem Gefühl, etwas Wertvolles geleistet zu haben oder erfolgreich seinen Ambitionen nachgegangen zu sein. Es handelt sich bei ihr vielmehr um einen Zustand, indem wir unsere eigene volitionale Identität willentlich akzeptieren und unterstützen" [ebenda: 105].

[204] FRANKFURT 2008a: 10

[205] siehe dazu insbesondere des Aufsatz von QUANTE 2000

[206] siehe dazu die Anmerkungen in der Fußnote 171 des hiesigen Kapitels

[207] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich Immanuel KANTS in seiner »*Kritik der praktischen Vernunft*« zur Beschreibung der Selbstzufriedenheit ebenfalls eines ausnahmslos negativen Begriffsinventars befleißigt: „Hat man aber nicht ein Wort, welches nicht einen Genuß, wie das der Glückseligkeit bezeichnet, aber ein Wohlgefallen an seiner Existenz, ein Analogon der Glückseligkeit, welches das Bewusstsein der Tugend notwendig begleiten muß, anzeigte? Ja! Dieses Wort ist S e l b s t z u f r i e d e n h e i t, welches in seiner eigentlichen Bedeutung jederzeit nur ein negatives Wohlgefallen an seiner Existenz andeutet, in welchem man nichts zu bedürfen sich bewusst ist. Freiheit und das Bewusstsein derselben, als eines Vermögens, mit überwiegender Gesinnung das moralische Gesetz zu befolgen, ist U n a b h ä n g i g k e i t v o n N e i g u n g e n, wenigstens als bestimmenden (wenn gleich nicht als a f f i z i e r e n d e n) Bewegungsursachen unseres Begehrens, und, so fern, als ich mir derselben in der Befolgung meiner moralischen Maximen bewusst bin, der einzigen Quell einer notwendig damit verbundenen, auf keinem besonderen Gefühl beruhenden, unveränderlichen Zufriedenheit, und diese kann intellektuell heißen. Die ästhetische (die uneigentlich so genannt wird), welche auf der Befriedigung der Neigungen, so fein sie auch immer ausgeklügelt werden mögen, beruht, kann niemals mit dem, was man sich darüber denkt, adäquat sein. Denn die Neigungen wechseln, wachsen mit der Begünstigung, die man ihnen widerfahren lässt, und lassen immer ein noch größeres Leeres übrig, als man auszufüllen gedacht hat. (…) Hieraus lässt sich verstehen: wie das Bewusstsein dieses Vermögens einer reinen praktischen Vernunft

tiefst widersprechen[208], kann den zufriedenheitstheoretischen Bemühungen FRANKFURTERS nichtsdestotrotz zugute gehalten werden, dass sie auf der einen Seite den in der Philosophiegeschichte lange Zeit verschmähten Terminus der Zufriedenheit insofern eine philosophische Adelung zuteilt werden lassen, als dass sie ihn in FRANKFURTERS hierarchischen Wunschmodell in den Rang eines entscheidenden Argumentes zur Begründung der menschlichen Willensfreiheit hieven sowie dass sie auf der anderen Seite der allgemeinen Zufriedenheitsforschung in der Gestalt der Bedingungen von Selbstzufriedenheit *resp.* Selbstunzufriedenheit ein ausgeklügeltes Instrumentarium an die Hand geben, mit welchem diese sich gegen die unverblümten Mahnworte so mancher Theologen[209] und Journalisten[210] zu wehr setzen kann, welche die ach so selbstunzufriedenen Menschen unserer Gesellschaft dazu anhalten sich doch einmal ein Beispiel an den ihrer Meinung nach vor Selbstzufriedenheit geradezu strotzenden Zeitgenossen aus der Tierwelt zu nehmen. Gegen derartige Mahnrufe kann der versierte Zufriedenheitsforscher nun auf der Grundlage des Zufriedenheitskonzepts Harry G. FRANKFURTS ins Felde führen, dass Tieren weder die Ausbildung von Selbstzufriedenheit noch von Selbstunzufriedenheit vergönnt ist, da die Entfaltung dieser beiden Gemütszustände an eine genuin menschliche Fähigkeit, in Worten die reflexive Bezugnahme auf die eigenen Wünsche und die eigene Willensstruktur, geknüpft ist. Unter Bezugnahme auf die Kernkategorie der philosophischen Anthropologie Helmuth PLESSNERS können wir somit abschließend festhalten, dass die *conditio sine qua none* des Selbst(un-)zufriedenheitsgefühls in der so genannten „*exzentrischen Positionalität*", dies meint die Fähigkeit zur reflexiven Distanznahme zum eigenen Erleben[211], wurzelt.

Wenden wir uns zum Abschluss unserer Erkundungen hinsichtlich des zeitgenössischen Umgangs der Philosophie mit dem Terminus der Zufriedenheit im Folgenden den Ausführungen des Philosophen Robert SPAEMANNS zu, so gelangt man bereits nach einer ersten oberflächlichen Inaugenscheinnahme der SPAEMANNSCHEN Schriften[212] zu der aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive unerquicklichen Einsicht, dass SPAEMANN mitsamt seiner allzu harschen Kritik am stoischen und epikureischen Zufriedenheitskonzept die allgemein positive Aufwertung des Zufriedenheitsbegriffs durch die philosophische Willensfreiheitslehre Harry G. FRANKFURTER gänzlich zunichte macht. Um im weiteren Textverlauf nun die zentralen Einwände SPAEMANNS gegen die stoische und epikureische Zufriedenheitslehre einerseits verständlich darstellen sowie andererseits auf ihre Angemessenheit hin überprüfen zu können, wird das Zufriedenheitskonzept dieser antiken lebensphilosophischen Schulen – welches im Rahmen der vorliegenden Arbeit bereits an mehreren Stellen durch die Bezugnahme auf die Metapher

---

durch Tat (Tugend) ein bewusstsein der Obermacht über seine Neigungen, hiermit also der Unabhängigkeit von denselben, folglich auch der Unzufriedenheit, die diese immer begleitet, und also ein negatives Wohlgefallen mit seinem Zustande, d. i. Zufriedenheit, hervorbringen könne, welche in ihrer Quelle Zufriedenheit mit der eigenen Person ist. Die Freiheit selbst wird auf solche Weise (nämlich indirekt) eines Genusses fähig, welcher nicht Glückseligkeit heißen kann, weil er nicht vom positiven Beitritt eines Gefühls abhängt, auch genau zu reden nicht Seligkeit, weil er nicht gänzliche Unabhängigkeit von Neigungen und Bedürfnissen enthält, der aber doch der letzteren ähnlich ist, so fern nämlich wenigstens seine Willenbestimmung sich von ihrem Einfluss frei halten kann, und also, wenigstens seinem Ursprunge nach, der Selbstgenügsamkeit analogisch ist, die man nur dem höchsten Wesen beilegen kann" [KANT 1998: 188-190 (A211-A215)]

[208] vgl. COPI & ROWE 1983: 70

[209] So findet sich beispielsweise im lutherschen Sittenbuch der folgende Mahnruf: „Ei schäme dich, dass du dich von den unvernünftigen Tieren übertreffen lässt. Siehe die Vögel an, wie zufrieden und fröhlich sie sind. Frühe stehen sie munter auf, setzen sich auf einen Zweig, und singen dem Herrn ein Liedlein vor, das sie gelernt haben, und wünschen nichts mehr zu sein, als dazu sie der Herr gemacht hat. Und wenn sie hungern, so fliegen sie dahin und suchen ein Körnlein. Da hat ihnen Gott irgend eines hingelegt, darauf sie nie gedachten, da sie sangen. Das ist uns zu mächtiger großer Schande gesagt, dass wir nicht können so sein, wie die Vögel. Es sollte sich ein Christ schämen vor einem Vögelein, welches die Kunst kann zufrieden sein, und ohne Predigt und Vermahnung sich genügen lässt. Wenn du im Frühlinge, da die Vögelein am hübschesten singen, zu einem sprächest: wie singest du so fröhlich, hast du doch noch kein Getraide in den Scheunen. Es würde dich verspotten, der du willst ein Christ und Gottes Kind sein, sein Wort und Verheißung so reichlich hörest, und doch nicht mit fröhlichem Muthe leben willst. Es ist ein gewaltig Exempel, das I. braucht: seid ihr denn nicht viel mehr als die Vögel? sollte uns wahrlich reizen zufrieden zu sein. Pfui der hässlichen und schändlichen Unzufriedenheit. Die Vöglein thun, was sie sollen, wir aber nicht, so dass sie unsere Schulmeister und Lehrer werden und wir wohl mögen vor ihnen den Hut abziehen, und als unsere Meister ehren" [LUTHER 1794]

[210] vgl. BALOG 2008: 1

[211] vgl. PLESSNER 1975

[212] vgl. SPAEMANN 1974, 1978, 1985 und 2008

der Meeresstille (Ataraxie)[213] gestreift wurde – in den nachfolgenden Zeilen noch einmal kurz skizziert werden. Wenngleich das Verhältnis zwischen den Stoikern und den Epikureern aus Philosophiegeschichtlicher Warte zumeist als äußerst spannungsgeladen beschrieben wird[214], sprechen trotz aller theoretischen Differenzen zumindest ihre jeweiligen Zufriedenheitslehren insofern die selbe Sprache, als dass sie beiderseits auf dem Ideal der Autarkie gründen. Anders gesagt, kann der emotionale Zustand der Zufriedenheit *resp.* der Seelenruhe laut den Aussagen dieser beiden antiken lebensphilosophischen Schulen nur dadurch erreicht werden, dass sich die Vernunft über die Leidenschaften, Affekte, Triebe, Begierden, Neigungen etc. erhebt und diese »Wirbelstürme der Seele« kraft unterschiedlichster *Techniken* (z.B. Auflösung falscher Vorstellungen, Einsicht, Reduktion der Erwartungshaltungen, Einübung in Bedürfnislosigkeit) bzw. *innerer Haltungen* (Bescheidenheit, Selbstgenügsamkeit, Apathie, Gleichgültigkeit) zum verstummen bringt. Demnach erblickten also sowohl die Epikureer als auch die Stoiker im Autarkieideal, dies meint die Erhabenheit der Vernunft über die endogenen Triebe sowie die exogenen Güter und Schicksalsschläge, diejenige Fähigkeit, die der Mensch zum Zwecke einer permanenten Zufriedenheitsbeseeltheit (Meeresstille) auszubilden hat. Nachdem voranstehend die zentrale Essenz der stoische und epikureische Zufriedenheitslehre in knappen Worten dargestellt wurde, sollen nun nachfolgend die zentralen Kritikpunkte SPAEMANNS an dieser Zufriedenheitskonzeption näher wiedergegeben und kritisch hinterfragt werden. *Erstens* versucht SPAEMANN vermittels seiner nachvollziehbaren These von der Antinomie zwischen Autarkie und Erfüllung *bzw.* zwischen Zufriedenheit und Glückseligkeit den Nachweis zu erbringen, dass der Gefühlszustand der Zufriedenheit dezidiert von der Gefühlslage der Glückseligkeit zu unterscheiden ist, da es sowohl den Epikureern als auch den Stoikern „(…) nicht um Erfüllung, sondern um Zufriedenheit auch ohne Erfüllung“[215] ging. Fußt dieser erste von SPAEMANN gegen die antike Zufriedenheitslehre erhobene Einwand – der insofern begrüßenswert ist, als dass die seelischen Befindlichkeiten der Zufriedenheit, des Glücks, der Glückseligkeit usw. vom überwiegenden Teil der philosophischen Kollegen SPAEMANNS zumeist in einem Atemzug verwandt werden – noch auf einem konsistenten Argumentationsschema, so gebiert sich der *zweite* Kritikpunkt SPAEMANNS an der antiken Zufriedenheitslehre, mit welchem er dem Zufriedenheitskonzept scheinbar eine kannensische Niederlage zuführen möchte, nicht nur auf der Grundlage der epikureerischen und insbesondere stoischen Schriften, sondern darüber hinaus auch vor dem Hintergrund neuerer empirischer Studien zum Einfluss der Stimmung auf prosoziales Handeln (siehe dazu Kapitel 2.6.6), als gänzlich unbegründete Stimmungsmacherei. Bevor nun allerdings im Folgenden die einzelnen Schwachstellen des zweiten von SPAEMANN gegen die antike Zufriedenheitslehre erhobenen Einspruchs minutiös freigelegt werden können, bedarf es vorab einer knappen Schraffur jener argumentativen Schlagkraft, mit welcher SPAEMANN die letzten Nägel in den Sarg der Zufriedenheit treiben möchte. Verweilen wir noch einen Augenblick in diesem morbiden Gleich-

[213] Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Autor der hiesigen Arbeit die von Malte HOSSENFELD (vgl. HOSSENFELD 1998: 179-180) minutiös herausgearbeiteten feinen Unterschiede zwischen den nautischen Zufriedenheitsmetaphern der Pyrrhoneer und Epikureer (*Meeresstille*) einerseits sowie den Stoikern (*Wohlfluss des Lebens*) andererseits sowohl aufgrund ihrer grundsätzlichen inhaltlichen Äquivalenz als auch zugunsten der Textstraffung bewusst übergangen hat. „(…) Pyrrhon und Epikur [umschrieben, T.K.] den Zustand der Glückseligkeit mit „Ataraxie“, „Erregungsfreiheit“. Die Stoiker gebrauchten den Ausdruck „Apathie“, der „Affektfreiheit“ bedeutet. Gemeint ist jedes Mal“ – so HOSSENFELD – „dasselbe, nämlich das Freisein von jeglicher Erregung, die Ruhe und Ausgeglichenheit des Gemüts, der vollkommene innere Friede. Veranschaulicht wurden die Seelenzustände mit Hilfe der Zustände des Wassers. Der Zustand der Erregung und des Unglücks wurde verglichen mit dem sturmgepeitschten Meere, während die Ataraxie der Pyrrhoneer und Epikureer der heiteren Meeresstille gleichgesetzt wurde. Die Stoiker definieren die Eudämonie als „Wohlfluss des Lebens“, und diese Metapher scheint raffinierter. Denn wenn man sich fragt, wann ein Fluss „wohl fließt“, dann dürfte die Antwort lauten, dass es dann der Fall ist, wenn er ungehindert seinen Lauf nimmt, so dass sich keine Strudel oder Wellen bilden. Das *Tertium comparationis* wäre also auch hier die glatte und sanfte Oberfläche, zugleich wird aber durch die stoische Metapher verdeutlicht, wann dieser Zustand gegeben ist, nämlich dann, wenn sich dem Leben keine Hindernisse in den Weg legen, d.h. wenn man alle seine Zwecke stets erreicht“ [HOSSENFELDER 1998: 179-180. Siehe ferner Ders. 1992: 22-23].

[214] So spricht Wilhelm WEISCHEDEL beispielsweise von einem antiopdischen Verhältnis zwischen Stoikern und Epikureern und Johannes HIRSCHBERGER meint in den Epikureern gar die Erbfeinde der Stoiker ausgemacht zu haben (vgl. HIRSCHBERGER 2000a: 275 sowie WEISCHEDEL 1999: 60).

[215] SPAEMANN 1978: 15

nis, so kann an dieser Stelle schon einmal prospektiv angemerkt werden, dass sich die in den philosophischen Hammerschlägen SPAEMANNS – wie nachstehend zu zeigen sein wird – konzentrierende Kraft, voranging aus der vermeintlich moralisch heroischen Motivationsquelle speist, mitsamt des daniederliegenden Gefühls der Zufriedenheit ein zutiefst unethisches Lebensideal endgültig zustrecke gebracht zu haben. Lassen wir jedoch nach diesen einführenden Worten nun den Philosophen Robert SPAEMANN einmal selbst zu Worte kommen:

> „Zufriedenheit ist das sich Einschließen der Subjektivität in sich selbst. Nun ist diese Unerschütterlichkeit nicht vereinbar mit der Erschütterung der Liebe. Der Liebende möchte mit dem ohne Liebenden nicht tauschen, so wenig wie jener mit diesem. (…) Dem Zufriedenen fehlt, solange er zufrieden ist, nichts. Solange es ihm gelingt, sich in den Innenraum seiner Autarkie vollständig einzuschließen, alles was ihm und anderen widerfährt als adiaphoron auszugrenzen und die Erfüllung seines Lebens nicht zu vergleichen mit anderen, so lange bleiben alle Einwände nur Einwände von außen; sie treffen ihn nicht. (…) Vor allem muss sich der Zufriedene, wie gesagt, sichern gegen den Einbruch der Wirklichkeit des Anderen, gegen die Erschütterung durch Liebe und Mitleid, aber auch gegen die Erschütterung durch große Kunst. Zufriedenheit als Ersatz von Glück lebt davon, dass das Andere und der Andere ihr nicht wirklich geworden ist. Wo dies nämlich geschieht, kann man nicht zur Zufriedenheit zurück. Man kann es nicht einmal wollen. Glück als Erfüllung reißt das Subjekt auf einen unendlichen Weg, der unter Bedingungen der Endlichkeit untrennbar ist vom Schmerz des Ungenügens.“[216]

Versuchen wir nun anhand dieser aus dem Aufsatz »*Die Zweideutigkeit des Glücks*« zitierten Passage die basalen Kritikpunkte SPAEMANNS an der antiken Zufriedenheitsvorstellung herauszupräparieren, so zeigt sich, dass SPAEMANN mit seinen Ausführungen allen voran die seiner Meinung nach bestehende moralische Gleichgültigkeit des gemäß der antiken Zufriedenheitslehre lebenden Mensch attackiert. Entsprechend stellt sich SPAEMANN den von stoischer Zufriedenheit durchwalteten Menschen als ein solipsistisches Ich vor, welches sich eremitenartig in sein dickwandiges, monadisches Gehäuse zurückzieht, in dessen inneren das christliche Feuer der Liebe gänzlich erlöschen und durch die adornitische Kälte[217] ersetz wurde.[218] Präzisiert formuliert kann man folglich sagen, dass der Haupteinwand SPAEMANNS gegen die antike Zufriedenheitslehre in dem Vorwurf Gestalt annimmt, dass die Zufriedenheit seiner Ansicht nach durch einen ungleich höheren Preis, nämlich die ethische Gleichgültigkeit gegenüber dem Leid des Mitmenschen, erkauft wird. Überprüft man nun allerdings diese gegen die Gemütsverfassung der Zufriedenheit erhobene Anklage auf ihre Stichhaltigkeit, so entpuppt sich die vermeintliche Bisskraft der Anschuldigung als einem zahnlosen Papiertiger zugehörig, da sich die SPAEMANNSCHE Kritik weder an den einschlägigen historischen Texten der Epikurismus und Stoizismus noch an den

---

[216] SPAEMANN 2008: 10-11

[217] vgl. ADORNO 1969: 100-103

[218] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich der argumentative Kern der SPAEMANNSCHEN Zufriedenheitskritik bereits in dem Anfang der 50er Jahre des 20 Jh. erschienenen Essay »*Die menschliche Unruhe*« des christlichen Existenzphilosophen Gabriel MARCEL wieder findet. So kritisierte MACEL in ähnlicher Weise wie SPAEMANN die stoische Sittenlehre und gelangte ebenso zu dem Schluss, dass die Unruhe – die er als eine chronische Nicht-Selbstzufriedenheit versteht (vgl. MARCEL 1964: 82) – dem Menschen den Weg der Seligkeit, welchen er in Gott erblickt, zeigt. Lassen wir im Folgenden jedoch einmal MARCEL in einigen Zitaten selbst zu Wort kommen, wobei ich den Leser bitten möchte, den Begriff der Unruhe aufgrund der im voranstehenden Satz aufgezeigten semantischen Äquivalenz zum Terminus der Selbstunzufriedenheit im Geiste durch letzteren zu ersetzen: „(…) man erkennt also den hervorragenden Wert der Unruhe“, die die menschliche Seele treibt, unaufhörlich von Gegenstand zu Gegenstand zu eilen, als ob ihr die volle Befriedigung, die ihr *ein* Wissen nicht gab, durch ein anderes gegeben werden könnte, während es in Wirklichkeit, solange dieses Suchen dauert, selbst wenn es nur von Wahrheit zu Wahrheit führen würde, keinen Frieden für das Denken und infolgedessen keine Seligkeit gibt. Die Seligkeit ist aber“ – so MARCEL – „nichts anders als das Wohnen einer höchsten Wahrheit in der Seele, die zugleich das einzige Gut ist, weil sie Gott ist“ [ebenda: 87]. „(…) die Unruhe [ist, T.K.]“ „nur ein Ferment oder, wenn man so will, ein Sauerteig (…), ohne den die Seele sich überhaupt nicht bekehren könnte“ [ebenda: 88]. „Ist der Mensch wesentlich ein Reisender, (…) weil er *unterwegs* ist (…) [so ist, T.K.] gerade die Unruhe (…) so etwas wie die innere Triebfeder dieses Fortschreitens, und was auch die Menschen über sie sagen mögen, die sie im Namen eines technokratischen Ideals ächten wollen, der Mensch kann diesen Stachel nicht verlieren, ohne zu erstarren und zu sterben“ [ebenda: 134].

neueren emotionspsychologischen Untersuchungsergebnissen zum Einfluss der Stimmung auf die zwischenmenschliche Hilfsbereitschaft erhärten lässt. Ohne nun zum Zwecke der Verteidigung des Zufriedenheitskonzept gegen die SPAEMANNSCHE Kritik auf die voranstehend angesprochenen Ergebnisse der Emotionspsychologie (siehe dazu Kapitel 2.6.6) Bezug nehmen zu wollen, soll an dieser Stelle ein bündiger Verweis auf einige Grundannahmen der stoischen Ethik zur Entkräftung der SPAEMANNSCHEN Einwände genügen: *Erstens* kann gegen SPAEMANN angeführt werden, dass die Zufriedenheit – sprich das Freisein von unedlen Affekten, die Herschafft der Vernunft über die Triebe, das gelassene Hinnehmen des Schicksals usw. – in der stoischen Ethik keinen Selbstzweck darstellt, sondern letztlich als Mittel zum Zweck der sittlich Guten Tat verstanden wird. *Zweitens* kann SPAEMANN entgegengehalten werden, dass die Stoiker die sittlich Gute Tat unumstößlich mit der Verwirklichung eines humanistischen Naturrechtsgedankens (alle Menschen sind aufgrund ihres Vernunftbesitzes als gleich anzusehen) verknüpften, welches *in praxi* unter anderem dazu führte, dass sich die Stoiker für die Rechtsgleichheit von Frauen und Sklaven einsetzte. Der barsche Vorwurf SPAEMANNS, dass der stoisch Zufriedene die Sorgen, Nöte und Leiden seiner Mitmenschen notwendigerweise auszublenden hätte, führt sich vor dem Hintergrund, dass „(…) die Stoa ihre Anhänger zur allgemeinen Menschenliebe, Wohltätigkeit, Milde und Sanftmut“[219] verpflichtete somit selbst *ad absurdum*. Zu guter letzt kann *drittens* darauf verwiesen werden, dass die Stoiker entgegen der Annahme SPAEMANNS keinesfalls ein – den Kynikern und Epikureern entsprechendes – weltabgewandtes, eremitenartiges Dasein fristeten, sondern vielmehr aktiv und pflichtbewusst in das öffentliche Leben eingriffen. Folglich kann an dieser Stelle somit festgehalten werden, dass die von SPAEMANN gegen das antike Zufriedenheitskonzept gerichteten Anschuldigungen sich in der Summe als haltlose Diffamierungsversuche erwiesen haben, welche man gemeinhin von einer der arrivierten zeitgenössischen philosophischen Stimmen in dieser kruden Form nicht erwartet hätte.

Lassen wir zum Abschluss dieses Unterkapitels unsere unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten geführte Forschungsreise in die Wissensgefilde der Philosophie noch einmal Revue passieren, so können wir uns im Angesicht der zu Tage geförderten Karriere des Zufriedenheitsbegriffs innerhalb dieser Wissenschaftsdisziplin durchaus glücklich schätzen, diesen Parforceritt auf uns genommen zu haben, da auf der einen Seite die *bis dato* erschienen Übersichtartikel zum philosophiegeschichtlichen Umgang mit dem Zufriedenheitsterminus[220] es sträflich unterlassen haben, die hohe inhaltliche Bedeutung des Zufriedenheitsgefühls in den Werken von Arthur SCHOPENHAUER[221], Eduard HARTMANN und Harry G. FRANKFURT zu betonen und somit insgesamt ein zu stark negativ eingefärbtes Bild von der historischen Bedeutung der Zufriedenheit innerhalb der Philosophie entwarfen, sowie dass auf der anderen Seite die allgemeine, empirisch fundierte Zufriedenheitsforschung eine ausführliche Besprechung und Würdigung ihrer historischen Vorläufer bislang versäumte, was in Anbetracht der Tatsache, dass allen voran der Philosoph Michael WAGNER bereits Ende des 18. Jahrhunderts in seiner Schrift »*Versuch über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit*« eine handvoll Einsichten in das Konstrukt der Zufriedenheit präsentierte, welche mittlerweile – natürlich ohne Verweis auf WAGNER – zu zentralen Größen innerhalb des Wissenskorpus der zeitgenössischen Zufriedenheitsforschung avanciert sind, mehr als bedauerlich ist. Wenden wir uns nach dieser generellen Wertigkeitseinschätzung der im Rahmen des vor-

[219] HIRSCHBERGER 2000a: 269
[220] vgl. DIERSE 2004
[221] siehe dazu die Ausführungen in der Fußnote 141 des vorliegenden Kapitels

liegenden Kapitels 2.4 herausgearbeiteten Wissensbausteine für die philosophische Geschichtsschreibung sowie der allgemeinen Zufriedenheitsforschung nun noch in knappen Worten der Frage zu, in welcher Weise uns die in den voranstehenden Zeilen wiedergegebenen Ausführungen ausgewählter Philosophen zum Gemütsempfinden der Zufriedenheit bei der Beantwortung unserer kapitelleitenden Fragestellungen nach dem Wesen und der Genese dieser emotionalen Gemütsverfassung behilflich sein können, so kann folgendes festgehalten werden: Bezüglich der Beantwortung unserer ersten Metafragestellung nach dem Wesen der Zufriedenheit („*Was ist Zufriedenheit*?") erweisen sich insbesondere die Einsichten von Michael WAGNER und Hermann SCHMITZ in das subjektive Erlebnismoment der Zufriedenheit als zweckdienlich. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich die im emotionalen Zustand der Zufriedenheitsbeseeltheit laut der vorausgehend genannten Autoren einstellenden Empfindungen der Erfülltheit, der relativen Dauerhaftigkeit, der aktiven Ruhe (erregungsschwache Wohlfühlemotion) sowie der Dilitation des äußeren und inneren Raumes zu einer ersten, rudimentären Beantwortung unserer zu Kapitelanfang ausbuchstabierten Frage hinsichtlich des Wesenswas der Zufriedenheit herangezogen werden können. Durchmustern wir nun abermals anhand unserer zweiten Metafragestellung nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit die philosophischen Ergüsse zu eben jener Emotion, so zeigt sich, dass die *prima facie* recht inkommensurabel wirkenden Zufriedenheitskonzepte – angefangen bei den Epikureern und Stoikern über Michael WAGNER, Immanuel KANT und Arthur SCHOPENHAUER bis hin zu Harry G. FRANKFURT – allesamt auf dem gleichen Entstehungsmodell, nämlich einem Soll-Ist-Vergleich, gründen. Mit anderen Worten kann man sagen, dass sämtliche der vorgestellten philosophischen Zufriedenheitskonzepte, wenngleich sie auch sowohl die Soll- als auch die Ist-Kategorie jeweils mit einem anderen begrifflichen Inhalt auffüllen, *in puncto* der Zufriedenheitsgenese insofern übereinstimmen, als dass sie die Ausbildung der Zufriedenheit jeweils an eine Übereinstimmung zwischen der Soll- und der Ist-Größe knüpfen. *Summa summarum* können wir somit an dieser Stelle bezüglich unserer zweiten Metafragestellung schon einmal die allgemeine Vermutung festhalten, dass die Entstehung von Zufriedenheit und Unzufriedenheit möglicherweise auf einem kognitiven Soll-Ist-Vergleich beruht. Abzuwarten bleibt allerdings mit welchem Inhalt die Soll-Komponente angemessen auszufüllen ist, d.h. es stellt sich die Frage, ob der Ist-Zustand eher an den allgemeinen Erwartungen und Vorstellungen (Stoizismus und Epikurismus), den Wünschen (Michael WAGNER), den Erwartungen des Sittengesetzes (Immanuel KANT) oder gar an den Volitionen zweiter Ordnung (Harry G. FRANKFURT) abzugleichen ist.

Kehren wir nun aber dem Wissensgefilde der Philosophie, nachdem wir die im Rahmen unserer Forschungsreise in dieses Wissenschaftsgelände mühsam aufgelesenen Wissensbausteine nochmals penibel gereinigt und zur Werttaxierung gegen das erkenntnisgebärende Licht der Sonne gehalten haben, endgültig den Rücken zu und nehmen schnurrstrags Kurs auf die in der Ferne dämmernden Landesgrenzen der Literaturwissenschaft. Euphorisiert von den nunmehr bereits in den Forschungskiepen funkelnden Erkenntnisperlen und beseelt von der Hoffnung, vielleicht innerhalb dieser Wissensregion den 'Stein der Zufriedenheit' ausfindig machen zu können, passieren wir in den nachfolgenden Zeilen das Grenzgebiet der Literaturwissenschaft.

2.5 Stellenwert und Bedeutung von Zufriedenheit in der Literaturwissenschaft

Bevor in den nachstehenden Zeilen einige ausgewählte Werke der Literaturgeschichte dahingehend inspiziert werden sollen, welchen definitorischen als auch funktionalen Umgang sie mit dem Zufrieden-

heitsgefühl pflegen, möchte der Autor vorab zwei allgemeine literaturwissenschaftliche Reflexionen bemühen, die einen möglichen Erfolg des angestrebten Untersuchungsganges in Aussicht stellen.

Der erste Grund für die potenzielle Erkenntnisträchtigkeit der schöngeistigen Literatur aus der Sicht des Zufriedenheitsforschers beruht auf ihrer sinnstiftentenden Funktion. So kann in Anschluss an George LUKÁCS »*Theorie des Romans*«[222] gefolgert werden, dass ein Großteil der neueren Literatur mit der Intention verfasst wurde, dem säkularisierten Menschen in seiner „*transzendentalen Obdachlosigkeit*" neue Sinnangebote zu unterbreiten. Eine zentrale Aufgabe der Literatur besteht also unter anderem darin, den Lesern mögliche Daseinsentwürfe eines erfüllten und zufriedenen Lebens anzubieten. Welche gangbaren Wege zur Gewahrwerdung des „*zufriedenen Lebens*" sowohl für den Einzelnen – z.B. illustriert in den naturverbundenen Einsiedlerromanen »*Segen der Erde*« von Knut HAMSUN[223], »*Die Wand*« von Marlen HAUSHOFER und »*Das einfache Leben*« von Ernst WIECHERT[224] – als auch für die Gesellschaft im Ganzen – dargestellt bspw. in den klassischen Utopien und Dystopien – aufgezeigt werden sowie welche unterschiedliche Strukturkomponenten das allgemeine Konstrukt (Lebens-) Zufriedenheit in den jeweiligen literarischen Entwürfen erfährt, erscheint dem Autor einer eingehenderen Untersuchung wert.

Der zweite Grund für die Annahme, dass die Literaturgeschichte eine schier unerschöpfliche Fundgrube für die Zufriedenheitsforschung darbieten könnte, speist sich aus einer reduktionistischen Theorie über die vorrangigen Triebfedern des Schriftstellertums. Dieser literaturwissenschaftlichen Theorie nach zu folgern verdankt sich eine Vielzahl der klassischen Weltliteratur von Friedrich HÖLDERLIN und Heinrich von KLEIST über Gustav FLAUBERT, Honoré de BALZAC[225], Marcel PROUST[226] und Jean AMERY[227] bis hin zu Virginia WOOLF, Sylvia PLATH, Emil CIORAN, Fernando PESSOA und Thomas BERNHARD dem Schreibstimulus einer Art *'ontologischen Unzufriedenheit'*. Es sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass Stefan ZWEIG – ein exponierter Vertreter dieses literaturtheoretischen Ansatzes[228] – die aus der permanenten inneren Unruhe und Unzufriedenheit resultierenden *Schreibanlassgefühle* in der Allegorie des Dämons vereinigte:

> „Dämonisch nenne ich die ursprünglich und wesenhaft jedem Menschen eingeborene Unruhe, die ihn aus sich selbst heraus, über sich selbst hinaus ins Unendliche, ins Elementarische treibt, gleichsam als hätte die Natur von ihrem einstigen Chaos ein unveräußerliches unruhiges Teil in jeder einzelnen Seele zurückgelassen, das mit Spannung und Leidenschaft zurück will in das übermenschliche, übersinnliche Element. Der Dämon verkörpert in uns den Gärungsstoff, das aufquellende, quälende, spannende Ferment, das zu allem Gefährlichen, zu Übermaß, Ekstase, Selbstentäußerung, Selbstvernichtung das sonst ruhige Sein drängt; in den meisten, in den mittleren Menschen wird nun dieser kostbar-gefährliche Teil der Seele bald aufgesogen und aufgezehrt; nur in seltenen Sekunden (…) durchwaltet dies Heraus-aus-dem-Leibe, dies Überschwengliche und Selbstentäußernde ahnungsvoll selbst die bürgerlich banale Existenz.

[222] vgl. LUKÁCS 1971
[223] vgl. HAMSUN 2004
[224] vgl. WICHERT 1956
[225] So versah beispielsweise Wolfgang POHRT sein Balzac-Buch mit dem programmatischen Titel »*Der Geheimagent der Unzufriedenheit*« (vgl. PORTH 1984)
[226] Zum Unzufriedenheitsmotiv bei Marcel PROUST siehe WÄBER 1968: 122ff.
[227] Entgegen der Auffassung Wolfgang PORTHS (1984) glaubt der Autor Stephan SCHNEIDER, dass die fragwürdige Auszeichnung des „*Geheimagenten der Unzufriedenheit*" dem Schriftsteller Jean AMERY besser zu Gesicht stehen würde als seinem französischem Kollegen BALZAC (vgl. SCHNEIDER 2004).
[228] siehe darüber hinaus insbesondere das imposante Werk »*Tragische Literaturgeschichte*« von Walter MUSCHG (2006). Ferner sei an dieser Stelle angemerkt, dass bereits der Universalgelehrte Johann Gottlieb HERDER um die scheinbar chronische Unzufriedenheit der schreibenden Zunft wusste: So gelangte HERDER in seinem Werk »*Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit*« zu der Einsicht, dass „(…) alle wissenschaftlichen und Künstlergaben (…) auch Neigungen in der menschlichen Brust rege gemacht hätten, bei denen man viel seltener und schwerer zur schönsten Gabe des Menschen, der Zufriedenheit, gelangen kann, weil diese Neigungen mit ihrer inneren Unruhe der Zufriedenheit unaufhörlich widerstreben" [HERDER 1841: 308]. In die gleiche Kerbe schlägt übrigens der Schriftsteller Gottfried KELLER mit seinem »Lied der Zerrissenen« (vgl. KELLER 1958: 27-28). Zu guter letzt sei der Leser noch auf einen Tagebucheintrag von Franz KAFKA aus dem Jahre 1922 verwiesen, indem KAFKA die schreibstimulierende Kraft der Unzufriedenheit lobpreist: „Die Entwicklung war einfach. Als ich noch zufrieden war, wollte ich unzufrieden sein und stieß mich mit allen Mitteln der Zeit und der Tradition, die mir zugänglich waren, in die Unzufriedenheit, nun wollte ich zurückkehren können. Ich war also immer unzufrieden, auch mit meiner Zufriedenheit" [KAFKA 1994: 207].

> Sonst aber ersticken die gemessenen Menschen in sich den faustischen Drang, sie chloroformieren ihn mit Moral, betäuben ihn mit Arbeit, dämmen ihn mit Ordnung: der Bürger ist immer Urfeind des Chaotischen, nicht nur in der Welt, sondern auch in sich selbst. Im höheren Menschen aber, besonders im produktiven, waltet die Unruhe schöpferisch fort als ein Ungenügen an den Werken des Tages, sie schafft ihm jenes »höhere Herz, das sich quält« (Dostojewski), jenen fragenden Geist, der über sich selbst hinaus eine Sehnsucht dem Kosmos entgegenstreckt. Alles, was uns über unser Eigenwesen, unsere persönlichen Interessen spürerisch, abenteuerlich ins Gefährliche der Frage hinaustreibt, danken wir dem dämonischen Teile unseres Selbst (…). So gerät jeder geistige, jeder schöpferische Mensch unweigerlich in den Kampf mit seinem Dämon (…).“[229]

Anschlussfähig an dieses Zitat, indem ZWEIG die schöpferische Produktionskraft der Unzufriedenheit *resp.* des *angeleinten Dämons* in einer atemberaubenden Prosa herausstreicht, huldigen sowohl Robert WALSER als auch Oscar WILDE in ihren Werken der Unzufriedenheitsschubkraft. So legt WALSER *bspw.* seiner Romanfigur Jakob von Gunten, der in dem nachstehend rezitierten Passus einige Betrachtungen über seinen Schulkameraden Kraus anstellt, folgende Wörter in den Mund: „Kraus besitzt Grundsätze, er sitzt fest im Sattel, er reitet auf der Zufriedenheit, und das ist ein Gaul, den Personen, die galoppieren wollen, nicht besteigen mögen“[230]. Ins gleiche Horn stoßend, verleitet WILDE seinen Romanprotagonisten Lord Illingsworth zu folgendem Lippenbekenntnis: „Unzufriedenheit ist der erste Schritt zum Erfolg“[231]. Ferner ließen sich in diesem Zusammenhang die Schimpftiraden des „(…) VOLKSREDNER oder WILDEN MANN oder SPIELVERDERBER oder VOLKSFEIND (…)“ in Peter Handkes Stationendrama „*Untertageblues*“[232] – indem der wilde oder chronisch unzufriedene Mann auf einer U-Bahnfahrt die „hässliche Zufriedenheit“ und „zufriedene Hässlichkeit“ seiner Mitfahrer unter Beschuss nimmt – als die emotionale Hintergrundstimmung des lyrischen Schreiber-Ichs deuten.

Wurden mit Abschluss dieser Reflexionen über Funktion und Genese der Literatur die beiden primären Gründe hinreichend ausformuliert, warum die Literatur zur inhaltlichen Bestimmung der Zufriedenheit von nicht zu vernachlässigender Bedeutung ist, so sollen nachstehend vorrangig die Fragen beantwortet werden, was in ausgewählten Werken der Literaturgeschichte unter dem Gefühl der Zufriedenheit verstanden wird sowie welche Techniken die Literatur sowohl dem Einzelnen wie auch der Gesellschaft zur Erreichung eines zufriedenen Lebens anempfiehlt.

Wagt man nun aus der Perspektive des Zufriedenheitsforschers einen Blick in die Klassiker der Weltliteratur, so wird man sich des Umstandes bewusst, dass in diesen Schriften vordringlich das „*unzufriedene Bewusstsein*“, dessen literarische Prototypen in Gustave FLAUBERTS Romanfigur *Emma Bovary*[233] und Karl Philipp MORITZ tragischem Antihelden *Anton Reiser*[234] Gestalt annehmen, den Hauptgegenstand schrift-

---

[229] ZWEIG 2004: 13-14
[230] WALSER 1985b: 7
[231] WILD 2000: 30
[232] HANDKE 2003: 9
[233] vgl. FLAUBERT 1979
[234] MORITZ 1998; So wird die grundsätzliche pessimistische Reserviertheit Karl Phillip MORITZ gegenüber jeglichen Mitteln zur nachhaltigen Zufriedenheitskonservierung in seinem Antibildungsroman »*Anton Reiser*« daran ersichtlich, dass er seinem Protagonisten Anton ein *Gedicht über die Zufriedenheit* verfassen lässt, dessen letzten Verse jedoch mit der schwarzen Tinte finsterer Melancholie durchtränkt sind: „Ein andermal arbeitete Reiser wieder ein Gedicht über die Zufriedenheit – gleichsam zu seiner eigenen Belehrung, oder zur eigenen Richtschnur seines Lebens, aus – nachdem er nun aber alle Beruhigungsgründe bei den Widerwärtigkeiten des Lebens durchgegangen war, und sich gleichsam in eine sanfte Stille eingewiegt hatte, so erwachte doch am Ende wieder seine schwarze Melancholie – und er beschloss die Reihe der sanften Empfindungen, welche in diesem Gedicht ausgedrückt waren, doch am Ende mit Folgenden Ausdrücken der Verzweiflung:

> Doch machen ungemessne Leiden
> Dir hier dein Leben selbst zur Qual –
>
> Und findest du dann keinen Retter

stellerischer Mühen zu bilden scheint. Vergleicht man zur argumentativen Unterfütterung dieser These einmal diejenigen schriftstellerischen Werke, die den Terminus der Zufriedenheit entweder als Nomen oder als Adjektiv in ihrem Titel tragen, mit jenen, die den entgegengesetzten Begriff der Unzufriedenheit ihrer literarischen Schrift voranstellten, so ergibt sich in Anbetracht der Tatsache, dass den *neuen* ausfindig gemachten "Zufriedenheitsschriften"[235] insgesamt *zweiunddreißig* "Unzufriedenheitsschriften"[236] gegenüberstehen, ein Verhältnis von 1 zu 3,5. Angesichts dieses in der Höhe doch überraschenden *literarischen Kantersiegs* der Unzufriedenheit über die Zufriedenheit ist man geneigt, den nachfolgend rezitierten *Apercu* Wilhelm BUSCHS aus dem ersten Teil seiner Knopp-Trilogie »*Abenteuer eines Junggesellen*« mutatis mutandis in großen Lettern über das Eingangstor der Literaturwissenschaft zu zimmern:

„Sokrates, der alte Greis,
Sagte oft in tiefen Sorgen:
„Ach, wie viel ist doch verborgen,
Was man immer noch nicht weiß."

Und so ist es. – Doch indessen
Darf man eines nicht vergessen:
Eines weiß man doch hienieden,
Nämlich, wenn man unzufrieden."[237]

Und keinen End'ger deiner Not –

Sieh auf! – er kömmt im Donnerwetter –
O grüße, grüße deinen Tod!

(…) Dies Gedicht war gleichsam ein Gemälde aller seiner Empfindungen (…) – bei der heitersten lachendsten Aussicht zog sich das schwarze Melancholische immer wieder wie eine Wolke vor seine Seele" [MORITZ 1998: 317-318].
Unter Bezugnahme auf die Tagebucheinträge des österreichischen Schriftstellers Ulrich BRÄKER aus dem Jahre 1773 sei an dieser Stelle jedoch der Vollständigkeit halber darauf verwiesen, dass die Literaturgeschichte in punkto Zufriedenheit nicht nur mit pessimistischem Gedankengut aufzuwarten vermag. Nimmt man die Tagebuchnotizen BRÄKERS aus dem Jahre 1773 zur Hand, so finden sich in den ersten Tagen des Monats August zwei Eintragungen zum Gefühl der (Un-)Zufriedenheit, welche den lyrischen Bestrebungen Anton Reisers diametral entgegenstehen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass BRÄKER zuerst einen kleinen Aufsatz in der „*Sprache der Unzufriedenheit*" verfasst, dessen defätistische Inhalte er jedoch einige Tage später in einem zweiten Eintrag mit der „Sprache der Zufriedenheit" auszuhebeln vermochte. Obsiegte also bei MORITZ noch die Unzufriedenheit über die Zufriedenheit so gestaltet es sich bei dem gottgläubigen BRÄKER genau andersherum:

I augustmonat.
sprache der unzufriedenheit.

Was hab ich doch in dieser gegenwertigen welt nichts als angst, kummer, wiederwertigkeit, verdruß und lauter ungemach. jch mag anstellen was ich will, so geht nichts nach meinem willen, alle mein sachen schlagen fähl; und anderen gerathen sey so wohl. Einem anderen geht alles nach seinem willen (…). jch aber bin ein armer tropf, habe kaum ein fußbreit eigenes an einem schlechten ort. nie hab ich zu essen noch zu trinken was ich gern möchte: ich hab nirgen kein vergnügen, wenig ruh, vilmehr allerhand ungemach, und lautter unbeliebige arbeit. darzu wird ich noch von jederman verachtet und außgelacht; ich muß thun was ich nicht will, und kann nichts zu meinem vergnügen thun. es macht mir alles verdruß, und geht wider meinen willen. wan ich ein anderer sehe, sein zeit so angenehm vertreiben so macht es mich traurig und maßleidig; das ich die meinige muß in kummer und sorg, in müh und arbeit und vilem ungemach verzehren. Andere könen ihren leib mesten, jndem ich mager und heßlich in deisem jammerthal leben muß. Und das ist die sprach eines missvergnügten menschen.

8. august
sprache der zufriedenheit

ye weiter von gott ye unzufriedener, je näher bey gott, je vergnügter mann ist. ein vergüngter sagt, was fählt mir dan in dieser welt, solt ich nicht vergnügt und zufrieden leben, da mir doch gott alles nöthige gegeben hat. waß hat mir gefählt von jungent auf warlich nichts als nur wahre zufriedenheit; ich hate genug immerdar, und noch jetz; ich habe einen gesunden leib, ein fröliches gemüth; wan mein wille guth ist, so geht mir alles nach meinem willen und wunsch, alle meine anschlege gedein wol; jch habe genug nahrung und decke. jch weiß das meine lüst falsch sind; das ich das habe, was mir am dienlichsten ist: überal find ich mein vergnügen und meine lust; und das ist gott; dan ich sehe wie weislich ich gebildet bin und mit verstand begaabet das ich die wege und werke des herren betrachten kan. jch finde vergnügen usert mir wo ich gehe und stehe; ich mag ansehen waß ich wil, so finde ich nichts das mir nicht zum dienst da stehe; alles muß mir zum besten dienen, ein anderer geht müßig und hat lange weille; jch aber hab mein vergnügen an der arbeit,mehr vergnügen an plantzwerk als ein ein anderer beim speil mein kraut schmekt mir beser als einem grosen herren das neidlichste schlegwerch convect: ich bin gesünder als einer der kaum weist waß vor ein essen er wehlen sol. (…) jch bin reich, obich schon arm bin,weil mir nichts fält an dem was ich nöthig habe; mir fählt nichts als schätze auf zukunfft; die fählen mir aber nicht, ich begehre sey nicht; dan sey manchen nur kumer und sorg, dem der sey hat, und dem der sey nicht hat, und doch begehrt. was ich heüt nöthig hab das ist da; was ich mörgen nöthig hab komt mit dem tag; ja so gewüß der tag komt. was wolt ich mich dan bekümeren, warum wolt ich sorgen, dan so wenig ich den morndrigen tag herbringen kann; eben so wenig kann ich sein nöthiges herbringen. o vergünglichkeit, o zufriedenheit, du bist lieblicher als gantze lasten gold; du bist mir lieber als ein ganzes königreich; ein vergnügtes hertz ist eine köstliche gaabe des allerhöchsten; u ein geschenk vom himmel" [BRÄKER 1998: 530-532].

[235] vgl. BÜRGER 1987; BUSCH 1969; GERNHARDT 2005b; HERDER 1879; HÖLDERLIN 1953; KÄSTNER 1841; KUNERT 1978; MILLER 2008 und UHLAND 1983

[236] vgl. ÄSOP 1836; BIETENHOLZ 1962; BOMANS 1953; BROFOS 1971; DÄHNHARDT 1912; DÖRING 1827; FRANTISEK 1959; GRILLPARZER 1917; HALLMANN 1980; INNERKOFLER 1929; JÜNEMANN 1924; KÄSTNER 1999; KLEIST 1971; LEIXNER 1980; LOHNER 1980; MADER 1965; MAJEROVA 1960; METTKE & METTKE-SCHRÖDER 1990; REUBEL-CIANI 1996; RICHTER 1980; ROSSEELS 1957; SCHLEGEL 1787; SCHLEGEL 1962; THEOPHRAST 1865; WIELAND 1984; WÄSCHER 1940; WIRTZ 1953 sowie WÖRDEMANN 2008a-d; VESPER 1943. Nebst dieser numerischen Auflistung all jener literarischen Schriftstücke, die in ihrer Überschrift den Terminus der Unzufriedenheit beherbergen, sei der Leser ferner darauf hingewiesen, dass der Literat Arthur SCHNITZLER in seinen frühen Jahren an einem Drama mit dem Titel »*Die Unzufriedenen*« arbeitete, welches er jedoch leider nicht abschloss (vgl. BAUMER 1992: 27 sowie WAGNER 1981: 31). Zur überaus häufigen Nutzung des Unzufriedenheitsmotivs in Fabeln und Märchen siehe den interessanten Aufsatz von Burghardt SCHMIDT (1980).

[237] BUSCH 1959b: 7

Wenngleich wir also mitsamt unseres obigen Rechenweges den Nachweis erbracht haben, dass in der Literaturgeschichte der Typus des Unzufriedenen – welcher sich zuweilen auch unter den Etiketten des Zerrissenen, des Miß- bzw. Unvergüngten, des Dyskolos sowie des Misanthropen verbirgt[238] – häufiger in Erscheinung tritt als der Typus des Zufriedenen, so darf auf der Grundlage dieses quantitativen Punktsieges der Unzufriedenheits- über die Zufriedenheitsschriften keinesfalls die voreilige Konklusion gebildet werden, dass die dezimierten Zufriedenheitsschriften auch qualitativ hinter den Unzufriedenheitsschriften zurückbleiben. Nimmt man nämlich den in der Fußnote 235 aufgelisteten literarischen Zufriedenheitskanon einmal genauer in Augenschein, so erhalten wir in Gestalt des Zufriedenheitsgedichts von Johannes Martin MILLER[239] sowie allen voran in der Vortragsschrift „*Über die Zufriedenheit*" von Johann August BÜRGER[240] zwei gehaltvolle Ausführungen zum emotionalen Zustand der Zufriedenheit, die sich hinsichtlich ihres inhaltlichen Aussagewertes durchaus auf Augenhöhe mit den klassischen lyrischen Unzufriedenheitsstücken von WIELAND[241], SCHLEGEL[242] und GRILLPARZER[243] bewegen. Greift man im Rahmen dieser inhaltlich Gegenüberstellung auf Seiten der Zufriedenheitsschriften – ungeachtet der nachfolgend noch gründlich zu besprechende Literaturgattung des utopischen (siehe Kapitel 2.5.1) und dystopischen Romans (siehe Kapitel 2.5.2) – nun noch auf das 1826 uraufgeführte Theaterstück »*Der Bauer als Millionär oder Das Mädchen aus der Feenwelt*« des österreichischen Dramatikers Ferdinand RAIMUND[244], indem der Zufriedenheit gar eine eigenständige Rolle zuteil wird[245], zurück, so bewegen sich die Zufriedenheitsschriften in qualitativer Hinsicht nicht nur auf Augenhöhe mit den numerisch überlegenen Unzufriedenheitsschriften, sondern sie überragen diese sprichwörtlich bei weitem.

Nachdem in den obigen Zeilen also nachgewiesen werden konnte, dass die poetischen und epischen Produktionen zum Gefühl der Zufriedenheit ausnahmslos unter quantitativen nicht aber unter qualitativen Gesichtspunkten hinter denen über den antonymischen Gefühlszustand, in Worten der Unzufriedenheit, hinterherhinken, sollen nachstehend die drei voranstehend genannten Schriften von MILLER, BÜRGER und RAIMUND – wobei den beiden letzteren der Löwenanteil an dem inhaltlichem Triumph über die Unzufriedenheitsstücke einzuräumen ist – näher betrachtet werden.

Das rhetorische Stilmittel des *Klimax* bedienend, werden wir uns im Folgenden zuerst mit dem Dichter Johann Martin MILLER beschäftigen, der innerhalb seines im Jahre 1776 erschienen Romans »*Siegwart. Eine Klostergeschichte*« ein Gedicht mit der Überschrift „*Die Zufriedenheit*"[246] verfasste, welches drei Jahre später von MOZART vertont wurde. Prüft man nun dieses nachstehend abgelichtete Gedicht – welches laut Gerd ACHENBACH wohl das berühmteste Zufriedenheitsgedicht darstellt[247] – auf seine Bedeutsamkeit für die Beantwortung der zu Kapitelanfang aufgeworfenen Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit so wird man jäh enttäuscht, da das Gedicht weder Angaben zur anatomischen Struktur noch zum Entstehungsprozess des Zufriedenheitsgefühls parat hält. So verweist MILLER in seinem Gedicht „*Die Zufriedenheit*" ausschließlich auf die zu ihrer Erlangung notwendige Geisteshaltung hin, welche er vornehmlich in einer das Werk Gottes lobpreisenden und dankenden

[238] vgl. BURGER 1961; FRENZEL 1976: 535-550; HOFSTÄTTER 1986: 67-69; KAINZ 1926 und KÜFNER 1960
[239] vgl. MILLER 1884
[240] vgl. BÜRGER 1987
[241] vgl. WIELAND 1984
[242] vgl. SCHLEGEL 1962
[243] vgl. GRILLPARZER 1917
[244] vgl. RAIMUND 1920b
[245] vgl. URBACH 1975: 115
[246] vgl. MILLER 1971
[247] vgl. ACHENBACH 2008

Einstellung lokalisiert sieht. Ehe wir uns nachstehend nun mit den Gedanken BÜRGERS über die Zufriedenheit näher beschäftigten werden, kann MILLER jedoch zugute gehalten werden, dass er mitsamt seiner Zufriedenheitstechnik der (Gottes-)Dankbarkeit insofern ein probates Mittel anpries, als dass diese Zufriedenheitstechnik – in säkularisierter Form – in den zeitgenössischen Schriften des Forschungszweiges der Positiven-Psychologie als wirkmächtigster Kunstgriff zur nachhaltigen Steigerung der Lebenszufriedenheit anempfohlen wird.[248]

1. Was frag' ich viel nach Geld und Gut
Wenn ich zufrieden bin!
Gibt Gott mit nur gesundes Blut,
So hab' ich frohen Sinn
Und sing' mit dankbarem Gemüt
Mein Morgen- und mein Abendlied.

2. So mancher schwimmt im Überfluß,
Hat Haus und Hof und Geld
Und ist doch immer voll Verdruß
Und freut sich nicht der Welt.
Je mehr er hat, je mehr er will,
Nie schweigen seine Klagen still.

3. Das heißt die Welt ein Jammertal
Und deucht mir doch so schön,
Hat Freuden ohne Maß und Zahl,
Läßt keinen leer ausgeh'n
Das Käferlein, das Vögelein
Darf sich ja auch des Maien freu'n

4. Und uns zu Liebe schmücken ja
Sich Wiesen, Berge Wald,
Und Vögel singen fern und nah,
Daß alles widerhallt;
Bei Arbeit singt die Lerch' uns zu,
Die Nachtigall bei süßer Ruh'.

5. Und wenn die gold'ne Sonn' aufgeht,
Und golden wird die Welt,
Und alles in der Blüte steht,
Und Ähren trägt das Feld,
Dann denk' ich alle diese Pracht
Hat Gott zu meiner Lust gemacht.

6. Dann preis' ich Gott und lobe Gott
Und schweb' in hohem Mut
Und denk': Es ist ein lieber Gott,
Der meint's mit Menschen gut.
Drum will ich immer dankbar sein.
Und mich der Güte Gottes freu'n.

Abb. 2: Gedicht »*Die Zufriedenheit*« von Johann Martin MILLER[249]

Wenden wir uns nun aber dem überaus lehrreichen theoretischen Vortrag »*Über die Zufriedenheit*« des deutschen Dichters Gottfried August BÜRGER[250] (1747-1794) – der allen voran mit seiner literarischen Figur des *Freiherrn von Münchhausen* einem breiterem Publikum bekannt geworden ist – zu, den er im Jahre 1788 auf einer Göttinger Freimauerertagung hielt.[251] Einleitend weist BÜRGER in seiner Schrift »*Über die Zufriedenheit*« den im damaligen alltäglichen Sprachgebrauch seiner Meinung nach latent mitschwingenden biologischen Zufriedenheitsdeterminismus im Sinne des Ausrufes „»Ha! der stammt gewiss aus dem Geschlechte der Ohnesorgen!«"[252] entschieden zurück und bietet dem Leser im weiteren Verlauf seines Textes vier erlesene Techniken zur nachhaltigen Zufriedenheitsbildung an. Ehe die einzelnen Therapeutika im Folgenden kurz dargestellt werden sollen, sei an dieser Stelle auf den wichtigen Sachverhalt verwiesen, dass BÜRGER in der Neidanfälligkeit des Menschen den primären Unzufriedenheitsgenerator erspähte: „(…) und man kann ohne Übertreibung annehmen, dass unter hundert Unzufriedenen es wenigstens neunzig aus Neid, oder wegen Besorgnis in Ansehung der Zukunft sind"[253]. Der BÜRGERSCHE *Zufriedenheits-Katechismus*[254] weiht den Leser nun in vier Techniken zur Steigerung des Zufriedenheitsgrades ein: *Erstens* erblickt BÜRGER – im Stile eines modernen kognitiven Psychologen – in der „(…) glücklichen Gabe und Kunst, mit gesunden, guten Augen auch gut (…) sehen"[255] zu können, eine zufriedenheitsspendende Quelle. „Unser Verstand" – so formuliert BÜRGER in poetischer Manier –„ist die Biene, die aus jeder Blüte und Blume, auch aus den giftigen, Honig zu saugen vermag. (…) Kurz, es

[248] vgl. DUBLI 2008; EMMONS & MC CULLOUGH 2003; KRECHT 2003; MC CULLOUGH et al. 2001, 2002, 2004; NUBER 2003 sowie SELIGMAN 2005: 124-131, 143

[249] erstellt nach MILLER 1884

[250] vgl. BÜRGER 1987

[251] *Post skriptum*: Mit Nachdruck sei der Leser an dieser Stelle auf den Tatbestand verwiesen, dass der im Jahre 1788 gehaltene Vortrag »*Über die Zufriedenheit*« von Gottfried August BÜRGER mit nahezu hundertprozentiger Sicherheit ein Plagiat darstellt. Der zentrale Beweis für diese Anschuldigung nimmt in einem Essays des deutschen Philosophen Johann August EBERHARD aus dem Jahre 1784 Gestalt an. Innerhalb dieses – bereits vier Jahre vor der BÜRGERSCHEN Vortragschrift verfassten – Essays, welchem die programmatischen Worte »*Von der Zufriedenheit*« vorangestellt sind, finden sich nun nicht nur sämtliche der von BÜRGER angeführten Zufriedenheitstechniken, sondern – und dies scheint mir der ebenso frappierende wie schlagende Beweis für die wissenschaftliche Unlautbarkeit BÜRGERS zu sein – man stößt in dem Essay von EBERHARD auf längere Passagen die sich gar im Wortlaut eins zu eins in dem Vortrag von BÜRGER – selbstredend ohne Verweis auf die ursprüngliche Gedankenquelle – wieder finden. Da der Autor der vorliegenden Arbeit diesen Gedankenraub jedoch erst während der finalen Korrektur der Dissertation bemerkte, sei es dem Leser überlassen aus dieser Erkenntnis die notwendige Konsequenz, nämlich die im Geiste vorzunehmende Verortung dieser Zufriedenheitsausführungen in den rechtmäßigen Diskurs der Philosophie, zu vollziehen.

[252] BÜRGER 1987: 800

[253] ebenda: 800-801

[254] vgl. ebenda: 800

[255] ebenda: 802

ist nichts, was den Kreislauf von Glück und Vergnügen mehr im Gang erhält, als die herrliche Kunst, Menschen und Dinge von der guten Seite anzusehen“[256]. Nebst der Kunst des richtigen Sehens empfiehlt BÜRGER an *zweiter* Stelle als wirksames Zufriedenheitsmittel die Fähigkeit, seine Wünsche und Bedürfnisse nach den zur Verfügung stehenden Mitteln zu ihrer Bewerkstelligung auszurichten.[257] Wir können laut BÜRGER trotz „(…) geringen Mitteln immer noch glücklich sein, wenn nur unsere Wünsche nicht größer sind, als die Mittel, sie zu befriedigen“[258]. Das *dritte* Mittel zur Zufriedenheitsmaximierung sieht BÜRGER nun darin lokalisiert, dass man sich ausschließlich nach jenen Gütern streben sollte, „(…) die durch ihre Allgemeinheit nichts von ihrem Werte verlieren.“ [259] Sind diese ersten drei Zufriedenheitstechniken dem Menschen gemäß BÜRGER ausschließlich dazu dienlich, „(…) die Gegenwart angenehm zu machen“[260], so verhilft erst das *vierte* von BÜRGER angepriesene Mittel, welches er einem unbegrenzten Gottesvertrauen entdeckt haben will, zu wahrhafter Zufriedenheit angesichts der Zukunft. Entsprechend notiert BÜRGER „(…) glauben soll er und wissen, dass alles, was Gott tut, wohl getan sei. Und so würde denn der wahre Zufriedene nicht so sehr der Sorglose, als vielmehr derjenige Sein, der Gott vertraut.“[261]

Legen wir nach dieser knappen Schilderung der von BÜRGER feilgebotenen Zufriedenheitstechniken nun nachstehend unsere beiden Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit in einer Art Pauschpapier über den Vortragstext von BÜRGER, so erhalten wir ausnahmslos auf die zweite unserer Fragestellung nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit eine sich der Nachzeichnung als würdig erweisende Antwort. Die Konturierung des von BÜRGER vertreten Genesemodells der Zufriedenheit fällt im Folgenden jedoch insofern kurz und bündig aus, als dass BÜRGER die Zufriedenheitsausbildung in Analogie zur Sprachenwissenschaft (siehe Kapitel 2.2) sowie zum Ansatz von Michael WAGNER (siehe Kapitel 2.4.2) an ein Wunscherfüllungsaxiom knüpft; d.h. dass sich das Gefühl der Zufriedenheit BÜRGER zufolge in dem Maße einstellt, wie sich die vernünftigen Wünsche eines Menschen befriedigt wissen.[262] Wenngleich wir ob dieses konventionellen Zufriedenheitsmodells in Bezug auf unsere zu Kapitelanfang ausbuchstabierte Metafragestellung nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit anhand der Vortragsschrift »*Über die Zufriedenheit*« von BÜRGER keine neuen Erkenntnisse dingfest machen konnten, so erweisen sich die Ausführungen BÜRGERS für die allgemeine Zufriedenheitsforschung der Gestalt als erkenntnisträchtig, als dass BÜRGER bereits Ende des 18. Jahrhunderts einerseits mit der von ihm konzipierten Zufriedenheitstechnik der *‚positiven Wahrnehmungsfokussierung‘*[263] sowie andererseits mit der von ihm vorgenommenen Brandmarkung des Neides als Hauptwidersacher der Zufriedenheit[264] mit zwei fundamentale psychologische Einsichten aufwartete, die erst in den Ausläufen des 20. Jahrhunderts im Rahmen der so genannten kognitiven und salutogene-

[256] ebenda: 802
[257] vgl. ebenda: 803
[258] ebenda: 803-804
[259] ebenda: 805 „Dieses Mittel ist eigentlich ein niedergeschlagendes Specificum für den Neid. Denn es bezieht sich auf diejenigen Quellen unserer Unzufriedenheit, die der Neid darin findet, dass andere Menschen eben die Güter besitzen, und dass sie dadurch verächtlich werden. (…) Geld, Rang, Ehrenzeichen werden freilich geringschätziger, wenn ihr Besitz allgemein ist. Aber Weisheit, Tugend, Anmut der Sitten! – (…) Unterscheiden muß man also die Güter, die ihren Wert dadurch verlieren können, dass andere Menschen ähnliches besitzen, von denjenigen, die durch diesen Umstand an ihrem inneren Gehalte und Werte nichts einbüßen“ [ebenda].
[260] ebenda: 806
[261] ebenda: 803
[262] vgl. ebenda: 804
[263] vgl. ebenda: 802-803
[264] vgl. ebenda: 801, 805

tischen Wende innerhalb der Psychologie zu einem festen Bestandteil des Wissensschatzes in eben dieser Forschungsdisziplin avancierten.[265]

Versuchen wir nun zum Abschluss unserer unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten geführten Forschungsreise in die Literaturgeschichte nachfolgend noch die Bedeutung und den Stellenwert der Zufriedenheit innerhalb des Theaterstücks »*Der Bauer als Millionär oder Das Mädchen aus der Feenwelt*« von Ferdinand RAIMUND zu bestimmen, so kündet bereits ein flüchtiger Blick auf das dem eigentlichem Stück vorangestellte Personenregister von der exponierten Rangstufe, die der Zufriedenheit in diesem »*Original-Zaubermärchen*« – wie RAIMUND sein Bühnenwerk im Untertitel nennt – offenbart zuteil wird. Denn die Zufriedenheit wird im Kontrast zu den früheren als auch späteren RAIMUND-Werken, wie zum Beispiel in »*Der Diamant des Geisterkönig*s« (1824)[266], »*Der Alpenkönig und der Menschenfeind*«(1828) [267] oder »*Der Verschwender*«(1833)[268], nicht bloß mehr oder minder stark thematisiert, sondern die Zufriedenheit beritt in dem Theaterstück »*Der Bauer als Millionär* ... « die Bühne unikal in Fleisch und Blut.[269] Das an und für sich immaterielle Gefühl der Zufriedenheit erfährt in RAIMUNDS Stück somit eine in der Theaterwelt zuvor und danach nie mehr da gewesene Metamorphose hin zu einer materiell greifbaren und sichtbaren Person, die in bedeutender Weise Einfluss auf die im Stück dargebotene Erlösungs- und Besserungshandlung ausübt. Wenn wir in den nachfolgenden Zeilen nun auf der einen Seite sowohl schildern wollen, wie die Gestalt gewordene Zufriedenheit in RAIMUNDS Zaubermärchen *in concreto* aussieht, wo sie wohnt, wie sie lebt, welcher Habitus ihr eigen ist, wie ihre Freundschaft zu erwerben ist usw., als auch auf der anderen Seite anhand dieser Ausführungen die theoretische Zufriedenheitslehre RAIMUNDS *in abstracto* freizulegen beabsichtigen, so bedürfe es zur Realisierung dieser beiden Bestrebungen vorab eigentlich einer ausführlichen Zusammenfassung des Inhaltes dieses Theaterstückes. Da jedoch die einzelnen Handlungsstränge äußerst komplex und verschachtelt sind, werden wir nachstehend zur umfänglichen Entlastung des vorliegenden Kapitels ausnahmslos die grobe Rahmenhandlung dieses Theaterstückes wiedergeben. Die Fee Lacrimosa wollte ihre Tochter Lottchen, die aus einem Verhältnis zu einem irdischen Direktor einer Seiltänzergesellschaft entsprang, mit dem Sohn der Feenkönigin vermählen. Diese Hochmütigkeit missfiel der Feenkönigin jedoch derart, dass sie Lacrimosa mit einem Fluch bestrafte, der sie ihrer Feenkräfte enthob. Die Rückgewinnung ihrer ursprünglichen Feenkräfte knüpfte die erboste Feenkönig nun an die Bedingung, dass ihre Tochter erstens auf der Erde erzogen werden muss, dass sie zweitens Bescheidenheit zu lernen hätte, dass sie sich drittens in einen armen Mann verlieben soll und diesen viertens noch vor dem 18. Geburtstag zu heiraten hat. Zur Erfüllung dieser Bedingungen lässt die Fee Lacrimosa ihre Tochter nun von einem armen irdischen Bauer namens Fortunatus Wurzel erziehen und es scheint als könnten die Bedingungen mühelos eingelöst werden, da sich Lottchen als ein genügsames Mädchen erweist, welches sich bis über beide Ohren in den armen Fischer Karl verliebt hatte. Doch plötzlich treten in Gestalt von Neid – dessen Heiratsofferte von Lacrimosa abgewiesen wurde – und Hass zwei Bösewichter auf den Plan, welche angetrieben vom Motiv der Rache die Einlösung der von der Feeenkönigin aufgestellten Bedingungen mit allen Mitteln unterbinden

[265] Siehe zur zufriedenheitsgenerierenden Bedeutung positiver Wahrnehmungsfokussierung insbesondere: BECK 1979; BECK et al. 1997, 1999; ELLIS 1977, 2007, 2008; LUTZ 1983b&c, 1990 sowie SELIGMAN 2005. Die Kennzeichnung des Neides als Hauptquelle der Unzufriedenheit findet sich u.a. in folgenden Werken: HAUBEL 2003; HAYEK 1991: 118-119; HORAZ 2006: 307 sowie NUBER 2002 und 2003

[266] vgl. RAIMUND 1920a

[267] vgl. RAIMUND 1921

[268] vgl. RAIMUND 1990

[269] siehe zur werkgeschichtlichen Entwicklungslinie des Zufriedenheits-Themas bei Ferdinand RAIMUND insbesondere die Ausführungen von Reinhard URBACH (1973: 100-114 und 1975; 2008)

wollen. Als die Werke von Neid und Hass ihre Wirkung getan haben und die Lage mehr als aussichtslos anmutet, wird die Zufriedenheit zur Hilfe gerufen. Diese nimmt sich nun der Lage an, überlistet mit diversen Kniffen Neid und Hass und lässt das RAIMUNDSCHE Zaubermärchen glücklich Enden, nämlich mit der Hochzeit von Lottchen und Karl sowie der Aufhebung des gegen Lacrimosa gerichteten Fluches.

Bemühen wir uns nach dieser komprimierten Paraphrasierung der kardinalen Handlungsstränge des Theaterstücks nunmehr – wie bereits obig angekündigt – um eine textnahe Darstellung der erstmalig in der Dritten Szene des zweiten Aktes auftretenden Person der Zufriedenheit, so wollen wir der genauen Personencharakterisierung erst einmal einige Beschreibungen über den Ort voranstellen, wo die Zufriedenheit laut RAIMUND zu wohnen pflegt. Die Zufriedenheit wohnt bei RAIMUND fernab der Stadt einem in ländlichen Tal, deren Königin sie ist.[270] Hier lebt sie in einer beschaulichen, kleinen Hütte mit Garten, wobei sie am Tage zumeist auf ihrem moosbewachsenen Throne, über dem sich der schöne Baldachin des heitern Himmels spannt[271], sitzt und es sich des nachts auf einem Stein gemütlich macht.[272] „Küche und Keller werden" – so spricht die Zufriedenheit zu Lottchen, die sich bei ihr, nachdem sie von ihrem Stiefvater Wurzel durch die Werke Neides verstoßen wurde, um eine Art Haushälterinnenstelle bewirbt – „dir wenig Mühe verursachen, denn mich nähren die Früchte des Bewusstseins, mich tränkt die Quelle der Bescheidenheit"[273]. Ehe nun die Zufriedenheit als Person näher beschrieben wird, sei vorab ein längerer Dialog von überwältigender formaler und inhaltlicher Schönheit zitiert, in der die Zufriedenheit Lottchen darüber Auskunft erteilt, wie schwer ihre abgelegene und prunklose Behausung doch von den Menschen zu finden sei.

> **Zufriedenheit.** Hast du denn meine Hütte so leicht gefunden?
>
> **Lottchen.** Ach ja, das ist gar nicht schwer.
>
> **Zufriedenheit.** Glaubst du? – Viele Tausende wandern nach mir aus, und finden mich nicht, denn der dünne Pfad der zu mir führt, scheint ihnen nie der rechte zu sein. Siehst du dort oben die bunten Auen, wo des Glückes Blumen farbig winken? (Deutet auf den Blumenberg) Dort wollen sie mich finden, und je reizender der Pfad sie aufwärts lockt, desto tiefer entschwindet meine niedere Hütte aus ihrem getäuschten Auge; denn wer mich ängstlich sucht, der hat mich schon verloren.
>
> **Lottchen.** Aber auf jenen hohen Bergen muß doch eine schöne Aussicht sein?
>
> **Zufriedenheit.** Nicht für dich, mein Kind! Du gehörst ins Tal. Siehst du dort den hohen flimmernden Berg? Das ist die Alpe des Reichtums; und ihm gegenüber sein noch glänzenderer Nebenbuhler, der Großglockner des Ruhmes! Das sind schöne Berge, doch sende deine Wünsche nie hinauf; stark und erhebend ist die Luft auf ihren Höhen, aber auch der Sturmwind des Neides umsaust ihre Gipfel, und kann er die Flamme deines Glückes nicht löschen, so löscht er doch den schönen Funken des Vertrauens in deiner Brust auf immer aus.
>
> **Lottchen.** Das verstehe ich nicht.
>
> **Zufriedenheit.** Darin besteht ja dein Glück. Weil du mich nicht verstehst, bist du mit mir verwandt.[274]

Enthalten wir uns für den Moment einer zufriedenheitstheoretischen Interpretation dieser fulminanten Passage und wenden uns zuvorderst der Beschreibung der Zufriedenheit als Person zu. Nachdem Lottchen in der zweiten Szene des zweiten Aktes die Hütte der Zufriedenheit gefunden hat und an die Türe klopft, öffnet die Zufriedenheit zu Beginn der Dritten Szene desselbigen Aktes die Türe, wobei sie dem Leser wie folgt beschrieben wird: „Die Zufriedenheit, mit innerer Ruhe und heiterem Gemüte. Ihr An-

[270] vgl. RAIMUND 1920b: 29
[271] vgl. ebenda; 31
[272] vgl. ebenda: 30
[273] ebenda: 30
[274] ebenda

zug ist griechisch, eine einfache Toga, unbedecktes Haupt“[275]. Ferner erfahren wir in diesen ersten Zwiegesprächen zwischen der Zufriedenheit und Lottchen, dass sie – die Zufriedenheit – eine Dame ist[276], dass sie die Königin des Tales, indem die Hütte steht, ist[277], dass von ihrer Stirne das Diadem der Heiterkeit strahlt[278] sowie dass sie – der SPAEMANNSCHEN Zufriedenheitsauffassung diametral entgegengesetzt – für die Zukunft geplant hat, ihr ruhiges Tal wieder zu verlassen um in der Welt aktiv gutes herbeizuführen.[279] Zu guter letzt sei zur Charakterisierung der Zufriedenheit noch auf das Brautgeschenk verwiesen, dass die Zufriedenheit – nachdem sie durch einen entliehenen Zauberstab dafür Sorge trug, das Lottchen beim Anblick des an Karls Finger befindlichen Machtringes, der im vom Hass zugespielt wurde, beständig in Ohnmacht viel und somit den Weg zur Vermählung dieser beiden ebnete[280] – dem Hochzeitspaare überantwortete: Die „*Quelle der Vergessenheit des Üblen*“.[281]

Versuchen wir nun auf der Grundlage der in den vorausgehenden Zeilen getätigten Beschreibung der in RAIMUNDS Theaterstück auftretenden Dame namens Zufriedenheit, das sich hinter dieser dichterischen Wortakrobatik camouflierende Zufriedenheitskonzept ans Tageslicht zu locken, so zeigt sich erst einmal, dass die von RAIMUND hinsichtlich der Zufriedenheitsgenese zu Papier gebrachten Gedanken uns keine wesentlich neue Einsichten in den Entstehungsprozess der Zufriedenheit gewähren, da RAIMUND seine Zufriedenheitslehre in Analogie zur Sprachwissenschaft (Kapitel 2.2) sowie den beiden Zufriedenheitskonzeptionen von Michael WAGNER (Kapitel 2.4.2) und Gottfried August BÜRGER (hiesiges Kapitel) auf einem Wunschmodell errichtet, welches sich nur punktuell von diesen unterscheidet. Pointiert formuliert hebt sich der RAIMUNDSCHE Zufriedenheitsansatz der Gestalt von den drei obig genannten Genesemodellen ab, als dass RAIMUND die Ausbildung der Zufriedenheit weniger davon abhängig macht, dass die meisten oder liebsten Wünsche (WAGNER) *bzw.* alle vernünftigen Wünsche (BÜRGER) erfüllt sind, sondern vielmehr davon, dass man – ähnlich wie in FRANKFURTERS Selbstzufriedenheitsmodell – den richtigen, eigenen, angemessenen und notwendigen Wünschen nachstrebt[282], denen das Ich ein bedingungsloses „*Ja, ich will*“ entgegenzuhauchen vermag. Dass also die Zufriedenheit laut RAIMUND keineswegs mit dem Zustande der Wunschlosigkeit zusammenfällt[283], lässt sich anhand des nachstehend wiedergegebenen Dialogs zwischen der Zufriedenheit und Lottchen, indem diese das Lottchen über eben jenen Sachverhalt belehrt, belegen:

> **Lottchen.** Ach, du liebe Schwester! Wie soll ich dir danken?
>
> **Zufriedenheit.** Bleibe, wie du bist, und du hast den Lohn schon abgetragen.
>
> **Lottchen** (freudig)**.** Ach ja, wie ich bin – doch – nun ja, wie ich bin, nicht wahr?
>
> **Zufriedenheit.** Nun ja.
>
> **Lottchen.** Da muß ich aber auch auf immer ledig bleiben?
>
> **Zufriedenheit** (lächelnd)**.** Ja so! – Und du hast den schönen Wunsch, zu heiraten?
>
> **Lottchen.** Ja freilich. Doch sei nicht böse, liebe Schwester, seit ich bei dir bin, wünsche ich mir fast gar nichts mehr. Aber, wenn ich an meinen Karl denke, da kann ich doch mit dem Wünschen nicht recht fertig werden.

---

[275] ebenda: 29
[276] vgl. ebenda
[277] vgl. ebenda
[278] vgl. ebenda
[279] „Und hab' ich euch [Lottchen und Karl, T.K.] vereint“ – so spricht die Zufriedenheit – „geb' ich auch meinem Herzen dann ein Fest, durchziehe froh die Welt, und wo ich einen Armen finde, der krank liegt am Verlust der Freude, will ich schnell die Hand ihm reichen und sie überströmen lassen aus meinem Herzen in das seinige. Vielleicht gelingt es mir, ein Bündnis mit der Welt zu schließen, die ich so innig liebe, und die so hart mich von sich stößt“ [ebenda: 31-32]
[280] vgl. ebenda: 62-64
[281] ebenda: 66. Im Originaltext lesen wir: **Zufriedenheit.** Dies sei von mir zum Brautgeschenk (Sie winkt; ein kleiner Wasserfall entsteht, worüber sich die Worte befinden: „Quelle der Vergessenheit des Üblen.“ Ein Genius sitzt an der Quelle und reicht allen Becher.) [ebenda].
[282] vgl. URBACH 1975: 118
[283] vgl. ebenda

Zufriedenheit. Das sollst du auch nicht, liebes Lottchen! (…).[284]

Obschon wir also somit an dieser Stelle *ad notam* nehmen müssen, dass wir in Bezug auf unsere Metafragestellung nach der Genese der Zufriedenheit anhand der RAIMUNDSCHEN Zufriedenheitsgestalt keine gravierenden Erkenntniszuwächse verbuchen konnten, so wollen wir im Folgenden nichtsdestotrotz prüfen, inwieweit uns die RAIMUNDSCHEN Ausführungen über die Zufriedenheit jungfräuliche Einblicke sowohl hinsichtlich der zweiten kapitelleitende Fragestellung nach dem Wesen der Zufriedenheit als auch im Hinblick auf die Zufriedenheitstechniken zubilligen. Wenden wir uns nun in einem ersten Schritt mit der Frage nach dem „*Was ist die Zufriedenheit?*" an die RAIMUNDSCHE Schrift, so lassen sich aus dem Text folgende Antwortpartikelchen herausstanzen: *Erstens* geht die Zufriedenheitsbeseeltheit laut RAIMUND auf der subjektiven Gefühlsebene unumstößlich mit den Empfindungen der Heiterkeit und der Ruhe einher[285]; wobei er dem der Zufriedenheit zugeschriebenen Attribut der „inneren Ruhe"[286] angesichts seiner aktiven Zufriedenheitslehre[287] – die weiter unten noch ausführlicher besprochen wird – in keiner Weise eine äußere Form der Ruhe, welche sich in resignative Tatenlosigkeit auszeichnet, hinzugesellt wissen möchte. Neben diesen beiden im Zustande der Zufriedenheit aufkeimenden Gefühlsqualitäten erlaubt uns *zweitens* insbesondere der von der Zufriedenheit getätigte Ausspruch, dass sie sich von den Früchten des Bewusstseins ernähre[288], nicht nur einen abyssischen Einblick in das Wesen, sondern mitunter auch in die Genese der Zufriedenheit. Denn obzwar die Ausführung RAIMUNDS über das reproduzierende Labsal der Zufriedenheit sich insofern einer luziden Dekryptierung widersetzt, als das RAIMUND weder die Fruchtsorte noch den geistigen Prozess der Fruchtbildung näher bestimmt, so kann aus dieser Sentenz dennoch die logisch stringente Schlussfolgerung deduziert werden, dass die Zufriedenheit Bewusstsein, d.h. Reflexionsfähigkeit, zur Voraussetzung hat. Angemerkt sei, dass wir dadurch, dass RAIMUND die Zufriedenheitsbildung in Analogie zu FRANKFURTER an die Fähigkeit zur reflexiven Distanznahme zum eigenen Selbst knüpft, einen weiteres Beweismittel für die bereits gegen Ende des Kapitelpunktes 2.4.3 aufgestellte These, demnach die Gemütsverfassung der Zufriedenheit ausnahmslos dem Menschen und nicht dem Tiere vorbehalten ist, erhaschen. Zuzüglich der voranstehend notierten Einsichten können wir aus dem RAIMUNDSCHEN Zaubermärchen zur Beantwortung unserer Fragestellung nach dem Wesenswas der Zufriedenheit *drittens* konstatieren, dass sich das innere und äußere moralische Erscheinungsbild der RAIMUNDSCHE Zufriedenheit insofern dezidiert von der SPAEMANNSCHEN Figur des stoisch zufriedenen Menschen (siehe Kapitelpunkt 2.4.3) unterscheidet, als dass die Zufriedenheit sich gerade nicht gemäß der SPAEMANNSCHEN Vorstellung in ihrem Hüttchen einigelt und den Leiden ihrer Mitmenschen in einer Haltung passiver Gleichgültigkeit gegenübertritt, sondern in humanitär Absicht aktiven Einfluss auf den Weltprozess nimmt *resp.* nehmen möchte.[289] Ziehen wir in diesem Zusammenhang nun die Moralphilosophie Arthur SCHOPENHAUERS zurate, so kann der RAIMUNDSCHEN Zufriedenheit in der SCHOPENHAUERSCHEN Diktion ein *guter Charakter* bescheinigt werden, da sie entgegen des *schlechten Charakters* – welcher eine starke Scheidewand zwischen sich und der Welt, die ihm ein „ABSOLUTES NICHT-ICH"[290] ist – errichtet, in einer homogenen Beziehung zur Außenwelt lebt: „die Anderen" – so SCHOPENHAUER

[284] RAIMUND 1920b: 31
[285] vgl. ebenda: 29
[286] ebenda
[287] vgl. URBACH 1975: 125
[288] vgl. RAIMUND 1920b: 30
[289] vgl. RAIMUND 1920b: 31-32
[290] SCHOPENHAUER 1988c: 628

– „sind … [ihr, T.K.] kein Nicht-Ich; sondern »Ich noch ein Mal«. Daher ist … [ihr, T.K.] ursprüngliches Verhältniß zu Jedem ein befreundetes: … [sie, T.K.] fühlt sich allen Wesen im Inneren verwandt, nimmt unmittelbar Theil an ihrem Wohl und Wehe (…). Hieraus erwächst der tiefe Friede … [ihres, T.K.] Inneren und jene (…) zufriedene Stimmung, vermöge welcher in … [ihrer, T.K.] Nähe Jedem wohl wird“[291]. Ehe nun im Folgenden zum Abschluss unserer Ausführungen über die RAIMUNDSCHE Zufriedenheitslehre noch in knapper Form auf die von RAIMUND dargebotenen Techniken zur Habhaftwerdung der Zufriedenheit eingegangen werden soll, sei der Leser an dieser Stelle vorab darauf hingewiesen, dass die von Ferdinand RAIMUND im Jahre 1826 begründete aktive Zufriedenheitslehre – der zufolge die Zufriedenheit bestrebt ist, innerweltliche Armut und Krankheit im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu lindern[292] – partiell durch die zeitgenössischen empirischen Ergebnisse jener sozialpsychologischen Subdisziplin verifiziert wird, die sich mit dem Einfluss positiver Stimmungen auf die Bereitschaft zum prosozialen Handeln beschäftigt (siehe dazu Kapitel 2.6.6).

Betrachten wir nun also das Zaubermärchen nachstehend ein letztes Mal unter dem Gesichtspunkt der von RAIMUND sowohl explizit als auch implizit in den Text eingearbeiteten Zufriedenheitstechniken, so lassen in der Summe insgesamt *sieben* verschiedene Kunstfertigkeiten zur Erlangung der Zufriedenheitsbeseeltheit ausfindig machen: *Erstens* kann bereits allein auf der Basis der objektiven Beschreibungen des Wohnortes (ländlich), der Wohnstätte (Hütte) sowie des Anzug (griechischer Herkunft, einfache Toga, unbedecktes Haupt) der Zufriedenheit darauf geschlossen werden, dass eines der exponierten Mittel zur Gewahrwerdung der Zufriedenheit laut RAIMUND in einer genügsamen, anspruchslosen Lebensgrundhaltung zu finden ist. Bekräftigt wird diese erste Technik einerseits durch die Worte: „(…) mich tränkt die Quelle der Bescheidenheit“[293], welche RAIMUND der Zufriedenheitsfigur in den Mund legt, sowie andererseits durch die griechische Abstammung der Zufriedenheit, die der Autor der vorliegenden Arbeit als Verweis auf die Zufriedenheitslehre der antiken Lebensphilosophieschulen (Stoizismus, Epikurismus) deutet. Die *zweite* durch RAIMUND ins Spiel gebrachte Zufriedenheitstechnik findet sich nun in dem von der Zufriedenheit an Lottchen adressierten Ausspruch: „(…) wer mich ängstlich sucht, der hat mich schon verloren“[294]. Die hinter diesem *Apercu* verborgen liegende Zufriedenheitstechnik besteht nun meines Erachtens in der Einsicht, dass sich die Zufriedenheit – mit dem Philosophen Max SCHELER gesprochen – ausnahmslos „auf dem Rücken“[295] gegenstands- bzw. sinnbezogener Handlungen einstellt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass derjenige Mensch, der mit seinen Handlungen den primären Zweck verfolgt, auf direktem Wege in den Genuss der Zufriedenheit zu gelangen, sich der Zufriedenheit insofern als unwürdig erweist, als dass selbige dem Menschen ausnahmslos über den Umweg bejahenswerter Wunschstrebungen (z.B. Lottchens Heiratswunsch) zuteil wird. Eine treffende Wendung des dänischen Philosophen Sören Kierkegaard aufnehmend können wir zusammenfassend sagen, dass sich die RAIMUNDSCHE “*Tür der Zufriedenheit*“ – in Anlehnung an KIERKEGAARDS Tür des Glückes[296] – nur nach außen hin öffnen lässt und das jedweder Versuch, die Tür nach innen aufschließen zu wollen, dazu führt, dass die Tür nur noch kräftiger ins Schloss fällt. Als *drittes* Element der RAIMUNDSCHEN Zufriedenheitsberatung gebären sich nach Auffassung des Autors die

[291] ebenda: 629
[292] vgl. RAIMUND 1920b: 31-32
[293] RAIMUND 1920b: 30
[294] ebenda
[295] vgl. SCHELER 1921: 289 und 1963: 332
[296] KIERKEGAARD 1932: 21. Eine analoge Einsicht findet sich übrigens in den nachstehend zitierten Zeilen aus der »*Dreigroschenoper*« von Berthold BRECHT: „Ja renn nur nach dem Glück. Doch renne nicht zu sehr! Denn alle rennen nach dem Glück. Das Glück rennt hinterher [BRECHT 2004: 169].

von RAIMUNDS Gestalt der Zufriedenheit identifizierten Unzufriedenheitskleider des eitlen Wunschstrebens (Ruhm und Reichtum) sowie des Neides und des Hasses.[297] Wer also zufrieden werden möchte, so der Ratschlag RAIMUNDS, der muss sich dieser unzufriedenheitsschürrenden Nessusgewänder notwendigerweise entledigen. Wenden wir uns nun dem *vierten* von RAIMUND feilgebotenen Mittel zur Mehrung des auf dem psychischen Zufriedenheitskonto befindlichen Guthabens zu, so erblicken wir eine weitere Zufriedenheitstechnik in dem Brautgeschenk Lacrimosas, die den beiden frisch Vermählten „(…) das schönste Fischergut mit ewig reichem Fang"[298] darreicht. Interpretiert man nun diese Hochzeitsgeschenk aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive als Einsicht, dass zu einem zufriedenen Leben keinesfalls ein überbordender Reichtum, sondern vielmehr ein die basalen Grundbedürfnisse befriedigendes Auskommen notwendig ist, so erweist sich RAIMUND mitsamt dieser Zufriedenheitstechnik als brillanter Visionär, da unzählige empirische Studien zur nationalen wie internationalen Lebenszufriedenheit zu dem robusten Ergebnis gelangten, dass Einkommensverhältnisse oberhalb der Armutsgrenze[299] die Lebenszufriedenheit nicht mehr sonderlich ansteigen lassen.[300] Nehmen wir nun die *fünfte* der RAIMUNDSCHEN Techniken zur Steigerung der Zufriedenheitsdividende, die nach Ansicht des Autors in der an das Brautpaar adressierten Freundschaftszusicherung von Seiten der Zufriedenheit zum Vorschein kommt[301], in Augenschein, so beweist RAIMUND mit dieser Zufriedenheitstechnik ein weiteres mal seine enorme Weitsichtigkeit, da der positive Einflusses von Freundschaftsbildungen *resp.* sozialen Kontakten auf die Lebenszufriedenheit in mannigfachen empirischen Studien belegt werden konnte.[302] Betrachten wir nun abschließend die beiden letzten von RAIMUND feilgebotenen Zufriedenheitstechniken, so erblicken wir die *sechste* in dem Brautgeschenk der Zufriedenheit, in Worten: Der „*Quelle der Vergessenheit des Üblen*"[303]. Lassen wir in dem nachfolgenden Interpretationsversuch dieser Schenkung zu anfangs erst einmal die rein spekulative Frage, welche *bzw.* welches der drei überlieferten Grundübel (malum metahysicum, malum physicum, malum morale[304]) RAIMUND hier im Sinn hatte, außen vor und konzentrierten unsere Deutung ausschließlich auf den Terminus der Vergessenheit, so scheint RAIMUND in Form der obig genannten Gabe eine Zufriedenheitsarznei unters Volk bringen zu wollen, die mit den Slogans *„Lob der Gedächtnislosigkeit"* sowie *„Ein Hoch auf das unhistorische Bewusstsein"* wirbt. Ohne nun diese pharmazeutische Metapher über Gebühr beanspruchen zu wollen, so ist die Vorstellung jedoch nicht gänzlich unwahrscheinlich, dass gegen Ende eines audiovisuellen Werbespotts für eben dieses Zufriedenheitsmittelchen die folgenden Worte den Raum durchdringen könnten: »Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Schrift »*Vom Nachteil und Nutzen der Historie für das Leben*« oder fragen ihren Philosophen und Weltweisen Friedrich NIETZSCHE«; denn es ist ja gerade diese Bewusstseinsform, die NIETZSCHE in der voranstehend notierten Schrift an den Tieren – die als unhistorische Wesen an den

[297] vgl. RAIMUND 1920b: 30

[298] ebenda: 65

[299] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass hinsichtlich des ‚Einkommensschwellenwertes', nach dessen Überschreitung die Lebenszufriedenheit nicht weiter ansteigt, in der einschlägigen Forschungsliteratur kein Konsens besteht. Entsprechend osszilieren die in der Literatur diskutierten des ‚Einkommensschwellenwerte' in der Regel zwischen 8.000 und 20.000 US-Dollar pro Kopf-Einkommen (vgl. BINSWANGER 2006: 25; LAYARD 2005: 48; MULGAN 2004 und SELIGMAN 2005: 46).

[300] Siehe dazu insbesondere die folgenden Studien: ANDREWS & WITHEY 1976; BISWAS-DIENER & DIENER 2001; BLANCHFLOWER & OSWALD 2003; CAMPBELL 1976; Ders. 1978; DIENER 2000; DIENER et al. 1985a; 1993; 1995; 1999; DIENER & SUH 1997 und 2000; DIENER & OISHI 2000; DIENER & BISWAS-DIENER 2002; DIENER & SELIGMAN 2004; DUCAN 1975; EASTERLIN 1973; Ders. 1974; Ders. 2001; HARING 1984; INGELHART 1979; INGELHART & KLINGEMANN 2000; KAHNEMANN 2006 sowie VEENHOVEN 1993

[301] vgl. RAIMUND 1920b: 65

[302] Siehe dazu vor allem die nachfolgend aufgelisteten Studien: ABBEY et al. 1985; ARGYLE 2001: 224; BAKER et al. 1992; BINSWANGER 2006: 40, 152; BOWLING et al. 1991; BRENNER et al. 1989; FINCH et al. 1989; CSIKSZENTMIHALYI & HUNTER 2003; CLOSS & KEMPE 1979: 328; DIENER et al. 1985a; FREUND 1984: 27; KAHNEMAN et al. 2004; KLEIN 2003: 172, 283; LAYARD 2005: 82-83; LETTNER et al. 1996: 177; LYUBOMIRSKI 2008: 33 sowie SELIGMAN 2005: 81-82, 88-89

[303] vgl. ebenda: 66

[304] vgl. WILDFEUER 2003

„Pflock des Augenblicks“[305] gebunden sind – so schätze.[306] Das jedoch die sechste RAIMUNDSCHE Zufriedenheitstechnik nicht vollständig mit der nietzschianischen übereins fällt, zeigt sich darin, dass er die historische Wortkombination des »*es war*« nur in Verbindung mit den innerweltlichen Übeln ausradiert wissen möchte. Pointiert formuliert kann das Brautgeschenk der Zufriedenheit somit dahingehend interpretiert werden, dass es der individuellen Zufriedenheitsausbildung getreu RAIMUND zu pass kommt, wenn die Erinnerungen an moralische Übel (z.B. Krieg, Ausbeutung etc.), natürliche Übel (z.B. Naturkatastrophen) sowie persönliche Übel (z.B. beeinträchtigte Funktionalität eines Körperteils) wirkungsvoll aus dem Bewusstsein verbannt *resp.* gelöscht werden können. Bevor wir uns nachfolgend nun der *siebten* und letzten der RAIMUNDSCHEN Zufriedenheitstechniken widmen werden, sei an dieser Stelle vorab darauf hingewiesen, dass die obig beschriebene *sechste* Zufriedenheitstechnik äußerst kritisch zu betrachten ist, da eine praktische Umsetzung der Fähigkeit zur Vergessenheit des vergangenen Übels nach Ansicht des Autors dazu führen würde, dass der Mensch einer basalen Zufriedenheitstechnik, nämlich des temporalen Vergleichs, beraubt würde. Ohne diese kritischen Gedanken nun weiter auskleiden zu wollen, erscheint mir allerdings die sechste der von RAIMUND anempfohlenen Techniken eher dazu geeignet zu sein, die Vorherrschaft von Unzufriedenheits- denn von Zufriedenheitsgefühlen zu mehren, da es den Menschen verunmöglicht wäre, ihren möglicherweise guten gegenwärtigen Zustand mit einem vergleichsweise schlechtern aus früheren Zeiten zu vergleichen.[307] Sehen wir jedoch im Folgenden von dem zumindest fragwürdigen Charakters der *sechsten* Zufriedenheitsarznei ab und wenden uns stattdessen der *siebten* und somit letzten Technik zur Beförderung des Zufriedenheitsgefühls zu. Diese besteht nun nach Ansicht des Autors in dem konkreten Werk, welches die RAIMUNDSCHE Figur in dem Theaterstück vollbringt: Die Heirat. Indem also die Zufriedenheit in dem Bühnenstück dafür sorgt, dass sich Lottchen und Karl vermählen, kann eben dieses Gabinettstückchen der Zufriedenheit als ein Ratschlag zur Erlangung derselben gelesen werden. Gesetzt den Fall, dass RAIMUND gemäß dieser Interpretation seinerzeit in der Heirat wirklich ein probates Mittel zur Zufriedenheitsmaximierung erspähte, so kann RAIMUND insofern eine besondere pythische Gabe bescheinigt werden, als dass neuere Ergebnisse der Lebenszufriedenheitsforschung mehrfach eine signifikant positive Korrelation zwischen Eheschließung und Lebenszufriedenheit nachgewiesen haben.[308]

Versuchen wir nun an dieser Stelle – ehe nachstehend die Literaturgattungen des utopischen sowie dystopischen Romans auf ihre zufriedenheitstheoretischen Inhalte untersucht werden sollen – die in den vorausgehenden Zeilen zu Tage geförderten Erkenntnisse hinsichtlich des Stellenwertes der Zufriedenheit in den klassischen Werken der Literaturgeschichte nochmals in bündiger Form zusammenzufassen, so kann erst einmal festgehalten werden, dass wir mitsamt unserer obig getätigten Ausführungen die HOFSTÄTTERSCHE These, demnach sich die renommierten Schriftsteller in ihren Schriften zumeist

---

[305] NIETZSCHE 1981: 115

[306] vgl. WINTERSWYL 1995: 193-194

[307] Siehe zum Einfluss temporaler Vergleiche auf die Zufriedenheitsregulation insbesondere die Aufsätze von FERRING / FILLIP & SCHMIDT 1996: 142; FILLIP & BUCH-BARTOS 1994; FILIPP et al. 1997 sowie FILIIP & FERRIG 1998 und 2002. Darüber hinaus sei der Leser an dieser Stelle auf einen lesenswerten Text des Philosophen Wladyslaw TATARKIEWICZ verwiesen, in dem dieser anhand der zentralen Weisheitsaphorismen von Arthur SCHOPENHAUER den Nachweis erbringt, dass bei genauer Betrachtung die jeweils anempfohlene Lebensweise auch zu Unzufriedenheit und die entgegengesetzte Lebensmaxime zur Zufriedenheit führen kann (vgl. TATARKIEWICZ 1984: 28-29).

[308] vgl. FREUND 1984: 27; KLEIN 2003: 198; LAYRAD 2005: 80; LYUBOMIRSKY 2008: 32; LYUBOMIRSKY / KING & DIENER 2005; MASTEKAASA 1995 sowie SELIGMAN 2005: 100-101, 109 und TESCH-RÖMER 2006: 15. Eine kritische Einschätzung der nachhaltig positiven Auswirkungen der Vermählung auf die Lebenszufriedenheit findet sich bei LUCAS (2003), die in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis gelangt, dass der lebenszufriedenheitssteigernde Effekt der Heirat im durchschnitt nur ca. 2 Jahre anhält. Nach den ersten beiden Ehejahren – so die Erkenntnis der Studie – nähert sich der Lebenszufriedenheitswert infolge einer *hedonistischen Anpassung* (siehe zu diesem Mechanismus insbesondere die Artikel von FREDERICK & LOEWENSTEIN 1999 sowie BRICKMAN & CAMPBELL 1971) dem ursprünglichen Ausgangsniveau der Lebenszufriedenheit vor dem Heiratsritus an (vgl. LUCAS 2003).

über den Typus des ‚zufriedenen Menschen' ausschwiegen[309], partiell falsifizieren konnten. Denn obzwar die literarischen "Unzufriedenheitsschriften" den "Zufriedenheitsschriften" rein quantitativ überlegen waren, so konnten wir nichtsdestotrotz den Nachweis erbringen, dass sich die numerisch unterlegenen "Zufriedenheitsschriften" den "Unzufriedenheitsschriften" *in puncto* inhaltlicher Qualität nicht bloß als gleichwertig, sondern vielmehr als höherwertig erwiesen. Wenden wir uns nach dieser ersten allgemeinen – die *Primavistadiagnose* des Sozialpsychologen Peter HOFSTÄTTER korrigierenden – Feststellung, nunmehr der für uns brisanten Frage zu, inwieweit die zu Kapitelanfang aufgeworfenen Metafragstellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit anhand der im voranstehenden Textkörper dargestellten Konturierungen des Zufriedenheitsgefühls in den literarischen Werken von Johann Martin MILLER, Johann August BÜRGER sowie Ferdinand RAIMUND hinreichend beantwortet werden können, so gelangt man nach abermaliger Lektüre des vorliegenden Kapitelpunktes vorderhand zu der unerquicklichen Einsicht, dass die drei vorgestellten Literaten in ihren Schriften zwar ein enorm facettenreiches und progressives Spektrum unterschiedlichster Techniken zur Erwirtschaftung des Zufriedenheitsgefühls anbieten, jedoch in Bezug auf unsere kapitelleitenden Fragen nach dem „*Was ist Zufriedenheit*?" und „*Wie entsteht Zufriedenheit*?" vergleichsweise nur äußerst reduzierte Angaben machen. Legen wir nun zuerst die zweite unserer Metafragestellungen nach der Genese der Zufriedenheit schablonenartig an die obig besprochenen literarischen Werke an, so erhalten wir in der Summe keinen entscheidenden Erkenntniszuwachs, da sowohl BÜRGERS als auch RAIMUNDS Zufriedenheitsmodell *cum grano salis* auf einem Wunschkonzept gründet, welches sich in nahezu analoger Form bereits in den Zufriedenheitsansätzen der Sprachwissenschaft (Kapitel 2.2) und dem Philosophen Michael WAGNER (Kapitel 2.4.2) findet. Wenngleich wir also hinsichtlich unserer Fragestellung nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit aus den lyrischen und prosaischen Werken von MILLER, BÜRGER und RAIMUND keinen wirklich neuen Erkenntnisgewinn schöpfen können, so darf allerdings nicht der voreilige Schluss gezogen werden, dass selbiges auch für die Metafragestellung nach dem Wesen der Zufriedenheit gilt. Wenn wir nämlich die Analysekategorie „*Was ist Zufriedenheit*?" insbesondere über die RAIMUNDSCHEN Ausführungen zur Zufriedenheit stülpen, dann erhalten wir durchaus einige äußerst wertvolle Einblicke in das Wesen der Zufriedenheit, die den bislang untersuchten Wissenschaftsdisziplinen der Sprachwissenschaft, Theologie und Philosophie gänzlich verborgen blieben. Auf der Basis der RAIMUNDSCHEN Beschreibungen des inneren- (Ruhe und Heiterkeit) sowie äußeren Wesens (aktive Fürsorge) der Zufriedenheit können wir nun in Bezug auf unsere Fragestellung nach dem „Was ist Zufriedenheit?" für den Moment festhalten, dass sich der emotionale Zustand der Zufriedenheit auf der subjektiven Gefühlsebene als eine erregungsschwache Wohlfühlemotion präsentiert, der insofern ein *guter Charakter* bescheinigt werden kann, als das sie ihren Träger laut RAIMUND keineswegs zu einer inneren, moralischen Mumifizierung – die sich symptomatisch im so genannten kalt werden gegenüber dem Leid der Mitmenschen äußert – anhält, sondern ihn vielmehr zu einem anteilnehmenden, prosozialen Handeln anspornt.

2.5.1 Entwürfe des „zufriedenen Lebens" im utopischen Roman

Wurde in den voranstehenden Zeilen der Stellenwert und die Bedeutungszuweisung des Zufriedenheitsaffekts im Allgemeinen Kanon der Weltliteratur genauer zu umschreiben versucht, so soll nachfolgend

[309] vgl. HOFSTÄTTER 1986: 69

eine ganz spezifisches Literaturgenre – *nudis verbis* der klassisch utopistische Roman – dahingehend untersucht werden, welche Strukturmerkmale dem *zufriedenen und glücklichen Leben* innerhalb dieser fiktiven Idealgesellschaften zugrunde liegen sowie welcher Mittel sich diese Gesellschaften zur nachhaltigen Sicherung eben dieser erfüllten Lebensform befleißigen.

Die Analyse der zentralen utopischen Romane – angefangen beim Thomas MORUS »*Utopia*« (1517)[310] und Tommaso CAMPPELAS »*Sonnenstaat*« (1623)[311], über Francis BACONS »*Neu-Atlantis*« (1627)[312] und Ludwig Ernst von FARAMUNDS »*Die glückseeligste Insel auf der ganzen Welt, oder Das Land der Zufriedenheit*« (1728)[313], bis hin B.F. SKINNERS »*Walden Two. Vision einer aggressionsfreien Gesellschaft*« (1948)[314] und Aldous HUXLEYS »*Eiland*« (1962)[315] – anhand der Kategorien 'Wesen der Zufriedenheit', 'Genese der Zufriedenheit' und 'Techniken zur Zufriedenheitsgenese' führte auf der einen Seite zu dem Ergebnis, dass der Begriff der Zufriedenheit *bzw.* des zufriedenen Lebens in all den genannten Schriften entweder hochgradig undifferenziert, d.h. äquipollent zu den Begriffen Glück, Sorglosigkeit, Freude und Glückseeligkeit genutzt oder aber inhaltlich nicht näher bestimmt und zur Gänze der Vorstellungskraft des Lesers überantwortet wird. Auf der anderen Seite kam die Untersuchung zu der überraschenden Erkenntnis, dass die obig angeführten Utopie-Romane, trotz ihrer zum Teil stark divergierenden ideologischen Hintergrundfolien, bezüglich der gesellschaftlichen Voraussetzungen *resp.* Techniken zur fortwährenden Zufriedenheitsbildung überwiegend mit einer Stimme zu sprechen scheinen. Pointiert formuliert überschneiden sich die utopischen Werke von MORUS bis HUXLEY dahingehend, dass sie allesamt in der Negation der menschlichen Neidanfälligkeit *bzw.* in der weitgehenden Ausradierung neidbegünstigender sozialer Ordnungen sowie in der Reduktion der Bedürfnisse auf die zum (Über-) Leben notwendigen Güter die unumstößlichen Grundpfeiler einer vollauf zufriedene Mitglieder beherbergenden Gesellschaft erblicken. Aus der einheitlichen Auffassung, dass die Mäßigung der Bedürfnisse und Wünsche als eine der zentralsten Techniken der Zufriedenheitsgewinnung angesehen wird, kann nun hinsichtlich unserer Frage nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit gefolgert werden, dass die Zufriedenheitskonzepte der obig ausbuchstabierten utopischen Gesellschaftsentwürfe allesamt auf einem Bedürfnis- *resp.* Wünschmodell gründen, welches sich nicht sonderlich von den gleichermaßen fundierten Zufriedenheitskonzepten der Sprachwissenschaft (Kapitel 2.2), des Philosophen Michael WAGNER (Kapitel 2.4.2) sowie der im vorausgehenden Kapitelunterpunkt beschriebenen Ansätze von Johann August BÜRGER und Ferdinand RAIMUND unterscheiden und somit keinen wesentlich neuen zufriedenheitstheoretischen Erkenntniszuwachs darzubieten vermögen. Ehe wir nun ungeachtet dieser äußerst mageren Ausbeute nachstehend etwas ausführlicher auf den heutzutage recht unbekannten und ausschließlich in altdeutscher Sprache vorliegenden utopischen Gesellschaftsentwurfs Ludwig Ernst von FARAMUND »*Die glückseeligste Insel auf der ganzen Welt, oder Das Land der Zufriedenheit*« eingehen werden, sollen vorderhand dem Leser zur besseren Visualisierung einige ausgewählte Mittel zur Neidnegation und Bedürfnisreduktion dargestellt werden, die in den bekannten Utopien von MORUS, CAMPANELLA, SKINNER und HUXLEY Anwendung finden.

[310] vgl. MORUS 2005
[311] vgl. CAMPPELAS2005
[312] vgl. BACON 2005
[313] vgl. FARAMUND 1970
[314] vgl. SKINNER 1969
[315] vgl. HUXLEY 1984

Betrachten wir also die in den utopischen Staaten eingesetzten Instrumente zur Ausschaltung des menschlichen Neides, der als primärer Unzufriedenheitsgrund angesehen wird, so werden wir des Umstandes gewahr, dass sich die meisten Gesellschaftsutopien zur Neidnegation quasi präkommunistischer Uniformitätstechniken bedienen. Dem gemäß wohnen *bspw.* die Bürger sowohl in MORUS »*Utopia*« und CAMPANELLAS »*Sonnenstaat*« als auch in SKINNERS »*Walden Two*« sowie in FARAMUNDS »*Die glückseeligste Insel*« in gleich ansehnlichen Gebäuden.[316] Anschlussfähig daran unterwerfen sich die Einwohner der Insel *Utopia*[317], des *Sonnenstaates*[318] und der *glückseeligsten Insel*[319] zur Einebnung des Neides einer homogenen Kleidungsordnung. Als weitere Mittel zur Eindämmung der menschlichen Neidanfälligkeit fungieren insbesondere in den Gesellschaftsentwürfen von MORUS und CAMPANELLA die Aufhebung *komparativer Knappheit* infolge gerechter Güterverteilung[320], die tendenzielle Auflösung des Privateigentums[321] sowie die Befreiung aus entfremdeter Arbeit.[322]

Zur Realisierung des zweiten Grundpfeilers einer zufriedenen Gesellschaft, welcher sich in einer maßvollen, d.h. ausschließlich auf die lebensnotwendigen Güter ausgerichteten, Lebenshaltung der Bürger materialisiert, nutzen die einzelnen utopischen Staatsgebilde von MORUS bis HUXLEY höchst heterogene und bisweilen – speziell im Falle von HUXLEYS »*Eiland*« – überaus bizarr anmutende Techniken. Versucht CAMPANELLA in seinem »*Sonnenstaat*« noch in bewährter behavioristischer Manier die menschlichen Begierden mittels positiver Verstärkung des Asketentums[323] zu zähmen, so bemächtigt sich MORUS im Rahmen seiner »*Utopia*« einer ausgefeilten Sittenlehre, der zufolge die Utopianer den von Natur aus nützlichen und allgemein verbreiteten Dingen wie Luft, Wasser und Ackerbanden den höchsten Wert beipflichten. „Nur die Torheit der Menschen" – so MORUS –„[hat, T.K.] der Seltenheit einen besonderen Wert beigemessen"[324]. Die konsequente Umsetzung dieser Sittenlehre führte unter anderem dazu, dass knappe Güter wie Gold und Silber auf der Insel *Utopia* dank gewiefter Kulturtechniken ein negatives Stigma erhielten. So „(…) stellen sie [die Utopianer, T.K.] aus Gold und Silber (…) allerorts Nachtgeschirre und lauter Gefäße für schmutzige Zwecke her. Zudem werden die Ketten und schweren Fußfesseln, in die sie die Sklaven schließen, aus denselben Metallen geschmiedet. Schließlich tragen alle, die irgendein Verbrechen ehrlos gemacht hat, goldene Ringe an den Ohren, Goldringe an den Fingern, Goldketten um den Hals, und sogar auf den Kopf haben sie einen goldenen Reif. So sorgten sie auf jede Art und Weise dafür, dass Gold und Silber bei ihnen in Verruf stehen"[325]. Bevor im nachfolgenden näher auf die ruhmlose Utopie »*Die glückseeligste Insel auf der ganzen Welt, oder Das Land der Zufriedenheit*« von Lud-

---

316 vgl. CAMPANELLA 2005: 117-126; FARAMUND 1970: 111-112; MORUS 2005: 49, 50, 52 und SKINNER 1972: 33-34. Angemerkt sei, dass insbesondere der letztgenannte Autor namens SKINNER im Rahmen seiner Utopie von nachstehenden Worten Karl MARX beeinflusst scheint, der in seinem Werk »*Lohnarbeit und Kapital*« folgendes notiert: „Ein Haus kann groß oder klein sein. So lange die Häuser in der Nachbarschaft genau so klein sind, ist es vollkommen ausreichend. Wenn aber neben einem kleinen Haus ein Palast entsteht, wird das kleine Haus zur Hütte" [MARX 1998: 31].

317 So lässt Thomas MORUS seinen Weltreisende Raphael Hythlodeus folgendes von der Insel *Utopia* berichten: „(…) die Kleider haben über die ganze Insel hin denselben Schnitt (…)" [MORUS 2005: 54]. Darüber hinaus ist die Kleiderfarbe „(…) auf der ganzen Insel dieselbe, und zwar die Naturfarbe" [ebenda: 58].

318 „Zunächst muss man wissen, dass Männer und Frauen fast dieselbe Bekleidung haben (…) wenn auch die Frauen das Gewand bis unter die Knie, die Männer aber nur bis zum Knie tragen" [CAMPANELLA 2005: 125]. Ferner verlautbart der dem Großmeister berichterstattende Genuese: „Alle tragen weiße Kleidung (…)" [ebenda: 130]. Siehe ferner ebenda: 135.

319 vgl. FARAMUND 1970: 26-27. Siehe dazu ausführlich die Fußnoten 341 und 342 des vorliegenden Kapitels

320 vgl. CAMPANELLA 2005: 123, 134 und MORUS 2005: 59-60

321 vgl. CAMPANELLA 2005: 129-131 und MORUS 2005: 49, 58

322 vgl. CAMPANELLA 2005: 136 und MORUS 2005: 49-50, 55-56. Eine radikale Ablehnung des kapitalistischen Arbeitsethos findet sich übrigens auch auf der Insel ‚Pala' in HUXLEYS Roman-Utopie »Eiland« verwirklicht: „(…) in Pala sind Höchstleistungen kein Kategorischer Imperativ wie bei euch. Ihr denkt zuallerst an ein Maximum an Arbeitsertrag innerhalb eines Minimums an Zeit. Wir denken zuerst an die Menschen und ihre Zufriedenheit. Das Wechseln von einer Beschäftigung zur anderen schafft gewiß nicht den höchsten Arbeitsertrag in der kürzesten Zeit. Aber die meisten tun das lieber, als einer einzigen Beschäftigung ihr ganzes Leben lang nachzugehen. Wenn es zwischen mechanischer Tüchtigkeit und zufriedenen Menschen wählen heißt, wählen wir Zufriedenheit" [HUXLEY 1984: 179].

323 Diejenigen Sonnenstaatler „(…) die sich bis zum einundzwanzigsten Lebensjahr des Beischlafes enthalten, und mehr noch die, die es bis zum siebenundzwanzigsten tun, werden in den öffentlichen Versammlungen durch Ehren und Lieder gefeiert" [CAMPANELLA 2005: 131].

324 MORUS 2005: 65

325 MORUS 2005: 66.

wig Ernst von FARAMUND eingegangen werden soll, möchte der Verfasser an dieser Stelle noch kurz einige der unkonventionellen Techniken skizzieren, die auf der utopischen Insel Pala in HUXLEYS Roman »*Eiland*« zur Limitierung des menschlichen Bedürfnishaushalts eingesetzt werden. Damit sich *jeder halbwegs intelligente junge Mensch* eine recht gute Vorstellung darüber machen kann, welche Dinge im Leben eines Menschen wirklich kostbar und erstrebenswert sind, wird auf der Insel Pala jedes Kind zum Zwecke der Konsumimmunisierung einem zweistufigen Initiationsritus, dessen Bewältigung den Übergang vom Kindesalter zum Erwachsenensein einläutet, unterworfen.[326] Die erste Stufe des palaneischen Einweihungsrituals besteht darin, dass die jungen Einwohner eine steile Bergwand erklettern müssen.[327] „Eine Prüfung, die den jungen Leuten dazu verhilft, die Welt, in der sie werden leben müssen, zu verstehen, ihnen dazu verhilft, die Allgegenwart des Todes zu erkennen, die wesentliche Gefährdung aller Existenz"[328]. Nach dieser ersten Prüfung, die einen unvermeidlich an zentrale Philosopheme der Existenzphilosophie Karl JASPERS denken lässt[329], werden den Jungen und Mädchen vierhundert Milligramm der *moksha*-Medizin – die von den Palinesern auch als „Wirklichkeits-Enthüllerin"[330] oder als „Pille der Wahrheit und Schönheit"[331] bezeichnet wird – eingeflösst.[332] Die *moksha*-Medizin verhilft den jungen Menschen laut HUXLEY zu einer *vollentfalteten mystischen Erfahrung*[333] in der sie die von den Ketten ihres Ichs befreit werden und mit der Welt verschmelzen. In der heiligen Fusion von kletternder Zerreißprobe und *moksha*-Medizin induzierter Enthüllung im Initiationsritus sehen die Palineser das stärkste Mittel lokalisiert, um ihre Nachkommen gegen den ubiquitären Konsumwahn zu wappnen. Da die *moksha*-Medizin jedoch „(…) nur ein gelegentlicher Festschmaus"[334] sein soll, bedienen sich die Palineser zur Konservierung ihrer konsumkritischen Einstellung einer beoähnlichen Vogelart namens *Myna*, der die Einwohner Palas durch die repetierenden Ausrufe der Sätze »*Hier und Jetzt*« sowie »*Gib acht*«[335] einerseits für die wichtigen Momente der Gegenwart sensibilisiert und andererseits das Initiationsritus erfahrene *memento mori* verfestigt.

Zum Abschluss der in diesem Unterkapitel vorgenommenen Utopie-Exkursion, wird nachfolgend noch kurz auf den Inhalt der in Vergessenheit geratenen visionären Schrift »*Die glückseeligste Insel auf der ganzen Welt, oder Das Land der Zufriedenheit*« von Ludwig Ernst von FARAMUND Bezug genommen. Von beachtenswerter Relevanz ist diese Utopie allein schon deshalb, weil ihr Autor FARAMUND nicht nur die Bräuche, Sitten, Regierungsformen und Lebenspraktiken der Inselbewohner haarfein darzustellen weis, sondern darüber hinaus den Leser in Form einer Kartographie über die topographischen Besonderheiten des »*Land der Zufriedenheit*« aufklärt:

---

[326] vgl. HUXLEY 1984: 192-193

[327] vgl. ebenda: 193

[328] ebenda: 192

[329] Siehe dazu insbesondere den Begriff des ‚Grenzsituation' bei Karl JASPERS, wobei anzumerken ist, dass JASPERS unter seinem Terminus der ‚Grenzsituation' nicht Grenzerfahrungen im Messnerschen Sinne – also die Todeserfahrung an den Grenzen der physischen Belastbarkeit – versteht, sondern immerseinende, unwandelbare Situationen, die dem Dasein selbst gegeben sind [vgl. JASPERS 2000: 133]. Der Verweis auf den JASPERSCHEN Begriff der ‚Grenzsituation' ist in unserem Zusammenhang jedoch insofern treffend, als dass JASPERS die sich selbst ergreifende Existenz zentral mit der Erfahrung einer Grenzsituation verknüpft. Simplifiziert formuliert ging JASPERS davon aus, dass sich der Mensch erst in Grenzsituationen, d.h. im Angesicht von Tod, Leid, Kampf oder Schuld, seiner selbst bewusst wird und somit den Sprung aus dem alltäglichen, uneigentlichen Dasein in das authentische, ergriffene Selbstsein ermöglicht [vgl. ebenda: 134-135]. „(…) wir werden" – so JASPERS – „wir selbst, indem wir in die Grenzsituation offenen Auges eintreten" [JASPERS 1965b: 204]. Ferner sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Begründer der Logotherapie Viktor E. FRANKEL ein begeisterter Bergsteiger war, der immer wieder in die zerklüftete Berglandschaft aufbrach, um an den rauen Felsen die „*Trotzmacht des Geistes*" zu schärfen [vgl. FRANKL 2006]

[330] HUXLEY 1984: 164

[331] ebenda

[332] vgl. ebenda: 193

[333] vgl. ebenda: 166

[334] ebenda: 222

[335] vgl. 83; Der Leser sei an dieser Stelle auf den interessanten Sachverhalt verwiesen, dass der Wahrspruch des widerständlerischen Waldgängers von Ernst JÜNGER sich aus den Worten »Jetzt und Hier« zusammensetzt (vgl. JÜNGER 2007: 66).

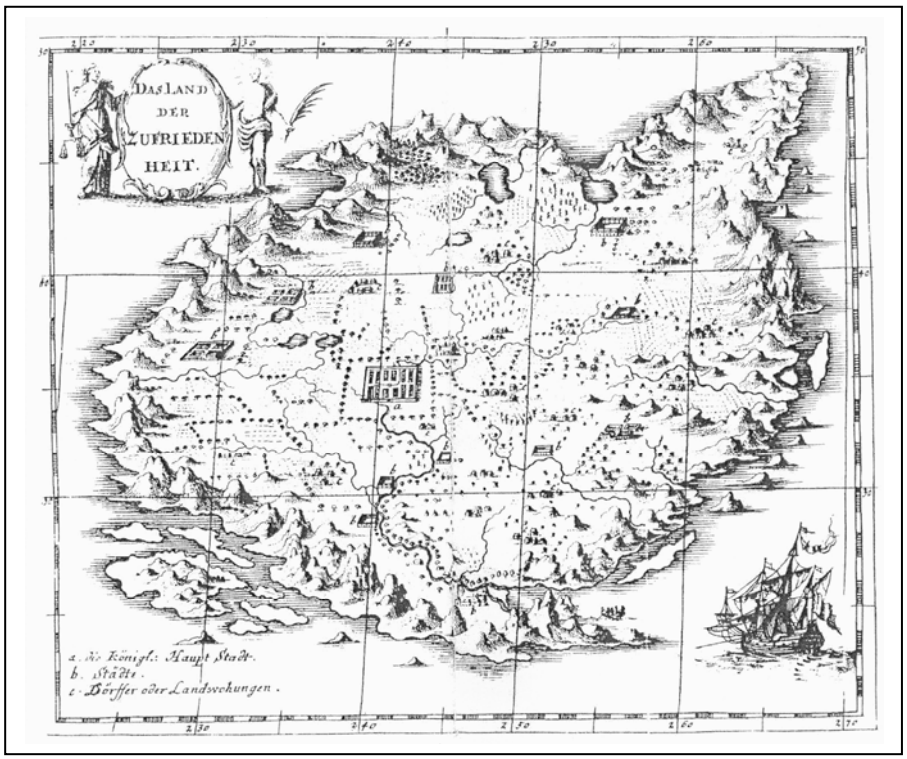


Abb. 3: Das Land der Zufriedenheit[336]

Eine detaillierte Beschreibung des »*Land der Zufriedenheit*« anhand der dargestellten Karte (Abb. 3) sowie den textlichen Ausführungen FARAMUNDS zeigt folgendes auf: *Das Land der Zufriedenheit*, welches „(…) in ihrem Umfange ungefähr mit dem Königreich Irland zu vergleichen“[337] ist, liegt laut FARAMUND nördlich der Salomon-Inseln. Es ist von riesigen kalkweißen Bergen umsäumt[338] und weist trotz dieser *prima facie* unwirtlichen Umwelt einen derart fruchtbaren Boden auf, dass die christlichen Inselbewohner – die sich als Nachkommen Noahs begreifen[339] – niemals Knappheit an lebensnotwendigen Gütern leiden müssen.[340] Da jedoch eine umfassende Inhaltswiedergabe der FARAMUNDSCHEN Utopie sowohl den Rahmen dieser Arbeit sprengen als auch den definitorischen Zweck dieses Unterkapitels unterminieren würde, werden wir uns nachstehend ausschließlich darauf besinnen, die in dieser Staatsutopie angewandten Techniken zur Zufriedenheitsgenerierung aufzuzeigen. Es sei an dieser Stelle vorausgeschickt, dass sich FARAMUND mit seiner Schrift *in puncto* Definition des Zufriedenheitsaffekts in Reih und Glied mit seinen namhaften utopistischen Dichtergenossen von MORUS bis HUXLEY befindet, d.h. der Begriff der Zufriedenheit bleibt in FARAMUNDS Utopie ähnlich blutleer oder wird – wie es der Titel des Buches bereits vorwegnimmt – semantisch äquivalent zum Begriff der Glückseeligkeit verwendet. Aufgrund dieser definitorischen Unzulänglichkeiten scheinen einzig und allein die zufriedenheitsevozierenden Techniken und Mittel der Inselbewohner erkenntnisträchtig zu sein. Nimmt man folglich die zufriedenheitsschürenden Instrumente der »*glückseeligsten Insel*« genauer in Augenschein, so stellt man fest, dass sich die Einwohner ähnlicher Mittel zur Negation des Neides sowie zur Beschränkung des Bedürfnishaushalts befleißigen, wie sie im obigen Textabschnitt schon in den utopischen Werken von MORUS, CAMPANELLA, SKINNER und HUXLEY nachgewiesen wurden. Entsprechend tragen die

[336] entnommen aus FRARAMUND 1970: 40
[337] FARAMUND 1970: 13
[338] vgl. ebenda: 10-11
[339] vgl. ebenda: 19
[340] vgl. ebenda: 12

Bürger des *Land der Zufriedenheit* eine einheitlich geformte Kleidung in ausnahmslos blauer Farbe[341] und wohnen allesamt in Häusern gleicher Bauweise, „(…) welche nur ein Stockwerk haben (…) und keines prächtiger erbaut [ist, T.K.] ist, als das andere (…)“[342]. Darüber hinaus verfügen das Land der Zufriedenheit in Gestalt des alten und neuen Testaments sowie eines Geschichtsbuchs – indem die Historie der Insel festgehalten wird – nur über drei Bücher, so dass der überwiegende Teil der Inselbevölkerung sich nicht nur prächtig in der göttlichen Offenbarung auskennt, sondern gewillt ist, ein gottgefälliges Leben zu führen. Dem gemäß sind die Bewohner der Insel bestrebt, ihre „(…) Seelen von allen fleischlichen, irdischen und vergänglichen Gedanken und Einbildungen abzuwenden (…)“[343], in welchen sie in Gefolgschaft der Erbsünde einen triftigen Grund für die menschliche Unzufriedenheit lokalisiert sehen. Abschließend sei angemerkt, dass die FARAMUNDSCHEN Insulaner neben der Neidanfälligkeit sowie der Leiblichkeit des Menschen in Form der Eitelkeit und des Müßigganges zwei weitere Hauptquellen der Unzufriedenheit ausfindig gemacht haben, die es zum Zwecke der allumfassenden Zufriedenheitsgestimmtheit trockenzulegen gilt. Greift die Inselgemeinschaft zur Unterbindung jeglichen Oblomowtums auf repressive Mittel zurück[344], so pflegt sie zur Eindämmung der Eitelkeit unter anderem einen besonderen Umgang mit dem Kulturphänomen des Spiegels. Ungeachtet der vergeblichen Mühen des Literaten Elias CANNETTI, der in seinem Drama »*Die Komödie der Eitelkeit*« die Menschheit durch ein rigoroses Spiegelverbot von ihrer narzisstischen Selbstgefälligkeit zu befreien beabsichtigte[345], verzieren die Insulaner ihre Spiegelrahmungen mit Abbildungen von Menschen-Knochen und Toten-Köpfen, die den jeweiligen Spiegelnutzer permanent „an die Vergänglichkeit unseres Lebens erinnern“[346] soll.

2.5.2 Entwürfe des „zufriedenen Lebens“ im dystopischen Roman

Nachdem im vorausgehenden Kapitelabschnitt die zentralen utopischen Gesellschaftsromane daraufhin untersucht wurden, inwiefern der Zufriedenheitsaffekt im Rahmen dieser Schriften sowohl inhaltlich definiert als auch gesellschaftlich hergestellt wird, soll in den nachstehenden Zeilen die Literaturgattung des Antiutopischen-Romans, der in der literaturwissenschaftlichen Nomenklatur als Dystopie ausgewiesen wird, einer analogen Untersuchung unterzogen werden. Mit dem Begriff *Dystopie* werden in der Literaturwissenschaft insbesondere all jene gesellschaftlichen Zukunftsgebilde versehen, die von einem totalitären Regime – welches sich in seiner Staatsführung äußerst repressiver und antihumanistischer Mittel befleißigt – geleitet werden. Vorausgestellt sei jedoch, dass diese literaturwissenschaftlich abgesteckte Grenzziehung zur Trennung zwischen Utopie und Dystopie zum Teil einen hohen Permeabilitätsgrad aufweist, d.h. die Übergänge zwischen diesen beiden Literaturgattungen sind stellenweise fließend. So wird *bspw.* der unter dem Utopielabel kursierende Gesellschaftsentwurf B.F. SKINNERS »*Walden two*« von einer breiten Leser- und Autorenschaft als eine dezidiert antiutopische Gesellschaftsvision verstan-

---

[341] vgl. ebenda: 16; „Die durchgängige blaue Kleider-Tracht aber kömmet vornehmlich daher, weil der Indigo unter allen Farben allhier am häuffigsten und leichtesten zu haben, und weil die baumwollene Zeuge, darin sich alle Einwohner ohne Unterschied kleiden, gar bald schmutzig würden, wenn sie ungefärbt und weiß, wie sie von natur seiend, getragen würden. Sowohl die Kleidung des Königs, als auch aller geistlicher und weltlicher, vornehmlicher und geringerer Personen ist, allesamt von einerlei Farbe, von einerlei Zeuge und von einerlei Manier; jedoch mit diesem geringen Unterschiede. Der König hat auf seinem Rock, und zwar auf der linken Brust, eine von gelber Seide gestickte Krone, die Geistlichen ein dergleichen Kreuz, und die obrigkeitliche Personen den Stab Mosis, an denen vom häuslichen Stande aber ist kein Zeichen auf ihren Kleidern zu sehen“ [ebenda, 26-27].

[342] 17; An anderer Stelle finden sich in diesem Zusammenhang folgende Ausführungen: „(…) weil sie nicht vielerlei Dinge zu ihrer Notdurfft gebrauchen (…) weil sie keines Reichthums nenöthigt seiend, sondern sich mit wenigen vergnügen. Es ist nemlich ihre Kleidung einfältig, ihre Leibes-Nahrung in Essen und Trinken mäßig, und ihre Wohnung nicht kostbar; dergestallt dass der unnützliche und eitle Reichthum ihnen keine Zufriedenheit geben, sondern vielmehr eine beschwerliche Last sein würde“ [ebenda, 111-112]. Sowie „Die Häuser allhier seiend nicht prächtig sondern bequem gebaut (…)“ [ebenda, 119].

[343] ebenda: 41

[344] Ferner sei darauf verwiesen, dass auch in MORUS »*Utopia*« sowie CAMPANELLAS »*Sonnenstaat*« jedwede Art des „unnützen“ Müßigganges unterbunden werden soll (vgl. MORUS 2005: 54 und CAMPANELLA 2005: 127).

[345] vgl. CANETTI 2004

[346] FARAMUND 1970: 167

den. In ähnlicher Weise stände nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit CAMPANELLAS *Sonnenstaats*-Utopie, indem systematisch Eugenetik betrieben wird[347], das Signum der Dystopie besser zu Gesicht.

Die aufgezeigten literaturwissenschaftlichen Zuordnungsprobleme außen vor lassend, sollen in den nachstehenden Zeilen einige ausgewählte Dystopien dahingehend untersucht werden, welchen Stellenwert und welche Bedeutung sie dem Gemütszustand der Zufriedenheit beimessen. Anschlussfähig an die in Kapitel 2.5.1 vorgenommene Utopie-Untersuchung dienen dem Autor die Kategorien *'Wesen der Zufriedenheit', 'Genese der Zufriedenheit'* sowie *'Techniken zur Zufriedenheitserwirtschaftung'* als analytische Hintergrundfolien.

Durchleuchten wir nun die klassischen Werke der dystopischen Literatur anhand dieser Kategorien, so kommen wir unweigerlich zu der ernüchternden Erkenntnis, dass dem Zufriedenheitsbegriff in diesen Schriften überwiegend – mit Ausnahme des 1920 verfassten Buches »*Wir*« von Jewgenij SAMJATIN – nur eine äußerst marginale Nebenrolle zuteil wird. Der schriftstellerische Schwerpunkt liegt somit weniger auf der präzisen Definition des zufriedenen und glücklichen Lebens, als vielmehr auf der Beschreibung der gesellschaftlichen Techniken zur Konservierung dieser jauchzenden Seelenzustände. Zur Belegung dieses Tatbestandes sei der Leser auf die bekannten negativen Utopien von Ray BRADBURY »*Fahrenheit 451*«[348] und Aldous HUXLEYS »*Schöne neue Welt*«[349] verwiesen. So tätigen sowohl BRADBURY als auch HUXLEY in ihren Dystopien zwar keine expliziten Aussagen über die Entität des »*zufriedenen Lebens*«, führen aber einerseits in Form der Bücherverbrennung[350] sowie andererseits in Gestalt der „Zufriedenheits-Pille" Soma[351] zwei ausgeklügelte Techniken zur beständigen Aufrechterhaltung eines erfüllten Lebens an. Eine Ausnahme im Bannkreis der dystopischen Literatur bildet diesbezüglich hingegen die Schrift »*Wir*« von Jewgenij SAMJATIN, welche die weltweit berühmtesten Anti-Utopien »*Schöne neue Welt*« (1932) von Aldous HUXLEY und George ORWELLS im Jahre 1948 erschienen Roman »1984«[352] nachhaltig inspirierte. Nebst einer bündigen Inhaltsübersicht des »*Wir*«-Romans werden wir in den nachfolgenden Zeilen insbesondere auf die von SAMTJATIN in dieser Schrift aufgestellte *Formel der Zufriedenheit* eingehen. Überspitzt formuliert bündelt diese »*samjatinsche Zufriedenheitsformel*« – einer Linse gleich – in ihren Strukturelementen den Grossteil aller in den vorausstehenden literaturwissenschaftlichen Unterkapiteln herausklamüserten Angaben zum Wesen und Genese der Zufriedenheit. Bevor die »*samjatinsche Zufriedenheitsformel*« allerdings einer gründlichen Betrachtung unterzogen wird, sei vorderhand aus hermeneutischen Gründen der Inhalt des Romans »*Wir*« grob skizziert: In SAMJATINS Roman erfährt der Leser anhand der Tagebuchnotizen des Bürgers Nr. D-503 – einem Raketeninstrukteur – das bis ins kleinste Detail streng reglementierte und überwachte Leben der Menschen innerhalb eines auf mathematischen Gesetzmäßigkeiten fußenden totalitären Staates, der bei SAMJATIN programmatisch der *Einzige Staat* heißt. Die Tagebuchaufzeichnungen von Nr. D-503 können als unmittelbare Reaktion auf einen Aufruf in der Staatszeitung, demnach sämtliche Nummern des Einzigen Staates dazu angehalten werden, „(…) Traktate, Poeme, Manifeste, Oden und andere die Schönheit und erhabene Größe des Einzigen Staates preisende Werke zu verfassen"[353], verstanden werden. Das totalitäre Regime beabsichtigt diese Pamphlete – in denen die Bürger dem *mathematisch-fehlerfreie Glück* des Einzigen Staates huldigen

[347] vgl. CAMPANELLA 2005: 131
[348] vgl. BRADBURY 2000
[349] vgl. HUXLEY 2001
[350] vgl. BRADBURY 2000
[351] vgl. HUXLEY 2001
[352] vgl. ORWELL 2007
[353] SAMJATIN 2006: 5

– mittels des ersten Raketenflugzeugs namens *Integral* in den Orbit zu schießen. Ziel dieses extraterrestrischen Unterfangens „(…) ist es, jene unbekannten Wesen, die auf anderen Planeten – vielleicht noch in dem unzivilisierten Zustand der Freiheit – leben, unter das segenreiche Joch der Vernunft zu beugen“[354]. Dem gemäß versucht die Nr. D-503 in seinem Tagebuch – jedenfalls zu dessen Anfang – dem unbekanntem Leser haarklein die gesellschaftlich notwendigen Bedingungen aufzuzeigen, die zum Zwecke eines ringsum *zufriedenen* und *glücklichen Lebens* – wie es die Bürger *resp.* Nummern des Einzigen Staates führen dürfen – zu verwirklichen sind. Vor dem Hintergrund dieser „*Lobeshymnen*“ findet sich im fünften Tagebucheintrag von Nr. D-503 die voranstehend bereits angesprochene »*Formel der Zufriedenheit*«: „Es bedarf wohl keiner Erklärung“ – so formuliert die Nr. D-503 – „dass Glück und Neid Zähler und Nenner jenes Bruches sind, den wir Zufriedenheit nennen“[355]. Überträgt man die sprachlichen Ausführungen der Nr. D-503 in ein mathematisches Gleichungsmodell, so liest sich die ausbuchstabierte »*Formel der Zufriedenheit*«: wie folgt:

$$Zufriedenheit = \frac{Glück}{Neid}$$

In demselben Tagebucheintrag kennzeichnet die Nr. D-503 den *Hunger* und die *Liebe* als die primären Neidquellen des Menschen, derer man sich zur Zufriedenheit der Bevölkerung entledigen müsse. Eben dieses habe der Einzige Staat, indem er in Form der sogenannten *Naphta-Nahrung*, welche die gesamten Staatsmitglieder sättige, und dem *Lex sexualis*, demzufolge eine „(…) jede Nummer (…) ein Recht auf eine beliebige Nummer als Geschlechtspartner“[356] habe, alle Neidanlässe aus der Welt verbannte, geschafft: „So gibt es nun“ – laut Nr. D-503 – „keinen Grund mehr zum Neid, denn der Nenner des Bruches *Zufriedenheit* ist Null geworden – und der Bruch wird zur großartigen Unendlichkeit“[357].

Versuchen wir nun zum Abschluss unserer Forschungsreise in das weite Feld der Literaturwissenschaft die aus eben diesem Wissensgebiet zu Tage geförderten Einsichten in das Gefühl der Zufriedenheit auf ihre Wertigkeit hin zu überprüfen, so kann in der Summe festgehalten werden, dass unsere am zufriedenheitstheoretischen Kompass geführte Expedition – obzwar sich die literarischen Konturierungen der Zufriedenheit zumeist in der Darstellung mannigfaltiger Techniken und Kunstgriffe zur nachhaltigen Zufriedenheitskultivierung erschöpfen und sich hinsichtlich unserer zwei Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit nur marginal, abgesehen von Ferdinand RAIMUNDS Theaterstück, äußerten – rückblickend keinesfalls unter der Kategorie einer törichten Danaidenarbeit verbucht werden, da wir im Rahmen unserer Exkursion nicht nur in den Genuss kamen das Land der Zufriedenheit (FARAMUND) zu durchschreiten, sondern darüber hinaus der Zufriedenheit sowohl als lebendiger Person (RAIMUND) wie auch als abstrakter Formel (SAMJATIN) begegnen durften. Ungeachtet der mitunter höchst interessanten und progressiven Einblicke in das Wesen der Zufriedenheit – *pars pro toto* sei an dieser Stelle an die aktive Zufriedenheitslehre Ferdinand RAIMUNDS erinnert – können wir uns bereits angesichts der drei voranstehend genannten Sehenswürdigkeiten retrospektiv glücklich schätzen die zeitweilig recht mühselige Forschungsreise in die Wissensgefilde der Literaturwissenschaft auf uns genommen zu haben, da bislang weder die allgemeine noch die spezielle Zufriedenheits-

[354] ebenda: 5
[355] ebenda: 24
[356] ebenda: 24
[357] ebenda: 25

forschung von diesen drei zufriedenheitsgeschichtlichen Prunkstücken, in Worten dem Land-, der Person- sowie der Formel der Zufriedenheit, hinreichend Notiz genommen hat.

2.6 Das Konstrukt Zufriedenheit im psychologischen Diskurs

Ziehen wir nun zur Beantwortung unserer Kapitelausgangsfragestellungen: »*Was ist Zufriedenheit?*«, »*Wie entsteht Zufriedenheit?*« und »*Was unterscheidet Zufriedenheit von familienähnlichen Konstrukten wie z.B. Freude, Wohlbefinden, Glück, Lebensqualität?*« die psychologische Standardliteratur in Form von bewährten psychologischen Lexika, der vielbändigen Enzyklopädie der Psychologie sowie einschlägiger Werke der Emotionspsychologie[358] heran, so nimmt es Wunder, dass dem Gemütszustand der Zufriedenheit im Rahmen dieser Fachliteratur keinerlei definitorische oder gar analytische Aufmerksamkeit zuteil wird. Dieser Tatbestand wirkt vor dem Hintergrund, dass sich die empirische Ermittlung des Konstrukts Zufriedenheit sowohl in der Gerontopsychologie (Lebenszufriedenheit[359]) als auch in der Arbeitspsychologie (Arbeitszufriedenheit[360]) einer bis in die Anfänge der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zurückreichenden Forschungstradition erfreut, umso erstaunlicher. Die obig aufgezeigte stiefmütterliche Behandlung positiver Emotionen wie Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit innerhalb der Allgemeinen und insbesondere innerhalb der Klinischen Psychologie lässt sich vorrangig durch die traditionell pathogenethische Ausrichtung der Psychologie erklären, d.h. dass der historische Forschungsschwerpunkt der Psychologie in der Vergangenheit vorderhand auf den krankheitsverursachenden Faktoren lag. Infolgedessen wurden negativ eingefärbte emotionale Zustände wie etwa Traurigkeit, Hass, Aggression, Ärger, Frustration, Einsamkeit, Verzweiflung etc. bevorzugt unter das psychologische Mikroskop gelegt. Positive Emotionen in Gestalt von Glück, Zufriedenheit, Wohlbefinden, Gelassenheit und Geborgenheit wurden hingegen als ernstzunehmende psychologische Untersuchungsgegenstände weitestgehend verschmäht.[361] Erst die seit Anfang der 80er Jahre des 20. Jh. sukzessiv anhebenden psychologischen Diskurse über die Faktoren der seelischen Gesundheit, die Einführung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs durch die WHO[362], die verstärkte empirische Berücksichtigung der verwandten Konstrukte »Lebensqualität«, »Wohlbefinden« und »Lebenszufriedenheit« als eigenständige medizinisch-psychologische Ziel- *resp.* Evaluationskriterien, die Ausdifferenzierung eines autonomen psychologischen Forschungsansatzes mit dem programmatischen Namen "*Positive Psychologie*" sowie die empirisch nachgewiesene Erfolgsträchtigkeit von euthymer Therapiemanuale wie z.B. die »*Kleine Schule des Genießens*« von Rainer LUTZ – welche primär auf die Induktion angenehmer emotionaler Zustände abhebt – befreiten die positiven Emotionen aus ihren psychologischen Mauerblümchendasein und machten sie zu salonfähigen Begriffen. Die gegenwärtige Problematik dieser über alle Maßen begrüßenswerten Entwicklung besteht nun aber darin, dass die aus dem Forschungsniemandsland der Psychologie emporgeschnellten positiven Emotionen aufgrund ihrer oft uneinheitlichen Definition Gefahrlaufen zu reinen Schlagwörtern zu verkommen, denen alsbald jegliche wissenschaftliche Redlichkeit abgesprochen werden kann. Denn so groß die Einigkeit unter den psycho-

[358] siehe z.B. den emotionspsychologischen Klassiker von IZARD 1981

[359] siehe dazu die Ausführungen in Kapitelunterpunkt 2.6.7

[360] siehe dazu die Ausführungen in Kapitelunterpunkt 2.7.1

[361] vgl. BECKER 1991: 41. Entsprechend monierte beispielsweise bereits Abraham H. MASLOW in seinem bekanntesten Buch »*Motivation und Persönlichkeit*« folgenden Sachverhalt: „Die positiven Emotionen, das heißt Glück, Ruhe, Heiterkeit, Seelenfrieden, Zufriedenheit, Akzeptanz, sind nicht zureichend untersucht worden" [MASLOW 1977: 386]. Darüber hinaus sei auf die in diesem Zusammenhang höchst interessante Forschungsdiagnose von Barbara FREDRICKSON – in persona eine der führenden amerikanischen Wissenschaftlerinnen auf dem Gebiet der positiven Psychologie – verwiesen, der zufolge die Zufriedenheit jene Emotion darstellt, die bisweilen im wissenschaftlichen Forschungsbetrieb am meisten unterschätzt wurde (vgl. FREDRICKSON 2001; siehe ferner ERNST 2006: 25 und SCOBEL 2008)

[362] Die Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen" [OYEN 1998: 18].

logischen Forschern hinsichtlich der zentralen Bedeutsamkeit von Konstrukten wie Lebensqualität, Glück, Freude, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden auch ist, so uneinig sind sich die Forscher bezüglich der Definition dieser Konstrukte.[363] Sprechen sowohl FERRING und Mitarbeiter (1996) als auch STAUDINGER (2000) in diesem Zusammenhang noch in diplomatischer Tonlage von einer „*unpräzisen Begriffsverwendung*“[364] bzw. „*großen Begriffsvielfalt*“[365], so will MAYRING gar ein wahres *Chaos der Definitionen*[366]ausfindig gemacht haben. Anschlussfähig an diese Zeitdiagnosen echauffierte sich bereits HUBER in seiner 1983 fertiggestellten Dissertation »*Zum psychologischen Konstrukt der „Zufriedenheit“*« über den Sachverhalt, „(…) dass in der wissenschaftlichen Diskussion verschiedene Begriffe aus diesem Forschungskomplex [der psychologischen Zufriedenheitsforschung, T.K.] synonym verwendet werden. So scheint “Zufriedenheit“, “Lebensqualität“ oder “Wohlfahrt“ von Fall zu Fall dasselbe zu bedeuten; gelegentlich unterscheiden sich die Begriffe inhaltlich augrund ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen, die man mit diesen Konzepten jeweils verfolgt“[367]. In Anlehnung an die Aussagen von FAHRENBERG et al. (1986), STAUDINGER (2000) sowie DAIG & LEHMANN (2007) kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die in der wissenschaftlichen Literatur häufig gleichbedeutend benutzen Konstrukte wie *Lebensqualität*, *Wohlbefinden*, *Gesundheit*, *Glück* und *Lebenszufriedenheit* aufgrund ihrer weitestgehend nichtvorhandenen nominalen Definition als *vage Konzepte* zu bezeichnen sind[368], die zumeist rein operational definiert werden, d.h. als »*Lebenszufriedenheit*« oder »*subjektives Wohlbefinden*« wird dann dasjenige bezeichnet, was man mittels des jeweiligen Erhebungsinstruments misst bzw. zu messen vorgibt.[369] Dass eine derart theorieblindes Definitionsvorgehen nicht nur den Gesetzmäßigkeiten der empirischen Forschungslogik, denen zufolge der Konstruktopernationalisierung notwendigerweise eine theoretische Modellbildung vorzuschalten ist[370], zuwiderläuft, sondern dass dem Urteil des Autors der vorliegenden Arbeit zufolge eine Vielzahl der auf dieser rein operationaler Begriffsdefinitionen fußenden Studien mit dem unehrenhaften Etikett der *Cargo-Kult-Wissenschaft* zu versehen sind, soll nachstehend kurz erläutern werden. Die von dem Physiker Richard FEYNMAN[371] geprägte Metapher der Cargo-Kult-Wissenschaft steht für all jene vermeintlich wissenschaftlichen Untersuchungen, die zwar den formalen Kriterien der Wissenschaft – z.B. die Beachtung elementarer Richtlinien der Fragebogenkonstruktion – hinreichend Rechnung tragen, deren Erkenntnisprodukt jedoch von hochgradig zweifelhafter Natur ist. Bevor diese Charakteristika der Cargo-Kult-Wissenschaft exemplarisch anhand einer empirischen Untersuchung aus der psychologischen Wohlbefindendheitsforschung veranschaulicht werden sollen, sei vorab ein längerer Passus aus einem 1974 gehaltenen Vortrag FEYNMANS zitiert, indem er die rituellen Wurzeln seines Cargo-Kult-Wissenschafts-Begriffs freilegt:

> „In der Südsee gibt es bei bestimmten Völkern einen Cargo-Kult. Während des Krieges sahen sie, wie Flugzeuge mit vielen brauchbaren Gütern landeten, und nun möchten sie, dass das wieder geschieht. So sind sie übereingekommen, Landebahnen anzulegen, seitlich der Landebahnen Leuchtfeuer anzuzünden, eine Hütte aus Holz zu bauen, in der jemand mit einem hölzernen Apparat sitzt, der wie ein Kopfhörer aussieht und in dem Bambusstöcke als

[363] vgl. DALBERT 1992: 207-208
[364] FERRING et al. 1996: 141
[365] STAUDINGER 2000: 186
[366] MAYRING 1991b: 51
[367] HUBER 1983: 45-46; zu gleich lautenden Bestandaufnahmen gelangen ferner BECKER 1991: 13; DIAG & LEHMANN 2007: 5; FAHRENBERG et al. 1986: 348 sowie HERSCHBACH 2002: 141
[368] vgl. DAIG & LEHMANN 2007: 5 und FAHRENBERG et al. 1986: 347
[369] vgl. DAIG & LEHMANN 2007: 6 sowie STAUDINGER 2000: 186
[370] vgl. ALEMANN 1977 sowie MAYRING 1987: 371 und 1991b: 63
[371] vgl. FEYMAN 1987: 448ff.

> Antennen stecken – das ist der Fluglotse-, und sie warten darauf, dass die Flugzeuge landen. Sie machen das jede Nacht. Aber es funktioniert nicht. Es landen keine Flugzeuge. All das nenne ich Cargo-Kult-Wissenschaft, weil es anscheinend allen Rezepten und Formen der wissenschaftlichen Forschung folgt, aber etwas Wesentliches verfehlt, denn die Flugzeuge landen ja nicht"[372].

In Affinität zu diesen rituellen Handlungen der Einwohner Samos wendeten in der Vergangenheit *bspw.* eine Schar von Forschern zur Erfassung des Konstrukts »*subjektives Wohlbefinden*«, ebenfalls geleitet von der Hoffnung auf gabenreiche *resp.* erkenntnisträchtige Flugzeuglandungen, die Instrumente der empirischen Sozialforschung an. Und Pottblitz, im Gegensatz zu den erfolglosen Imitationsbemühungen der Bürger Samoas kamen auf den wissenschaftlichen Landebahn augenscheinlich Forschungsflugzeuge, die mit reichhaltigem Datenmaterial bespickt waren, zum stehen. Der *Nervus Probandi* besteht nun darin, dass die Landungen dieser Forschungsflugzeuge, als reine – einen Begriff des Philosophen Günter ANDERS nutzend – „*Landungsbeschämungen*"[373] zu bezeichnen sind, da das wissenschaftliche Frachtgut einem Etikettenschwindel unterliegt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass eine Vielzahl der Forscher zum Konstrukt »*subjektives Wohlbefinden*« zwar vorgeben mittels ihres Methodenarsenals selbiges zu messen, jedoch aufgrund ihrer zum Teil ausschließlichen Verwendung von Fragen nach der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit realiter vorrangig »*Zufriedenheit*« denn »*subjektives Wohlbefinden«* messen. Aufgrund dieses unrühmlichen Tatbestands, infolgedessen der Konsument derartiger wissenschaftlicher Untersuchungen systematisch genasführt wird, erscheint mir die Anwendung des FEYNMANSCHEN Cargo-Kult-Wissenschafts-Begriffs für das Gros der psychologischen Erhebungen zum Konstrukt »*subjektives Wohlbefinden«* mehr als gerechtfertigt.

Es sei an dieser Stelle prospektiv angemerkt, dass das Hauptaugenmerk dieses Unterkapitels auf die Auflösung des von MAYRING diagnostizierten *Definitionschaos*[374] im Umkreise der zuhauf synonym gebrauchten Konstrukte »*Lebensqualität*«, »*Glück*«, »*Lebensfreude*«, »*Lebenszufriedenheit*«, »*Wohlbefinden*« gelegt werden soll, d.h. dass der Beantwortung der obig aufgeworfenen Fragestellung, nämlich »*Was die Zufriedenheit von familienähnlichen Konstrukten wie z.B. Freude, Wohlbefinden, Glück, Lebensqualität unterscheidet?*«, im Verlaufe dieses Abschnitts ein separater Unterpunkt (Kapitel 2.6.7) gewidmet wird.[375] Bevor wir uns jedoch ausführlichst mit der definitorischen Konstruktabgrenzung (Kapitel 2.6.7) beschäftigen werden, sollen vorab sowohl die namhaftesten psychologischen Schulrichtungen (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Logotherapie etc.)

---

[372] ebenda: 451

[373] vgl. ANDERS 1994: 22

[374] MAYRING 1991b: 51

[375] Diesbezüglich sei noch in knappen Worten auf den Sachverhalt verwiesen, dass ich mich im Rahmen dieser in Kapitel 2.6.7 vorzunehmenden Konstruktabgrenzung aus heuristischen Gründen einstückweit von der genuin psychologischen Betrachtungsweise des Zufriedenheitskonstrukts lösen und unter anderem in Form der Sozialindikatorenforschung eine Domäne der Soziologie ins Spiel bringen werde, die an und für sich erst im anschließenden Kapitel (2.6) eingehender zu beleuchten ist. Im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit des *quit pro quo* werde ich daher die arbeits- und organisationspsychologischen Untersuchungen zum Konstrukt »*Arbeitszufriedenheit*« in das nachfolgende soziologische Unterkapitel auslagern. Dass die empirische Ermittlung der Arbeitszufriedenheit nicht ausschließlich eine primäre Forschungsdomäne der Industrie- und Betriebssoziologie darstellt, sondern ebenfalls in der Arbeits- und Organisationspsychologie seit geraumer Zeit intensiv diskutiert und erforscht wird, beweist eine vom Autor der hiesigen Arbeit per Hand vorgenommene Analyse der organisationspsychologischen Periodika »*Psychologie und Praxis. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*« – die seit dem Jahre 1988 unter dem Label »*A&O. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*« weitergeführt wird – der Jahrgänge 1956 bis 2007. Eine Untersuchung der Aufsatzüberschriften ergab, dass in dieser psychologischen Zeitschrift im Zeitfenster von 1956 bis 2007 sich insgesamt 19 Abhandlungen intensiv mit dem Untersuchungsgegenstand der Arbeitszufriedenheit – der teilweise unter den synonym gehandhabten Begriffen der Dienst-, Berufs- oder Mitarbeiterzufriedenheit verhandelt wurde – beschäftigt haben. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass in die auditive Berechnung auch der Aufsatz von WERBIK aus dem Jahr 1964, der sich in Form der Lohnzufriedenheit mit einer zentralen Teildimension der Arbeitszufriedenheit beschäftigt, berücksichtigt wurde. Zur Absicherung meiner ‚Dokumentenanalyse' seien im Folgenden die einzelnen Aufsätze in chronologischer Reihenfolge angeführt: WERBIK 1964, 1965; FISCHER & LÜCK 1972; NEUBERGER 1975, 1977; KRAMPEN 1978, 1981; TRÄNKLE 1982; SCHMIDT & KLEINBECK 1983; MELEGHY / PREGLAU & SPIELBERGER 1986; BORG 1988; BORG & FRITZSCHE 1988; BÜSSING et al. 2000; PIFCZYKA & KLEINBECK 2000; NERDINGER 2003; KRAUSE & DUNCKEL 2003; KORUNKA / SCHARITZER & SONNEK 2003; WALTER & KANNING 2003 sowie SCZESNY & THAU 2004. Die Bedeutung des Konstrukts Arbeitszufriedenheit für die psychologische Forschung wird ferner durch die Ergebnisse einer von ULICH durchgeführten Abstract-Analyse internationaler Psychologie-Zeitschriften herausgestellt: So gelangt ULICH zu der Einsicht, dass sich in den Jahren 1956 bis 1963 weniger als 100, im Zeitfenster zwischen 1966 und 1973 jedoch annähernd 900 psychologische Forschungsartikel mit dem Konstrukt der Arbeitszufriedenheit beschäftigt haben (vgl. ULICH 1975: 9).

als auch die in diesem Zusammenhang *prima facie* bedeutsamen Bindestrich-Psychologien (z.B. Sozialpsychologie und Ausdruckspsychologie) daraufhin untersucht werden, welche Aussagen sie zur Entität und Genese des psychologischen Konstrukts »Zufriedenheit« tätigen.

2.6.1 Die Zufriedenheit aus Sicht der Psychoanalyse

Durchforstet man zur Beantwortung der Frage, welchen Stellenwert und welche Bedeutung die Zufriedenheit in der Psychoanalyse einnimmt, die gesammelten Werke ihres Begründers Sigmund FREUD, so wird die Erwartungshaltung, innerhalb dieses opulenten – in der Ausgabe des Fischer-Verlages immerhin zehn Bände umfassenden – Werkes einer genauen inhaltlichen Konturierung des Zufriedenheitsbegriffs habhaft zu werden, jäh enttäuscht. Dieser Sachverhalt mag den Kenner der FREUDSCHEN Schriften umso mehr verblüffen, als dass sich FREUD *bspw.* in seiner legendären Abhandlung über »*Das Unbehagen an der Kultur*« intensiv mit dem Thema Glück, zudem er bekanntermaßen eine äußerst pessimistische Grundhaltung einnahm[376], beschäftigt hat. Aufgrund der Aussparung des Zufriedenheitsbegriffs aus den FREUDSCHEN Untersuchungsgegenständen lassen sich somit auf der Grundlage der FREUDSCHEN Schriften ausschließlich Mutmaßungen darüber anstellen, welchen Gemütszustand FREUD wohl unter die Kategorie Zufriedenheit subsumiert hätte. Trotz aller Bedenklichkeiten soll in den nachstehenden Zeilen ein solch rein spekulativer Klassifizierungsversuch unternommen werden. Als Ausgangspunkt der hypothetischen Überlegungen wird uns dabei die FREUDSCHE Schrift »*Zur Gewinnung des Feuers*«, in der FREUD anhand der Figur des gefesselten Prometheus das im Allgemeinen unersättliche Wesen des menschlichen Bedürfnishaushalts exemplifiziert, dienlich sein.[377] FREUD setzt im Rahmen dieser Schrift das Schicksal des an den Berg gefesselten Prometheus, dessen beständig nachwachsende Leber alltäglich von dem Adler Ethon gefressen wird, mit dem Los der menschlichen Bedürfnisstruktur gleich, d.h. die immerwährend nachwachsende Leber des Prometheus symbolisiert das fortdauernde, auf Befriedigung harrende Begehren der menschlichen Bedürfnisse.[378] Hebt man diese Allegorie auf eine allgemeine anthropologische Ebene, so scheint der Mensch *à la* FREUD fast ausnahmslos in einem Zustand der Triebspannung *resp.* der Heterostase zu verweilen. Der Zustand in dem der Mensch für einen Wimpernschlag vom dem Joch seines Begehrens befreit ist[379], wird im Prometheus-Gleichnis durch die Einverleibung der Leber, die psychoanalytisch im Sinne der Triebabfuhr zu verstehen ist, versinnbildlicht. Diese Gemütslage, die kraft umfassender Bedürfnisabsättigung, durch eine kurzweiligen Zustand des seelischen Gleichgewichts bzw. der Homöostase gekennzeichnet ist, reicht nach Ansicht des Verfassers auf spekulativer Ebene am ehesten an jene seelische Verfassung heran, die FREUD möglicherweise mit dem Begriff der Zufriedenheit versehen hätte.

Begeben wir uns nach diesen etwas unorthodoxen Ausflug in die bodenlosen Gefilde des hypothetischen wieder auf das gesicherte Fundament des historischen Sammelsuriums psychoanalytischer Schriftstücke, so finden sich einzig und allein in dem Vortag »*Über Zufriedenheit, Glück und Ekstase*«[380] der Freudschülerin Helene DEUTSCH aus dem Jahre 1927 einige nähere Ausführungen zum Begriff der Zufrie-

---

[376] „(…) man möchte sagen, die Absicht" – so notiert FREUD in seiner Schrift »*Das Unbehagen in der Kultur*« – „das der Mensch »glücklich« sei, ist im Plan der »Schöpfung« nicht enthalten" [FREUD 2000e: 208]. Weiterhin erfährt man in diesem Werke: „Wenn die Kultur nicht allein der Sexualität, sondern auch der Aggressionsneigung des Menschen so große Opfer auferlegt, so verstehen wir es besser, dass es dem Menschen schwer wird, sich in ihr beglückt zu finden. Der Urmensch hatte es in der Tat darin besser, da er keine Triebeinschränkungen kannte. Zum Ausgleich war seine Sicherheit, solches Glück lange zu genießen, eine sehr eingeschränkte. *Der Kulturmensch hat für ein Stück Glücksmöglichkeit ein Stück Sicherheit eingetauscht*" [ebenda: 243, hervorgehoben der Verfasser].

[377] vgl. FREUD 2000f

[378] vgl. ebenda 2000f: 452

[379] „Die Befriedigung" – so formuliert bspw. die Freudschülerin Helene DEUTSCH – „ist nur der Beginn eines neuen Strebens" [DEUTSCH 1927: 416].

[380] vgl. DEUTSCH 1927: 410ff.

denheit. Es muss an dieser Stelle jedoch leider zur Kenntnis genommen werden, dass sich DEUTSCH im Rahmen ihres Vortrages nur äußerst marginal mit der inhaltlichen Auskleidung des Zufriedenheitsbegriffs befasst hat. Im Zentrum ihres Vortrages steht somit einmal mehr der schillernde Begriff des menschlichen Glückes. Als Glücksgefühl bezeichnet DEUTSCH simplifiziert formuliert einen Zustand des harmonischen Einheitsverhältnis der drei Instanzen des Es, Ich und Über-Ichs[381], der „(…) nur als Endresultat einer Zielstrebung entstehen [kann, T.K.] und (…) inneren Gesetzmäßigkeiten unterworfen [ist, T.K.](…). Es folgt ihm Sättigung, Enttäuschung und neues Streben!"[382]. „(…) die Befriedigung" – so DEUTSCH – ist nur der Beginn eines neuen Strebens"[383]. Von dieser Glücksbeschreibung ausgehend versucht DEUTSCH in den letzten Zeilen ihres verschriftlichten Vortrags den Zustand der *seelischen Zufriedenheit*, den sie in einem Gefühl der inneren Eintracht lokalisiert sieht, zu separieren. Ihren Vortrag beendet DEUTSCH mit dem Fingerzeig, dass eine auf Dauer gestellte *seelische Zufriedenheit* teuer erkauft sein würde, nämlich um den Preis des ephemeren Glückes: „Als Dauerzustand ist sie [die seelische Zufriedenheit, T.K.] nur dort zu erwarten, wo das Streben und Vorwärtsdrängen aufhört und die Seele zugunsten des Friedens aufs Erobern verzichtet. Sie befreit sich von der Gefahr der Enttäuschung und vom Schmerz der Sehnsucht. Auf das Glücksgefühl muß sie aber verzichten, denn dieses ist immer an das Erreichen und nicht an das Bestehen gebunden!"[384]

2.6.2 Die Zufriedenheit aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie

Im Folgenden werde wir unter der Rubrik Persönlichkeitspsychologie zwei Zufriedenheitsmodelle vorstellen, die insofern einen unmittelbaren Bezug zu dieser Bindestrich-Psychologie aufweisen, als dass sie beiderseits von theoretischen Anleihen aus den Werken namhafter Persönlichkeitspsychologen Gebrauch machten. Knüpft der zuerst darzustellende Ansatz von THOMSEN[385] direkt an die Selbstwertformel des Psychologen William JAMES an, so bezieht sich HOFSTÄTTER[386] in seinen Ausführungen auf das Werk des humanistischen Psychologen Carl ROGERS.

In der voranstehend angesprochenen Selbstwertformel, auf die THOMSEN in seinem Modell geradewegs Bezug nimmt, bestimmt JAMES den Selbstwert als Quotient aus den Erfolgen und Ansprüchen einer Person.[387] Entsprechend liest sich die Selbstwertformel von William JAMES als mathematischer Bruch wie folgt:

$$\frac{\text{Erfolge}}{\text{Ansprüche}} = \text{Selbstwert}$$

THOMSEN macht nun im Rahmen seines Zufriedenheitsmodells von dieser Formel dergestalt Gebrauch, dass er in den Zähler der obigen Formel die *Erfolge* durch *Fakten*, d.h. was uns das Leben auf der Habenseite zuteil werden lässt, ersetzt und den im Nenner befindlichen *Anspruchs-* durch den verwandten *Erwartungsbegriff* austauscht. Eingespeist in ein mathematisches Gleichungsmodell nimmt sich die THOMSENSCHE Zufriedenheitsformel folgendermaßen aus:

$$\frac{\text{Fakten (Was uns das Leben gibt)}}{\text{Erwartungen}} = \text{Zufriedenheit}$$

[381] siehe dazu die grundlegende Schrift »*Das ICH und das ES*« von Sigmund FREUD (2000b)
[382] DEUTSCH 1927: 419
[383] ebenda: 416
[384] ebenda: 419
[385] vgl. THOMSEN 1943
[386] vgl. HOFSTÄTTER 1986: 101-117
[387] vgl. JAMES 1890

Unterzieht man die THOMSENSCHE Zufriedenheitsformel einer pragmatischen Lesart, so lassen sich zwei gangbare Wege zur Zufriedenheitsmaximierung dingfest machen: Erstens könnte man die Habenseite *bspw.* durch Gütererwerb oder selektive Wahrnehmung erhöhen (Vergrößerung des Zählers) und zweites ließen sich die Erwartungen herunterschrauben (Verkleinerung des Nenners). Es sei an dieser Stelle kurz angemerkt, dass die Beantwortung der vor diesem Hintergrund sicherlich aufkeimenden brisanten Frage, ob man bei einer dank systematischer Erwartungsreduktion erstandenen Zufriedenheit überhaupt noch von einer authentischen Zufriedenheit sprechen darf, zwar im weiteren Verlauf der hiesigen Arbeit, jedoch nicht im Rahmen dieses Kapitelunterpunktes, hinreichend geleistet wird.

HOFERTÄTTER entwickelt in seinem Buch »*Bedingungen der Zufriedenheit*« nebst eines in Kapitel 2.5.5 genauer zu beäugenden elaborierten Zufriedenheitsmodells unter Berufung auf das bekannte Fallbeispiel der „*Mrs. Oak*“[388], indem sich das Selbstbild (Real-Selbst) der Klientin Mrs. Oak im Laufe ihrer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung sukzessive ihrem Wunschbild (Idealselbst) annähert, eine Formel zur Bestimmung der menschlichen Selbstzufriedenheit. Diese Selbstzufriedenheitsformel erblickt HOFERSTÄTTER in der weitentgehenden Kongruenz zwischen dem Real-Selbst und dem Ideal-Selbst einer Person, das heißt, dass der Mensch insbesondere dann mit sich selbst überaus zufrieden ist, wenn sein Real- und Ideal-Selbst nahezu Deckungsgleich sind.[389] „Zu den Bedingungen einer gesunden Zufriedenheit“ – so resümiert HOFERSTÄTTER – „gehört somit ein durch die Einbettung in den sozialen Konsensus gefestigtes Wunschbild, das vom Ich prinzipiell niemals erreicht werden kann, zugleich aber ein Selbstbild, das vom Wunschbild nicht allzu weit entfernt ist“[390]. Legt man nun die einzelnen Strukturkomponenten der HOFERSTÄTTERSCHEN Selbstzufriedenheitsformel unter das analytische Vergrößerungsglas, so erkennt man unweigerlich, dass sich HOFERSTÄTTER zur Bestimmung der Selbstzufriedenheit eines ähnlichen kognitiven Soll-Ist-Abgleichs bedient, wie THOMSEN ihn seinerzeit zur Kennzeichnung der allgemeinen Lebenszufriedenheit nutzte. Entsprechend lässt sich auf rein lebenspraktischer Ebene aus der HOFERSTÄTTERSCHEN Selbstzufriedenheitsformel ebenfalls ein Rezept zur nachhaltigen Selbstzufriedenheitssteigerung deduzieren: Entledigt man sich weiträumig der – einen Begriff der Psychoanalytikerin Karen HORNEY bedienend – »*Tyrannei des Sollens*«[391], so sollte die Wahrscheinlichkeit, dass der Baum der Selbstzufriedenheit reiche Früchte trägt, rapide ansteigen. Eine fast identische Marschrute zur Gewahrwerdung eines zufriedenen Lebens entdecken wir in den nachfolgend vorzustellenden Werken von Charlotte BÜHLER und Viktor E. FRANKEL.

2.6.3 Die Zufriedenheit aus Sicht der Humanistischen Psychologie

Die im Rahmen dieses Unterkapitels darzustellenden Ausführungen zum Begriff der Zufriedenheit in den zentralen Schriften Charlotte BÜHLERS und Viktor E. FRANKELS firmieren deshalb beiderseits unter dem Label der Humanistischen Psychologie, da BÜHLER als eine der maßgebenden Begründerrinnen dieser, neben Psychoanalyse und Behaviorismus, dritten alternativen psychologischen Schulrichtung – die von MASLOW als „Psychologie der Dritten Kraft“[392] beschrieben wird – angesehen werden kann[393] und

[388] vgl. HOFSTÄTTER 1986: 103-105. Eine ausführliche Schilderung des Falls findet sich bei ROGERS 1954
[389] vgl. ebenda: 113
[390] vgl. ebenda: 115
[391] HORNEY 1988: 70. *En passant* sein angemerkt, dass der Psychologe Abraham MASLOW mit seiner Metapher der »*unsichtbaren Zwangsjacke*«, die mit dem Garn der apriorischen Erwartungshaltungen gesponnen wurde, einen ähnlichen Sachverhalt beschreibt [vgl. MASLOW 1977: 27].
[392] MASLOW 1968: 11
[393] vgl. BÜHLER & ALLEN 1973

FRANKL mit seiner, in Abgrenzung zur Individualpsychologie und Psychoanalyse entwickelten, Logotherapie eine Rehumanisierung der Psychotherapie[394] einläuten wollte.

Richtet wir nun an das umfangreiche Werk der Psychologin Charlotte BÜHLER, deren wissenschaftlicher Forschungsschwerpunkt insbesondere auf der empirisch gestützten Rekonstruktion gelingender versus misslingender Lebensläufe anhand von Tagebüchern und biographischen Interviews lag, die kapitelleitende Frage, was das »*zufriedene Leben*« ausmacht *resp.* wie es zu erlangen ist, so erhalten wir *mutatis mutandis* eine den Modellen von THOMSEN und HOFERSTÄTTER nahezu gleichrangige Antwort. BÜHLER geht davon aus, dass das menschliche Leben durchgehend auf Erwartungen und Hoffnungen errichtet ist. Den sich vor dem Hintergrund der jeweils vorherrschenden Lebensphase wandelnden Lebenserwartungen und Hoffnungen kommt somit in BÜHLERS Werk eine quasi anthropologische Kategorialität zu. „(…) die »erwartende Einstellung«" – so BÜHLER – „ ist uns wie allen Lebewesen biologisch eingebaut"[395]. Und ferner: „Glück oder wenigsten Zufriedenheit (…) stellen sich dar als Ergebnisse gewisser Lebensverläufe, die bestimmbar sind"[396]. Ohne im weitern Verlauf auf die BÜHLERSCHE Differenzierung der vier menschlichen Grundtendenzen[397], die jeweils auf eine ganz spezifische Form der Bedürfnisbefriedigung abzielenden, näher einzugehen, kann an dieser Stelle herausgestellt werden, dass der mit dem Signum der Zufriedenheit zu versehende Lebenslauf laut BÜHLER ein solcher wäre, indem sich die an das Leben gerichteten Erwartungen weitestgehend erfüllt haben.[398] Summarisch kann somit festgehalten werden, dass sich die Zufriedenheit nach Charlotte BÜHLER zu urteilen, in Analogie zu den obig aufgeführten Ansätzen von THOMSEN und HOFERSTÄTTER, als ein positiv eingefärbter emotionaler Zustand beschreiben lässt, dem eine ausführliche kognitive Bilanzziehung zwischen den angestrebten und erreichten Lebenserwartungen *resp.* Lebenszielen vorausgeht. In mathematischer Notation nimmt die BÜHLERSCHE Zufriedenheitsformel folgende Gestalt an:

$$\frac{\text{Erreichte Lebensziele (Erwartungserfüllung)}}{\text{Angestrebte Lebensziele (Erwartungen)}} = \text{Lebenszufriedenheit}$$

In Abwandlung der Auffassung von ARISTOTELES, der davon ausging, dass das Glück das Metaziel aller menschlichen Regungen bildet, sieht FRANKL den Menschen ursprünglich nicht auf das Glück als solches, sondern vielmehr nach einem Glücksgrund, das heißt nach Sinn, hin ausgerichtet. „Normalerweise" – so FRANKEL – „ist Glück gar nicht das Ziel menschlichen Strebens, sondern jeweils die Wirkung des Ein-Ziel-erreicht-Habens"[399]. Kann das Glücksgefühl in der FRANKLSCHEN Logotherapie somit als Epiphänomen sinnunterlegter Handlungsvollendungen ausgewiesen werden, so stellt sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit natürlich die Frage, wie es um die Zufriedenheit innerhalb des logotherapeutischen Ansatzes bestellt ist. Da FRANKL leider ebenso wie FREUD keine direkten Aussagen zur Zufriedenheit gemacht hat, werde wir nachfolgend auf der Grundlage seiner zentralen Arbeiten sowie unter Rekurs auf einige Schriftstücke seiner Schülerin Elisabeth LUKAS versuchen, den Gemütszustand der Zufriedenheit aus logotherapeutischer Perspektive in hypothetischer Form darzustellen. Unter logotherapeutischen Gesichtspunkten erscheint es nahe liegend, immer dann von einem zufriedenen Leben zu sprechen, wenn mindestens die zwei der folgenden Elemente hinreichend erfüllt sind. *Erstens* sollte eine möglichst „(…) a-

[394] vgl. FRANKL 2007: 24
[395] BÜHLER 1969: 13
[396] ebenda: 16
[397] vgl. ebenda: 26ff.
[398] vgl. BÜHLER 1969; 294
[399] FRANKL 1976: 108

symptotische Annäherung von Tun und Wollen (…)“[400] vorliegen, d.h. dass meine Vorstellungen und Erwartungen, wie ich mein Leben führen möchte bzw. welche Ziele ich darin verwirklichen will, sollten in meinem täglichen Handeln widerhallen. Zur Exemplifizierung dieses Sachverhalts sei ein Passus aus dem Römerbrief des Apostels PAULUS angeführt: „Denn ich tue nicht das Gute, dass ich will, sondern das Böse, das ich nicht will, das verübe ich. Wenn ich aber das tue, was ich nicht will, so vollbringe nicht mehr ich es, sondern die Sünde, die in mir wohnt“[401]. Die dem Leser sicherlich auffallende inhaltliche Affinität dieser ersten logotherapeutischen Zufriedenheitskomponente zu der obig explizierten Selbstzufriedenheitsformel von HOFERSTÄTTER ist natürlich nicht gänzlich von der Hand zuweisen. Als *zweites* zufriedenheitsgenerierendes Element kann aus der Sicht der Logotherapie ein harmonisch ausgerichtetes Passungsverhältnis zwischen den sinnuntermalten Lebenszielen und den zur ihrer Realisierung notwendigen Mitteln ausgewiesen werden, d.h. ein *zufriedenes Leben* definiert sich nicht nur über bejahenswerte und als sinnhaft erlebte Lebensaufgaben, sondern darüber hinaus müssen die abgesteckten Lebensziele auch prinzipiell mit den der jeweiligen Person zur Verfügung stehenden Mitteln erreichbar sein.

2.6.4 Die Zufriedenheit aus der Sicht der Motivationspsychologie

Im Folgenden soll das *Bedürfnismodell* resp. die *Bedürfnispyramide*[402] des humanistischen Psychologen und Motivationstheoretikers Abraham H. MASLOW, welche laut HUBER einen „(…) großen Einfluss auf die Theoriediskussion im Hinblick auf die Entstehung von Zufriedenheit (…)“[403] ausgeübt hat, detailliert besprochen werden. Die Aussage HUBERS, dass das MASLOWSCHE Modell der menschlichen Bedürfnisse für die psychologische Zufriedenheitsforschung vorrangig *in puncto* Zufriedenheitsgenese von Interesse war, kann insofern uneingeschränkt unterschrieben werden, als das MASLOW in seinen Werken keine klare semantische Trennung zwischen den Begriffen Glück und Zufriedenheit vornimmt. Aufgrund dieser den MASLOWSCHEN Schriften zu attestierenden babylonischen Begriffsvermischung werden wir uns in den nachstehenden Zeilen vordringlich darauf beschränken, welche neuen Erkenntnisse sich in Bezug auf die Zufriedenheitsbildung aus dem MASLOWSCHEN Theorieansatz deduzieren lassen. Zur Realisierung dieses analytischen Zweckes soll nun in einem ersten Schritt das MASLOWSCHE Bedürfnismodell kurz skizziert werden: Das von MASLOW entwickelte hierarchische Modell der menschlichen Bedürfnisabfolge unterscheidet insgesamt fünf verschiedene Bedürfnisstufen (siehe Abb. 4 im Anhang) von denen jede einzelne durch ein eigenständiges *Bedürfnisensemble* gekennzeichnet ist.[404] Auf der untersten Ebene der Bedürfnisaxiologie sind die vormächtigen physiologischen Bedürfnisse (Hunger, Durst, Schlaf usw.) lokalisiert. Wichtig ist nun anzumerken, dass ein Aufstieg in die nächst höhere Bedürfnisstufe eine umfassende Sättigung der voranstehenden Bedürfnisse voraussetzt. Exemplarisch bedeutet dies, dass die auf der zweiten Modellstufe angesiedelten Sicherheitsbedürfnisse erst dann im menschlichen Bewusstsein aktualisiert werden, wenn die physiologischen Grundbedürfnisse weistestgehend befriedigt sind.[405] In der MASLOWSCHEN Diktion liest sich dieser Kausalnexus folgendermaßen: „Die grundlegendste Folge der Sättigung jedes Bedürfnisses ist das Untertauchen dieses Bedürfnisses und das Auftauchen eines neuen und höhe-

[400] LUKAS 2002: 18
[401] DIE BIBEL 2004: 1181 [Römerbrief 7/19-20]
[402] siehe dazu die im Appendix befindliche Abbildung 4
[403] HUBER 1983: 20
[404] vgl. MASLOW 1977: 106
[405] Selbstkritisch räumt MASLOW jedoch ein, „(…) dass die höheren Bedürfnisse zuweilen nicht nur nach der Befriedigung, sondern nach erzwungener oder freiwilliger Entbehrung, Verneinung oder Unterdrückung der niedrigeren Grundbedürfnisse und Befriedigungen auftauchen (Asketismus, Sublimation, die stärkende Wirkung der Zurückweisung, Disziplin, Verfolgung, Isolierung und so weiter)“ [MASLOW 1977: 106].

ren“[406]. Dieser prozessuale Gleichklang zwischen Bedürfnisstreben, kurzweiliger Bedürfnisbefriedigung und neu aufkeimendem Bedürfnisstreben, der sich bis in die letzte Modellstufe der Selbstverwirklichung[407] erstreckt, ist laut MASLOW ein immerwährendes Charakteristikum des gesunden menschlichen Lebens.[408] Versuchen wir nun die Frage zu beantworten, wie sich MASLOW im Rahmen seines Bedürfnismodells die Ausbildung der Zufriedenheit vorstellt, so finden wir in MASLOWS Buch »*Motivation und Persönlichkeit*« in Form der Aussage, dass die Zufriedenheit ein emotionales Nebenprodukt der Bedürfnisbefriedigung darstellt[409], eine Antwort, die stark an die obig explizierte Glückstheorie V.E. FRANKELS erinnert. Im MASLOWSCHEN Sinne kann Zufriedenheit somit als ein Zustand „*angenehmer Ziellosigkeit*“[410] beschrieben werden, der infolge von Bedürfnisbefriedigung eintritt und umso intensiver erlebt wird, je höherer Natur das gestillte Bedürfnis ist.[411] Es muss vor diesem Hintergrund jedoch angemerkt werden, dass sich MASLOW des ephemeren Seinszustand der Zufriedenheit vollauf bewusst war, da seiner Meinung nach zu urteilen im Anschluss an die Absättigung eines vormächtigen Bedürfnisses und des damit einhergehenden kurzweiligen Momentes der Zufriedenheit unweigerlich ein neues, höheres Bedürfnis auf den Plan tritt, welches nach Befriedigung lechzt und den Organismus von neuem mit dem Virus der Unzufriedenheit infiziert. Entsprechend notiert MASLOW: „Der Zustand der Befriedigung muß nicht notwendigerweise ein Zustand garantierten Glücks oder Zufriedenheit sein“[412]. Und weiter: „Beim gesunden Menschen führt Befriedigung nicht zum Aufhören des Verlangens, sondern, nach einer Periode der Zufriedenheit, zu Ersatz durch höhere Verlangen und höhere Frustrationsniveaus, zu gleicher Zeit mit derselben alten Rastlosigkeit und Unzufriedenheit“[413]. Diese Ausführungen MASLOWS sind insofern hochbedeutsam, als dass sich auf ihrer Grundlage – zuzüglich der von MASLOW in seiner Schrift »*Eupsychian Management*« aufgestellten Nörgel-Theorie[414] – gesunde und pathologische Ausformungen menschlicher Unzufriedenheit voneinander abgrenzen lassen. So ist die gesunde Unzufriedenheit, welche MASLOW im sich selbstverwirklichenden Menschen aufspürt, durch die Insignien des nachhaltigen Wachstumsbestrebens sowie der Dankbarkeitsfähigkeit gekennzeichnet, das heißt, dass psychisch gesunde Menschen einerseits das Fahrwasser der Unzufriedenheit als turbinale Antriebskraft für weitere Wachstums- und Reifungsprozesse zu nutzen wissen und andererseits aufgrund ihrer protektiven Fähigkeit, sich immer wieder an den bereits erreichten Bedürfnisbefriedigungen emotional zu erquicken, gegen die Gefahren einer gänzlich-ontologischen Unzufriedenheit gewappnet sind. Ganz anders ist es jedoch um den pathologisch Unzufriedenen, den MASLOW in der Figur des beständigen Nörglers lokalisiert sieht, bestellt. Sowohl seiner Befähigung zum schöpferischen Umgang mit der Unzufriedenheit als auch seiner Dankbarkeitsfähigkeit beraubt, ist es dem Nörgler, entgegen dem Selbstverwirklicher, verunmöglicht eine gewisse Zufriedenheitsbaseline zu konservieren.[415]

---

[406] MASLOW 1977: 107

[407] Unter Selbstverwirklichung versteht MASLOW in Anlehnung an Kurt GOLDSTEIN „(…) das menschliche Verlangen nach Selbsterfüllung, also die Tendenz, das zu aktualisieren, was man an Möglichkeiten besitzt“ [MASLOW 1977: 89].

[408] vgl. MASLOW 1968: 388

[409] vgl. MASLOW 1977: 124

[410] ebenda: 121

[411] vgl. HUBER 1983: 21

[412] MASLOW 1968: 388

[413] ebenda

[414] vgl. MASLOW 1965

[415] In der Sprache Abraham H. MASLOWS klingt dieser Sachverhalt wie folgt: „Mit einem Wort, wir [die Nörgler, T.K.] neigen dazu, die bereits vorhandenen Segnungen als gegeben hinzunehmen, besonders, wenn wir für sie nicht mehr arbeiten oder kämpfen müssen. Nahrung, Sicherheit, Liebe, Bewunderung, Freiheit, die immer vorhanden waren, an denen es nie gemangelt hat, haben eine Tendenz, unbemerkt zu bleiben oder sogar abgewertet, verspottet, vernichtet zu werden. Dieses Phänomen der Unterschätzung des bereits Erreichten ist selbstverständlich unrealistisch und kann deshalb als Form der Pathologie betrachtet werden“ [MASLOW 1977: 108]. Dem entgegen fordert MASLOW in seinem Text implizit dazu auf, von dem zu lernen, „was selbstverwirklichende Menschen automatisch tun, nämlich die Segnungen zu zählen, für sie dankbar zu sein (…)“ [ebenda: 17]. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass der christliche Existenzphilosoph Gabriel MARCEL in seiner Schrift »*Der Untergang der Weisheit*« – in Analogie zu MASLOW – ein Hauptagens der Selbstentfremdung des modernen Menschen in seiner Dankbarkeitsunfähigkeit ausfindig gemacht hat. Entsprechend beschreibt MARCEL die Dankbarkeit „(…) als eine Wachsamkeit der Seele, die

2.6.5 Die Zufriedenheit aus Sicht der Sozialpsychologie

Durchmustern wir nun in zufriedenheitstheoretischer Absicht die zentralen Schriften der Sozialpsychologie, so hebt sich aus der insgesamt exorbitant hohen Publikationsdichte innerhalb dieser Bindestrich-Psychologie allen voran das im Jahre 1986 erstmalig verlegte Buch »*Bedingungen der Zufriedenheit*« des Sozialpsychologen Peter R. HOFSTÄTTER ab.[416] In diesem Schriftstück entwickelte HOFSTÄTTER neben dem unlängst im vorvorherigen Kapitelunterpunkt 2.5.3 beschriebenen Selbstzufriedenheitsmodell ferner ein bereits mehrfach erwähntes (Lebens-) Zufriedenheitsmodell, welches in den nachstehenden Zeilen sowohl aufgrund seiner weiträumigen Rezipierung in den Diskursen der allgemeinen und speziellen Zufriedenheitsforschung als auch wegen seiner genuin philosophischen Wurzeln etwas detaillierter vorgestellt werden soll. Besinnen wir uns zunächst darauf, den im voranstehenden Satz anformulierten philosophischen Ursprung des HOFERSTÄTTERSCHEN Zufriedenheitsmodells näher zu konturieren, so zeigt sich HOFERSTÄTTER maßgeblich durch die nachfolgend wiedergegebenen Zufriedenheitsmeditationen des Philosophen Arthur SCHOPENHAUERS beeinflusst:

> „Die Grenze unserer vernünftigen Wünsche hinsichtlich des Besitzes zu bestimmen ist schwierig, wo nicht unmöglich. Denn die Zufriedenheit eines Jeden" – so führt SCHOPENHAUER in seinen »*Aphorismen zur Lebensweisheit*« aus – „beruht nicht auf einer absoluten, sondern auf einer bloß relativen Größe, nämlich auf dem Verhältniß zwischen seinen Ansprüchen und seinem Besitz: daher dieser Letztere, für sich allein betrachtet, so bedeutungsleer ist, wie der Zähler eines Bruches ohne den Nenner. Die Güter, auf welche Anspruch zu machen einem Menschen nie in den Sinn gekommen ist, entbehrt er durchaus nicht, sondern ist, auch ohne sie, völlig zufrieden; während ein Anderer, der hundert Mal mehr besitzt als er, sich unglücklich fühlt, weil ihm Eines abgeht, darauf er Anspruch macht."[417]

Ausgehend von diesen Ausführungen über die Genese der Zufriedenheit, die laut HOFSTÄTTER in der folgenden mathematischen Notation[418]:

$$\frac{\text{Bewertung dessen, was einer hat}}{\text{Erwartungen}} = \text{Zufriedenheit}$$

zusammengefasst werden können, stellt sich HOFSTÄTTER in seiner Schrift »*Bedingungen der Zufriedenheit*« nun die Frage, warum *exempli causa* die politische Agitation der 68-Bewegung, welche HOFSTÄTTER zufolge getreu ihres Rezepts „Scheiße geteilt durch Utopie gleich Unzufriedenheit"[419] die Massen zur inneren Rebellion mobilisieren wollten, letztlich zum Scheitern verurteilt war. Den *casus knacksus* der fehlgeschlagenen systemstürzlerischen Bemühungen von 1968 lokalisiert HOFSTÄTTER nun in den Umstand, dass die

---

darauf bedacht ist, das nicht verloren gehen zu lassen, was für sie einen ständigen Wert darstellt. Offensichtlich hebt man das Wesentliche hervor" – so formuliert MARCEL" – wenn man daran erinnert, dass diese Wachsamkeit ein aktiver Kampf gegen die Kräfte der inneren Dispersion, ja sagen wir sogar der Distraktion ist. Das deutsche Wort *Zerstreuung* bedeutet zugleich beides. Hier wird die tiefe Affinität zwischen Gedenken und der Treue offensichtlich. Das Vergessen ist ein Verstoß gegen die Treue. Man muss sich jedoch stets vor Augen halten, dass die Treue aktiv ist, dass sie das Gegenteil eines passiven Widerstandes oder einer passiven Haltung ist" [MARCEL 1960: 67-68]. Den positiven Einfluss einer ausgeprägten Dankbarkeitsfähigkeit auf die allgemeine Lebenszufriedenheit konnte u.a. in den nachfolgenden Studien signifikant belegt werden: DUBLI 2008; EMMONS 2008; EMMONS & SHELTON 2002; EMMONS & MC CULLOUGH 2003; HOFSTÄTTER 1986: 85; KRECH 2003a&b; LAYARD 2005: 19; LYYBOMIRSKY 2008: 104ff.; MC CULLOUGH et al. 2001, 2002, 2004; NUBER 2003: 22; sowie SELIGMAN 2005:124-131, 143 und SELIGMAN et al. 2005. Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass die positiven Effekte der japanischen Psychotherapietechnik Namens ‚*Naikan*' vorwiegend auf das ihr innewohnende Konzept zur Ausbildung der Dankbarkeitsfähigkeit zurückgeführt werden (vgl. dazu insbesondere TAUSCH 2001: 193-204 sowie REYNOLDS 1983 und BÖLTER 2004).

[416] vgl. HOFSTÄTTER 1986

[417] SCHOPENHAUER 1988d: 343. Siehe dazu auch HOFSTÄTTER 1986: 123. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf verweisen, dass SCHOPENHAUER die Begriffe Zufriedenheit und Glück innerhalb seines Werkes keineswegs trennscharf sondern vielmehr äquivalent verwendet. Zur Unterfütterung dieser These werde ich nachstehend einen kurzen Passus aus dem ersten Teil seines philosophischen Hauptwerkes »*Die Welt als Wille und Vorstellung*« anführen, indem SCHOPENHAUER die Entstehung des Glückes – analog zu den im obigen Text wiedergegeben Zufriedenheitsaphorismus – an eine positive Besitz-Erwartungs-Bilanz knüpft: „ (…) daß alles Glück nur auf dem Verhältniß beruht zwischen unseren Ansprüchen und dem, was wir erhalten: wie groß oder klein die beiden Größen dieses Verhältnisses sind, ist einerlei, und das Verhältniß kann sowohl durch Verkleinerung der ersten Größe, als durch Vergrößerung der zweiten hergestellt werden (…)" [SCHOPENHAUER 1988a: 137-138].

[418] vgl. HOFSTÄTTER 1986: 123

[419] ebenda: 134

obig ausbuchstabierte Zufriedenheitsformel Arthur SCHOPENHAUERS zu kurz greift.[420] Anders formuliert ist HOFSTÄTTER in seinem Buch daran gelegen, vermittels einer dynamischen Weiterentwicklung des SCHOPENHAUERSCHEN Zufriedenheitsansatzes den Tatbestand zu erhellen, warum eine Vielzahl von politischen Protestbewegungen bereits bei ihren ersten Gehversuchen, in Worten der gesamtgesellschaftlichen Verbreitung von Unzufriedenheitsgefühlen, ins stolpern gerieten. Es kann somit an dieser Stelle schon einmal festgehalten werden, dass das nachstehend zu explizierende Zufriedenheitsmodell HOFSTÄTTERS mit der primär Intention verfasst wurde, zu erklären, warum das von einer Fülle unterschiedlichster Widerstandsbewegungen gestreute Saatgut der Unzufriedenheit in den überwiegenden Seelenhaushalten der Gesellschaftsmitglieder nicht aufging. Ehe nun nachfolgend das HOFSTÄTTERSCHE Zufriedenheitsmodell zunächst abgebildet und anschließend ausführlich erläutertet wird, sei vorab mit Nachdruck darauf verwiesen, dass sich der HOFSTÄTTERSCHE Ansatz zur Analyse von Protestaktionen insofern dezidiert von dem zeitlosen soziologischen Klassiker Ted Robert GURRS »*Rebellion*« unterscheidet, als das HOFSTÄTTER – der das monumentale Werk GURRS in seiner Schrift leider unberücksichtigt lässt – mitsamt seiner Ausführungen ausschließlich die erste Stufe des von GRURR konzipierten 3-Stufenmodells der politischen Gewaltentwicklung, namentlich die (Nicht-)Entstehung von Unzufriedenheitsgefühlen, tangiert.[421]

Wenden wir uns nach diesen einführenden Worten nunmehr dem Zufriedenheitsmodell HOFSTÄTTERS zu, so soll dieses dem Leser in einem ersten Schritt in Form einer Abbildung darreicht werden.

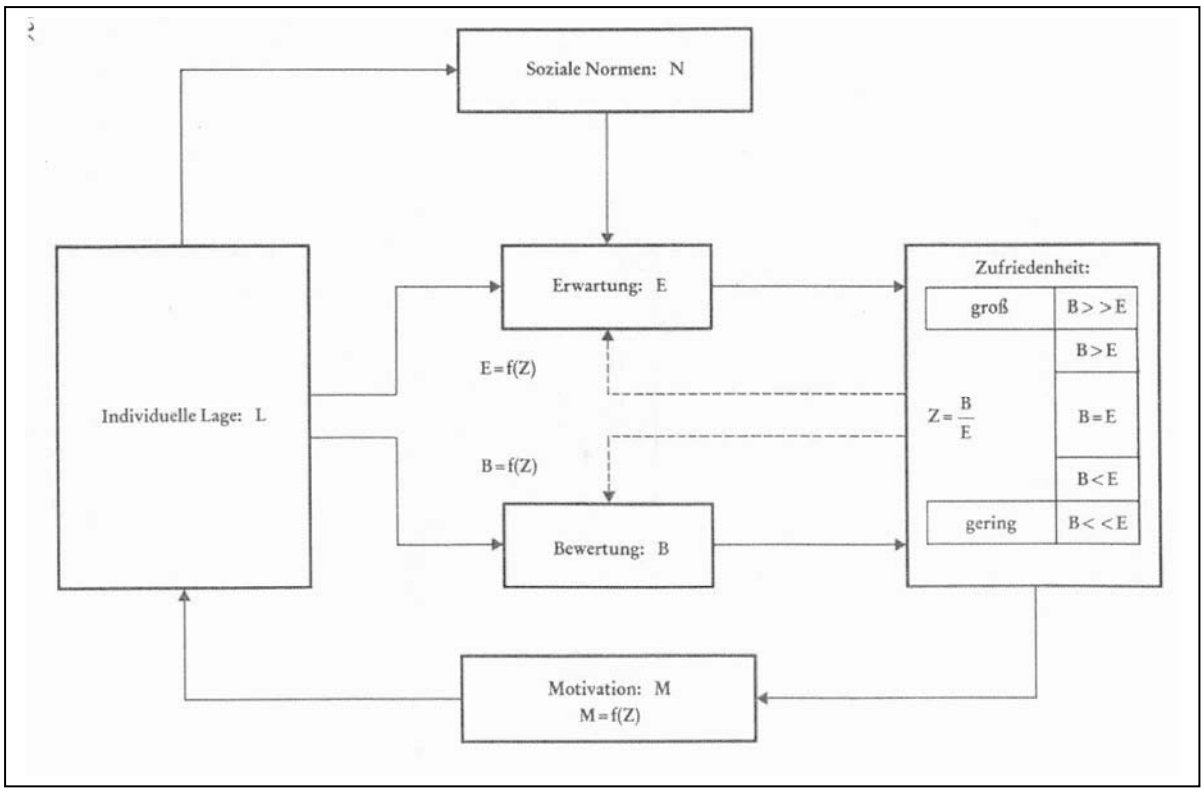


Abb. 5.: Das Modell der Zufriedenheit von Peter R. HOFSTÄTTER[422]

Aus der Abbildung des Zufriedenheitsmodells lässt sich nun unschwer entnehmen, dass HOFSTÄTTER die Zufriedenheitsformel Arthur SCHOPENHAUERS durch die Einflussgröße der *‚Sozialen Normen'* (N) sowie der in Gestalt der beiden gestrichelten Linien zum Ausdruck kommenden Rückkoppelungsmecha-

[420] vgl. ebenda: 125
[421] vgl. GURR 1972
[422] entnommen aus HOFSTÄTTER 1986: 126

nismen der ‚*Erwartungsreduktion*' (E=f(Z)) und der ‚*gesteigerten Wahrnehmungsbewertung*' (E=f(Z)) ergänzte. Mitsamt dieser drei neu eingeführten Komponenten möchte HOFERSTÄTTER nun den Tatbestand erklären, warum die Zufriedenheit der überwiegenden Gesellschaftsmitglieder – aller politischen und medialen Bemühungen zur Generierung von Unzufriedenheitsgefühlen zum Trotz – „nicht ins Bodenlose"[423] abzusinken droht.[424] Versuchen wir nun nachstehend die einzelnen Funktionen der drei angeführten Einflussgrößen innerhalb des HOFSTÄTTERSCHEN Zufriedenheitsmodell näher zu umreißen, so besteht die vorrangige Aufgabe der ‚*Sozialen Normen*' laut HOFSTÄTTER darin, „(…) den Spielraum möglicher Vergleiche nach oben und nach unten"[425] abzuschotten. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die ‚*Sozialen Normen*' gemäß HOFSTÄTTER die Erwartungshaltungen des Individuums derart beschneiden, dass weder die Ansprüche der sozioökonomisch jeweils höheren, noch diejenigen der jeweilig niedrigen Bezugsgruppe in die konkrete inhaltliche Ausstaffierung des Erwartungshorizonts eingespeist werden. In Bezug auf das Zufriedenheitsstabilisierende Potenzial der ‚*Sozialen Normen*' räumt HOFSTÄTTER in seiner Schrift allerdings kritisch ein, das sie „in unserer Gesellschaft (…) nicht mehr sonderlich wirksam"[426] sind. Entsprechend dieser Geringschätzung des Einflussfaktors ‚*Soziale Normen'* auf die nachhaltige Zufriedenheitskonservierung weist HOFSTÄTTER nun die beiden Rückkoppelungsmechanismen der ‚*Erwartungsreduktion*' sowie der ‚*gesteigerten-'* bzw. ‚*selektiv-positiven Wahrnehmungsbewertung*' als zentrale Zufriedenheitsstabilisatoren aus. Da wir diese beiden Techniken der Zufriedenheitserwirtschaftung innerhalb des vorliegenden Kapitels bereits mehrfach – wenngleich auch unter verschiedenen begrifflichen Gewändern – erläutert haben, werden wir an dieser Stelle aus Gründen der Textstraffung auf eine abermalige Darstellung dieser beiden Kunstgriffe verzichten und stattdessen die nachfolgenden Zeilen dazu nutzen, einerseits die innovativen Elemente des HOFSTÄTTERSCHEN Zufriedenheitsmodells freizulegen sowie andererseits zu resümieren, inwieweit uns die bislang aus den durchgeschrittenen Diskursen der Psychologie (2.6.1 bis 2.6.5) herausgeschürften Wissenselemente neue Einblicke in die eingangs formulierten Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese des Zufriedenheitsgefühls bescheren. Betrachten wir zunächst die zufriedenheitstheoretischen Errungenschaften des HOFSTÄTTERSCHEN Modells, so kann das progressivste Element darin erblickt werden, dass HOFSTÄTTER mitsamt der von ihm eingeführten intrapsychischen Zufriedenheitsstabilisatoren der ‚*Erwartungsreduktion*' sowie „*selektiv-positiven Wahrnehmungsbewertung*' zwei Einflussvariablen ins Spiel bringt, die den Umstand erklären, dass erst eine massive Unterschreitung der Erwartungen (Soll-Größe) auf der emotionalen Ebene zur Ausbildung von motivationsstimulierenden Unzufriedenheitsgefühlen führt. Bevor wir uns nun im Folgenden verstärkt unseren eingangs formulierten Metafragestellungen widmen, kann an dieser Stelle hinsichtlich des HOFSTÄTERSCHEN Zufriedenheitsmodells zusammenfassend zur Kenntnis genommen werden, dass die zentrale zufriedenheitstheoretische Errungenschaft dieses elaborierten Modells in der Verabschiedung einer so genannten *Toleranzzone*, der zufolge geringfügige Abweichungen der Ist- von der Soll-Situation vermittels der beiden voranstehend genannten intrapsychischen Coping-Mechanismen zufriedenheitsspendend ausbalanciert werden können, gipfelt.

Versuchen wir nun an dieser Stelle in Form einer knappen formativen Zwischenevaluation zu beleuchten, inwieweit sich die *bis dato* in den obigen Kapitelunterpunkten 2.6.1 – 2.6.5 herausgestellten psychologischen Einsichten in das Gefühl der Zufriedenheit als fähig erweisen, unsere zu Anfang des Kapitels 2 auf-

[423] HOFSTÄTTER 1986: 125
[424] vgl. ebenda: 125, 129, 133
[425] ebenda: 128-129
[426] ebenda: 129

geworfenen Metafragestellungen nach dem Wesen und der Genese der Zufriedenheit hinreichend zu beantworten, so drängt sich bei abermaliger Durchsicht der obig genannten Kapitelunterpunkte unweigerlich die Erkenntnis auf, dass uns die bislang diskutierten psychologischen Schul- *bzw.* Forschungsrichtungen vorrangig Auskünfte über den Entstehungsprozess der Zufriedenheit zuteil werden lassen. Wenngleich sich also die vorausgehend unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten beäugten Wissensgefilde der Psychologie sich hinsichtlich unserer ersten ausformulierten Metafragestellung nach dem Wesenswas der Zufriedenheit mehr oder minder ausschweigen, so kann nichtsdestotrotz *ad notam* genommen werden, dass die diskutierten psychologischen Zufriedenheitskonzeptionen bezüglich unserer zweiten Metafragestellung nach dem Geneseprozess der Zufriedenheit insofern eine gemeinsame, erkenntnisreiche Sprache sprechen, als dass sie allesamt ihre auf dem ersten Blick äußerst heterogen anmutenden Zufriedenheitsmodelle auf dem Fundament eines kognitiven Soll-Ist-Vergleichs errichten. Anders gesagt bedeutet dies, dass sich die obig dargestellten Zufriedenheitsmodelle ausschließlich im Hinblick auf ihre konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Soll-Größe (Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche, Lebensziele, Ansprüche, Absichten usw.) unterscheiden.

2.6.6 Die Zufriedenheit aus Sicht der Ausdruckspsychologie

In den nachstehenden Zeilen werden wir nun unter Bezugnahme auf die basalen Standardwerke der Emotions- und Ausdruckspsychologie insbesondere die beiden folgenden Fragestellungen näher zu beantworten ersuchen. *Erstens*: Wie lässt sich das in der Literatur häufig synonym verwandte Gefühlsvokabular, dass sich von einfachen Stimmungen und Gefühlsregungen über Emotionen bis hin zu Affekten erstreckt, semantisch voneinander separieren und unter welche dieser Etikette ist der Zufriedenheitsbegriff am ehesten zu subsumieren? *Zweitens*: Können aus der umfangreichen Literatur zur Ausdruckspsychologie, wobei im Rahmen dieses Unterkapitels der analytische Schwerpunkt auf das Ausdrucksgebaren der Körperhaltung (gehen, sitzen, stehen), Gestik (Handbewegungen), Mimik (Unter- und Obergesicht) und Stimmqualität (Grundfrequenz etc.) gelegt wird, luzide Indikatoren extrahiert werden, deren *»äußere«* Präsenz als sicheres Zeichen einer simultan vorherrschenden *»inneren«* Zufriedenheit gelesen werden kann?

Versuchen wir nun zunächst die erste der obig aufgeworfenen Fragestellungen hinreichend zu beantworten, so kündet bereits ein flüchtiger Blick in die einschlägige Literatur den möglichen Danaidenarbeitscharakter dieses Wagnisses an, da im internationalen wissenschaftlichen Diskurs der Emotionspsychologie *bis dato* sowohl hinsichtlich des Propriums *»Emotion«* als auch bezüglich artverwandter Begriffe wie Stimmung, Gefühl und Affekt kein definitorischer Konsens besteht.[427] Zur Exemplifikation der in dieser Bindestrich-Psychologie kursierenden Definitionsvielfalt sei an dieser Stelle *pars pro toto* auf die Untersuchungsergebnisse von KLEINGINNA & KLEINGINNA, die innerhalb ihrer Studie aus dem Jahre 1981 insgesamt 92 verschiedene Emotionsdefinitionen zu Tage förderten, verwiesen.[428] Aufgrund dieses Tatbestandes bedarf es zur Beantwortung unserer ersten Fragestellung vorab einer genauen Absteckung des in der Emotionspsychologie grassierenden semantischen Begriffsfeldes. Vor dem Hintergrund der nachfolgend zu leistenden Definitionsarbeit soll uns dabei die emotionsbezogene Arbeitsdefinition von SCHMIDT-ATZERT als Ausgangspunkt dienlich sein: *„Eine Emotion"* – so SCHMIDT-ATZERT – *„ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck"*[429]. Unterzieht man die von SCHMIDT-ATZERT im Definiens

[427] vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 18
[428] vgl. KLEINGINNA & KLEINGINNA 1981: 345
[429] SCHMIDT-ATZERT 1996: 21

gebrauchten Begrifflichkeiten einer minutiösen Untersuchung, so zeigt sich, dass SCHMIDT-ATZERT auf der einen Seite darauf abhebt, vermittels des Zustandsbegriffs Emotionen eher als temporäre (states) denn als invariante (trait) Merkmale aufzufassen.[430] Auf der anderen Seite geht SCHMIDT-ATZERT davon aus, dass ein emotionaler Zustand mit signifikanten Veränderungen auf den Ebenen des emotionalen Erlebens (Gefühl), der Physiologie (körperlicher Zustand) und des Ausdrucksverhaltens einhergeht, wobei aufgrund der in der Regel nur schwach ausgeprägten Kovarianz zwischen diesen drei Komponenten laut SCHMIDT-ATZERT nicht gefolgert werden sollte, „(…) dass beim Vorliegen einer Emotion gleichzeitig Veränderungen in allen drei Komponenten vorhanden sein müssen“[431]. Ausgehend von dieser Arbeitsdefinition, in welcher der Terminus »*Emotion*« zum Metabegriff avanciert, sollen nun vornehmlich die *familienähnlichen Konstrukte* des Gefühls, der Stimmung und des Affekt inhaltlich präzisiert und voneinander abgegrenzt werden. Während das Konstrukt »*Gefühl*« als Teilkomponente des Metakonstrukts »*Emotion*« die subjektiv erlebte Emotionsempfindung, welche nach Wilhelm WUNDT auf den drei Dimensionen Lust/Unlust, Erregung/Beruhigung und Spannung/Lösung erfahren wird[432], abbildet, versteht man unter dem Affektbegriff eine kurze und heftig aufwallende Emotion.[433] Gemäß dieser inhaltlichen Ausstaffierung kann der Affektterminus als eine spezifische Emotionsvariante durchaus unter die von SCHMIDT-ATZERT konzipierte Arbeitsdefinition subsumiert werden. Dem entgegen ist das Konstrukt »*Stimmung*« dezidiert vom Metakonstrukt »*Emotion*« abzugrenzen. Zieht man zur Auslotung der definitorischen Demarkationslinie zwischen den Konstrukten *Stimmung* und *Emotion* die elaborierten Ausführungen zur Phänomenologie der Stimmung von Martin HEIDDEGER[434], Otto Friedrich BOLLNOW[435] und Homan von DITFURTH[436] heran, so offenbart sich der maßgebende Unterschied zwischen Stimmung und Emotion in der '*Nichtintentionalität*' der Stimmungen, d.h. das Stimmungen im Gegensatz zu Emotionen nicht an eine konkrete Situation oder ein bestimmtes Objekt gebunden sind. Weitere Differenzierungsmerkmale die in der Literatur verhandelt werden gehen davon aus, dass Stimmungen im Allgemeinen schwächer und weniger variabel sind, länger andauern, keinen klaren Auslöserbezug aufweisen und tendenziell eher den Erlebnishinter*grund* in Form einer Art Dauertönung darstellen, auf welchem sich die jeweiligen Emotionen als "*Figuren*" abmalen.[437]

Nachdem wir voranstehend in einem ersten Schritt den terminologischen Augiasstall der Emotionspsychologie der Gestalt ausgewaschen haben, dass das vormals lose zusammenhängende Gefühlsvokabular nunmehr einer klare inhaltliche Struktur aufweist, soll nachfolgend in einem zweiten Schritt die unter den Nägeln brennende Frage beantwortet werden, ob die Gemütsbewegung der Zufriedenheit mit dem Emotionslabel versehen werden kann. Gesetzt den Fall, dass die seelische Verfassung der Zufriedenheit als eine wie auch immer geartete Emotionsform verstanden werden kann, gilt es ferner unter Rekurs auf die von SCHMIDT-ATZERT im Rahmen seiner Arbeitsdefinition proklamierten drei emotionsspezifischen Ebenen zu ergründen, inwieweit der emotionale Zustand der Zufriedenheit auf der Gefühls-, Physiologie- und Ausdrucksebene signifikante Veränderungen zeitigt. Greift man zur Beantwortung dieser Fragestellung auf die internationale Standardliteratur zur Emotionspsychologie zurück, so führt eine kursorische Lesart dieser

[430] vgl. ebenda: 20
[431] ebenda: 21
[432] vgl. WUNDT 1901: § 7
[433] vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 26
[434] vgl. HEIDEGGER 2001: 134 (§ 29)
[435] vgl. BOLLNOW 1988
[436] vgl. DITFURTH 1992
[437] vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 24-25 sowie ULICH & MAYRING 1992: 29

Werke einstweilen zu einer jähen Enttäuschung, da die Zufriedenheit aus sämtlichen Primär- bzw. Basisemotionskonzepten ausgeklammert wird.[438] Schließt man nun jedoch neben den heterogenen Basisemotionskonzepten auch sprachanalytische Untersuchungen zur Emotionsklassifizierung in die Analyse ein, so wird man *in puncto* Zufriedenheit insbesondere bei SCHMIDT-ATZERT & STRÖHM (1983)[439] sowie MEES (1985)[440] fündig. Verorten SCHMIDT-ATZERT & STRÖHM die Zufriedenheit im Rahmen einer Clusteranalyse in eine Emotionsklasse samt den Begriffen Begeisterung, Lust, Freude, Glück und Erleichterung[441], so gibt MEES in ihrer Studie der Zufriedenheit den Anstrich einer positiven Bewertungsemotion.[442] Analog dazu räumt MAYRING der Zufriedenheit einen Platz in den so genannten Emotionen des Wohlbefindens ein.[443] Entsprechend den Äußerungen der voranstehend notierten Autoren kann an dieser Stelle somit schon einmal festgehalten werden, dass die Gemütsbewegung der Zufriedenheit als eine spezifische Bewertungs- *resp.* Wohlfühlemotion verstanden werden kann. Konnte nunmehr also der emotionale Charakter der Zufriedenheit anhand der Literatur belegt werden, so soll im Folgenden die obig bereits im Konjunktiv anformulierte Fragstellung beantwortet werden, inwiefern konkrete Aussagen darüber getroffen werden können, mit welchen affektiven, physiologischen und expressiven Veränderungen der emotionale Zustand der Zufriedenheit einhergeht. Bevor allerdings der Zufriedenheitsbegriff in die Emotionsdefinition von SCHMIDT-ATZERT eingespeist und auf sein genuines Veränderungspotenzial auf den drei ausgewiesen Ebene untersucht werden soll, sei vorab angemerkt, dass die von SCHMIDT-ATZERT inaugurierten Ebenen um eine *konative* erweitert wird, d.h. dass im fortfolgenden Argumentationsgang nicht bloß erforscht wird, welche Ausschläge die Zufriedenheit auf den emotionalen, physiologischen und expressiven Dimensionen heraufbeschwört, sondern darüber hinaus, ob die Zufriedenheit auf der motivationalen Ebene ein gewisses Verhalten bzw. eine bestimmte Verhaltensbereitschaft determiniert.

Wenden wir uns zuerst der Ebene des subjektiven Erlebens zu und versuchen in diesem Kontext die Frage zu beantworten, wie man den Gefühlszustand der Zufriedenheit näher beschreiben kann. Dem Psychologen Philipp LERSCH zufolge verbinden wir mit dem Zustand der Zufriedenheit unter anderem das Gefühl, die eigenen Ansprüche und Ziele erreicht zu haben, frei von Sorge zu sein sowie Frieden in der Seele gefunden zu haben.[444] Versucht man sich nun in Abkehr dieser von LERSCH beschriebenen allgemeinen Gefühlsassoziationen ein differenzierteres Bild vom subjektiven Zufriedenheitsempfindens zu machen, so stößt man unweigerlich auf die neueren Arbeiten zur Dimensionsanalyse. Ließen sich getreu der Auffassung des Urvaters der Dimensionsanalyse Wilhelm WUNDT sämtliche Emotionen anhand der drei Dimensionen *Lust/Unlust*, *Erregung/Beruhigung* und *Spannung/Lösung* beschreiben[445], so gelangt die gegenwärtige Emotionsforschung zu der übereinstimmenden Meinung, „(…) dass Emotionen durch zwei Dimensionen beschrieben werden können: Lust-Unlust und Aktivierung. Gefühle sind mehr oder weniger angenehm. Am einen Pol stehen etwa Freude und Zufriedenheit, am anderen Angst und Traurigkeit. Sie werden weiterhin mehr oder weniger stark mit Erregung in Verbindung gebracht“[446]. Im Folgenden sollen nun zwei Emotionsmodelle von RUSSELL (1980) und FROMME & O'BRIEN (1982) näher beschrieben werden, die trotz ihres unterschiedlichen Komplexitätsgrades beiderseits an die Basisdimensionen

[438] vgl. die tabellarische Übersicht unterschiedlichste Basisemotionskonzepte bei ULICH & MAYRING 1992: 132-133
[439] vgl. SCHMIDT-ATZERT & STRÖHM 1983
[440] vgl. MEES 1985
[441] vgl. SCHMIDT-ATZERT & STRÖHM 1983: 135
[442] vgl. MEES 1985: 15
[443] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 138, 160, 163-165
[444] vgl. LERSCH 1951: 280
[445] vgl. WUNDT 1901: § 7
[446] SCHMIDT-ATZERT 1996: 89

Lust/Unlust sowie Erregung/Ruhe anknüpfen und der Zufriedenheit eine affine Topologie zuteil werden lassen. Betrachtet man das zur optimierten Veranschaulichung abgelichtete »*Circumplex Modell der Emotionen*« (Abb. 6) von RUSSELL[447], so stellt man fest, dass die Gemütsbewegung der Zufriedenheit sowohl auf dem Erregung/Ruhe- als auch auf dem Unlust/Lust-Kontinuum jeweils an der Schwelle zum fordern Viertel des (positiven) Wertebereich platziert wird.

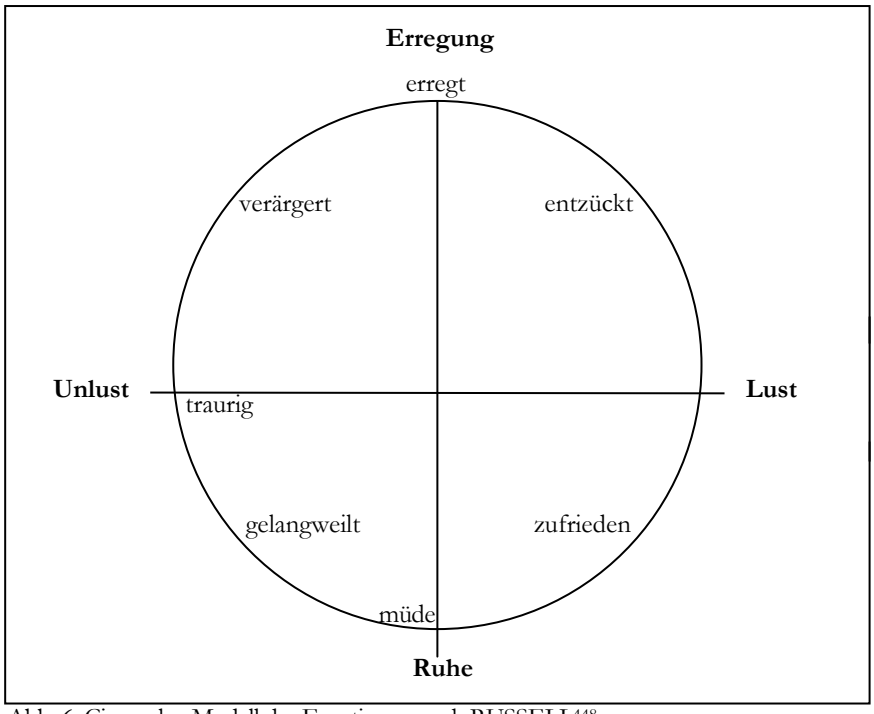


Abb. 6: Cirumplex Modell der Emotionen nach RUSSELL[448]

Gemäß seiner kategorialen Einstufung im »*Circumplex Modell der Emotionen*« kann die subjektive Erlebnisdimension der Zufriedenheitsemotion als ein angenehm empfundener Zustand beschrieben werden, der physiologisch mit Entspanntheits- und Ruheempfinden einhergeht. Zur weiteren Illustration des RUSSELLSCHEN »*Circumplex Modell der Emotionen*« soll die nachstehende Abbildung 7, in der die emotionsbezogenen Adjektive durch entsprechende Gesichtsausdrücke ersetzt werden, dienlich sein.

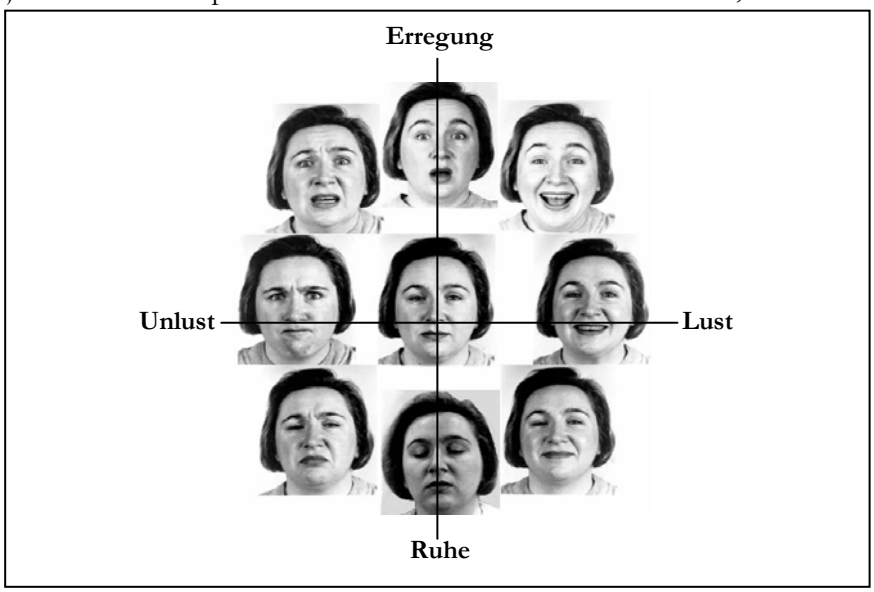


Abb. 7: Gesischtsausdruckshinterlegtes Circumplex Modell der Emotionen

[447] RUSSEL 1980

[448] eigene Darstellung in Anlehnung an die Abbildung des »*Circumplex Modells*« von RUSSELL bei SCHMIDT-ATZERT 1996: 93. Siehe ferner LAYARD 2005: 34

Nachdem wir nun das Emotionsmodell von RUSSELL hinreichend erläutert haben, soll nachfolgende noch *in nuce* der Ansatz von FROMME & O'BRIEN (1982) dargestellt werden. In Analogie zu RUSSELLS »*Circumplex Modell*« bildeten FROMME & O'BRIEN ein zweidimensionales, kreisförmig angelegtes Emotionsmodell. Der primäre Unterschied zwischen den beiden Emotionsmodellen bestehet nun darin, dass FROMME & O'BRIEN die Erregungs-Ruhe-Achse des »*Circumplex Modell*« durch die antagonistischen Variablen des vegetativen Nervensystems ersetzten. Konkret formuliert bedeutet dies, dass FROMME & O'BRIEN den Aktivitätszustand des menschlichen Organismus nunmehr auf einem Kontinuum mit den Endpunkten sympathische- versus parasympathische Aktivation anordnen.[449] Mustert man nun die im Emotionsmodell von FROMME & O'BRIEN[450] vorgenommene Eingruppierung der Zufriedenheitsemotion, so gelangt man zu einer nahezu äquivalenten Zustandsbeschreibung. Parallel zur Positionierung der Zufriedenheitsemotion im »*Circumplex Modell*« geht das Autorenduo FROMME & O'BRIEN davon aus, dass die Zufriedenheit eine tendenziell lustbetonte Emotion ist, die auf physiologischer Ebene mit einer mittelstarken Aktivierung des parasympathischen Nervensystems (Hemmung der Atmung, Verlangsamung der Herztätigkeit, Senkung des Blutdrucks, Anregung der Verdauungstätigkeit[451]) verbunden ist.

Konnte im obigen Textabschnitt kraft der Emotionsmodelle von RUSSELL sowie FROMME & O'BRIEN die erste emotionsspezifische Ebene der Arbeitsdefinition von SCHMIDT-ATZERT erschöpfend konturiert werden, so soll nachstehend – das abgesteckte physiologische Fahrwasser des Autorenduos FROMME & O'BRIEN aufnehmend – die zweite Ebene näher beäugt werden. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die spezifische Fachliteratur daraufhin abgeklopft werden soll, inwieweit mit dem emotionalen Zustand der Zufriedenheit auf körperlicher Ebene signifikante Veränderungen einhergehen. Durchforstet man nun die zur Beantwortung dieser Fragestellung relevant erscheinende emotionspsychologische Literatur, so stellt sich die unbefriedigende Erkenntnis ein, dass einer exorbitanten Anzahl von Untersuchungen zum Einfluss emotionaler Zustände auf physiologische Parameter unterschiedlichster Couleur (z.B. Herzfrequenz, Blutdruck, Hautleitfähigkeit, periphere Durchblutung[452]) zum Trotz, es in der Emotionsforschung *bis dato* nicht gelungen ist, „(…) unter den physiologischen Variablen einen spezifischen Indikator für irgendwelche Emotionen zu finden"[453]. Anschlussfähig an diese resignative Bestandsaufnahme gelangt MAYRING zu der Einsicht, dass *in puncto* Zufriedenheit „(…) höchstens physiologische Korrelate von Entspannungszuständen [Parasympathikusaktivität, T.K.] anzuführen"[454] sind. Getreu der rezitierten Aussagen der exponierten deutschsprachigen Emotionsforscher Lothar SCHMIDT-ATZERT und Philipp MAYRING kann die aufgeworfene Fragestellung, ob der emotionale Zustand der Zufriedenheit auf physiologischer Ebene durch charakteristische Veränderungen angezeigt wird, aufgrund des derzeitigen Forschungsstandes verneint werden.[455] Es kann jedoch an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich in der internationalen Literatur zur Emotionspsychologie die einmündige Annahme durchgesetzt hat, dass der emotionale Zustand der Zufriedenheit auf körperlicher

[449] vgl. FROMME & O'BRIEN 1982: 343
[450] vgl. ebenda. Siehe ferner die deutschsprachige Übersetzung des Emotionsmodells durch TISCHLER 1993: 33
[451] vgl. LINDER 1983: 240-241; „Der Parasympathikus" – so LINDER –„ (…) fördert Vorgänge, die der Erholung des Organismus dienen" [LINDER 1983: 241].
[452] vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 102-103
[453] ebenda: 102
[454] ULICH & MAYRING 1992: 165
[455] Zur kontrovers geführten Diskussion bezüglich des Prolaktinspiegels als möglichen Indikator für sexuelle Zufriedenheit siehe insbesondere den Aufsatz von KRÜGER et al. 2002.

Ebene mit entspannungsartigen Veränderungen in Form einer verstärkten parasympathische Aktivität (*tropotrope Wirkung*) einhergeht.[456]

Bevor wir im Folgenden anhand der umfangreichen Literatur zur Ausdruckspsychologie die aufgeworfene Fragestellung, inwieweit der emotionale Zustand der Zufriedenheit auf den Ausdrucksebenen der Körperhaltung, Gestik, Mimik und Stimmqualität eindeutig identifizierbare Veränderungen mit sich führt, beantworten werden, soll vorab in einem propädeutischen Sinne kurz auf die grundlegenden Axiome der Ausdruckspsychologie, insbesondere des in der nonverbalen Kommunikationsforschung breitflächig rezipierten »*Durchsickerungsansatzes*« von EKMAN & FRIESEN[457], eingegangen werden. Der einführenden Worte in die zentralen Aussagen der nonverbalen Kommunikationstheorie seien jedoch einige klärende Angaben zum Umgang mit dem Begriff des ‚Ausdrucks' *resp.* mittels der Subdisziplin ‚Ausdruckspsychologie' im Rahmen dieses Unterkapitels vorausgeschickt. Wann immer im nachfolgenden Textabschnitt der „*Ausdrucks*"-Terminus bedient wird, ist sein semantischer Gehalt von den historischen Vorläufern der modernen Ausdruckspsychologie – die von ARISTOTELS[458], über LAVATER[459], CRAUS[460] und PIDERIT[461] bis hin zu LOMBROSO[462] und KRETSCHMER[463] reichen – insofern dezidiert abzugrenzen, als dass auf der Basis des jeweiligen Ausdrucksgebarens nicht invariante Persönlichkeitseigenschaften, sondern ephemere Gemütsbewegungen des Ausdruckssubjekts aufgespürt werden sollen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die in diesem Kapitelunterpunkt zu leistende Ausdruckanalyse in ihrem Untersuchungsgegenstand ausnahmslos einen möglichen Emotionsindikator erblickt und sich vollständig von der tradierten Forschungshybris loseist, die den menschlichen Charakter am jeweils dominierenden Ausdrucksverhaltens bzw. den mimischen Spuren abzulesen trachteten.

Wenden wir uns nach diesen einleitenden Worten nun den Grundannahmen der nonverbalen Kommunikationstheorie zu, so soll vor diesem Hintergrund primär die Frage geklärt werden, welche Forschungsergebnisse *resp.* Theorien den exponierten Stellenwert nonverbaler Kommunikationsbotschaften für die Ausdruckspsychologie determinieren.

Das nonverbale Kommunikationsverhalten des Menschen, welches sowohl ontogenetisch als auch phylogenetisch als Primärsprache ausgewiesen wird[464], kann laut KÄSLIN[465] in drei Dimensionen unterteilen werden: 1) Vokale- (parasprachliche Reize wie z.B. Intonation, Rhythmus, Lautstärke, Grundfrequenz, Sprechtempo usw.), 2) mimische- (Gesichtsausdruck, Blickverhalten, Pupillengröße usw.) und 3) körperliche Komponenten (Gehen, Stehen, Körperhaltung, Handbewegungen) des nonverbalen Kommunikationsverhaltens.[466] Die zentralen Unterschiede zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikationsbotschaften obliegen nun darin, dass die nonverbalen Botschaften einerseits einer geringeren bewussten Zensur bzw. Kontrolle unterliegen[467] sowie andererseits eine präzisere Emotionskommunikation ermöglichen.[468] Basierend auf diesen beiden maßgebenden Unterscheidungskriterien gehen EKMAN

[456] Zu dieser Einsicht gelangte unter anderem die methodisch äußerst progressive Studie von TRIEMER & RAU (2001), in der die Autoren zur Erfassung von spezifischen Stimmungskurven während des Arbeitsalltag zeitgleich ein *‚pocketcomputergestütztes Tagebuch'* sowie medizinische Messgeräte zur Erfassung kardiovaskulärer Parameter wie Herzfrequenz und Blutdruck einsetzten.
[457] vgl. EKMAN & FRIESEN 1969; 1974; 1979
[458] vgl. ARISTOTELES 1847
[459] vgl. LAVATER 1984 und 1999
[460] vgl. CARUS 1853
[461] vgl. PIDERIT 1925
[462] vgl. LOMBROSO 1894
[463] vgl. KRETSCHMER 1961
[464] vgl. FORGAS 1995: 128 sowie MOLCHO 1998: 9
[465] vgl. KÄSLIN 1983: 4-5
[466] vgl. ebenda
[467] vgl. FORGAS 1995: 127 sowie MOLCHO 1998: 11;
[468] vgl. FORGAS 1995: 127-128

& FRIESEN in ihrer bereits obig angesprochenen »*Durchsickerungstheorie*«[469] davon aus, dass sich die wahren emotionalen Gemütszustände aufgrund ihrer geringeren Kontrollierbarkeit eher anhand nonverbaler den verbaler Botschaften ablesen lassen. Mit dem Terminus der »*Durchsickerung*« spielt das Autorenduo EKMAN & FRIESEN somit auf mögliche verbale Täuschungsmanöver an, die jedoch durch das durchsickern des echten Gefühlszustandes auf nonverbaler Ebene konterkariert werden können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass bei bestehenden Inkongruenzen zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck – z.B. verbale Zufriedenheitsbekundung bei simultan vorherrschendem „gequält" wirkenden Lächeln und angespannter, gedrungener Körperhaltung – der nonverbal kommunizierten Botschaft beständig der Interpretationsvorzug gegeben wird.

Wenden wir uns nun in Gestalt der Körperhaltung dem ersten emotionalen Ausdrucksmedium zu, so soll im Folgenden untersucht werden, inwieweit der emotionale Zustand der Zufriedenheit anhand eindeutig klassifizierbarer körpersprachlicher Zeichen in den drei Ausdruckgebieten des *Stehens*, *Gehens* und *Sitzens* abgelesen werden kann.

Ausgehend von der in das Alltagsleben eingesickerten reimartigen Begrüßungsfloskel des „*Wie geht's? Wie steht's*?"[470], in der bereits der Zusammenhang zwischen emotionaler Empfindung und dem fließenden bzw. ruhenden Körpers anklingt[471], wollen wir zuvorderst das emotionale Körpervokabular des »*homo erectus*«, also des aufrechtstehenden Menschens, genauer in Augenschein nehmen. Lassen wir an dieser Stelle die höchst interessanten evolutionsbiologischen[472] und anthropologischen[473] Implikationen, die mit der Entwicklung des *homo habilis* zum *homo erectus* unumstößlich verbunden sind aus Platzgründen außen vor und konzentrieren uns gänzlich auf die von emotionaler Zufriedenheit kündenden Merkmale der stehenden Haltung, die laut BUYTENDIJK „(…) entweder eine Endphase oder einen Ausgangspunkt (…)"[474] darstellt, so findet sich innerhalb eines Experiments des Forscherduos SARBIN & HARDYCK eine stehende Strichfigur (Abb. 8), dessen Körperhaltung den Autoren zufolge eine innere Selbstzufriedenheit zur Schau trägt.

Abb. 8: "Zufriedene" Strichfigur[475]

Wenn wir uns nun im Folgenden zur detaillierten Interpretation des „selbstzufriedenen Strichmännchens" der Körpersymbolik MOLCHOS bedienen, so soll allen voran die Frage geklärt werden, inwieweit sich die im obigen Textkörper auf den Ebenen des subjektiven Gefühlsempfindens und der Physio-

[469] vgl. EKMAN & FRIESEN 1969, 1974 und 1979

[470] Es sei an dieser Stelle allerdings mit Bezugnahme auf einen kurzen Passus aus einem Brief des Dichters Christian Dietrich GRABBE die Vermutung geäußert, dass der zweite Teil der im obigen Textkörper zitierten Alltagsfloskel, in Worten das *„Wie steht's"*, weniger auf den gegenwärtigen Gefühlsstand sondern vielmehr auf den Stand innerhalb der Gesellschaftsschicht abhebt: „Ich stehe erträglich und verdiene auch erträglich – aber ich bin" – so schreibt GRABBE am 4. Mai 1827 seinem Freund Georg Ferdinand KETTEMBEIL – „nicht glücklich, werde es wohl auch nie wieder. Ich glaube, hoffe, wünsche, liebe, achte, hasse nichts, sondern verachte nur noch immer das Gemeine; ich bin mir selbst so gleichgültig wie es mir ein Dritter ist" [GRABBE, zitiert nach AUFENANGER 2001: 133].

[471] Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass bereits die etymologische Wurzel des Emotionsbegriffs, die in den lateinischen Worten ‚ex' (= heraus) und ‚motio' (= Bewegung) Gestalt annimmt, auf eine enge Beziehung zwischen ‚Bewegung' und ‚Emotion' hindeutet.

[472] vgl. ALSBERG 1975: 148-156; CLAESSENS 1980: 38 sowie MC NEILL 2004: 35

[473] vgl. STRAUS 1963 und 1980

[474] BUYTENDIJK 1956: 83

[475] entnommen aus ARGYLE 2005: 255

logie herausgestellten Zufriedenheitsindikatoren ebenfalls im nonverbalen Ausdrucksgeschehen manifestieren. Versuchen wir zu Anfangs, ehe die einzelnen Ausdruckssegmente einer gesonderten Analyse unterzogen werden, mittels der von MOLCHO angefertigten Köpersemantik einen allgemeinen Gesamteindruck des Strichmännchen-Konterfeis zu gewinnen, so zeigt sich, dass die Körperhaltung des Strichmännchens aufgrund ihres tendenziellen vom „Lastcharakter" des Daseins befreit zu scheinenden Muskeltonuses (Umweltoffenheit, Unverkrampftheit, harmonisches Zusammenspiel einzelner Körperpartien etc.) auf das endogene vorherrschen einer *Wohlbefindenheitsemotion*[476] hindeutet.[477] Emotionales Wohlbefinden drückt sich somit laut MOLCHO auf körpersprachlicher Ebene insbesondere durch eine offenen Grundhaltung gegenüber der Welt, die sich *en detail* in entspannten, harmonischen, rhythmisierten, lockeren und fließenden Bewegungen kundtut, aus. Dem gegenüber gehen negative emotionale Zustände (z.B. Angst, Unzufriedenheit) zumeist mit einer geschlossen-gedrungenen Körperhaltung – für die der Psychologe Wilhelm REICH den Begriff des »*Körperpanzers*«[478] bemühte – einher.[479] Nach dieser ersten holistischen Bildbetrachtung sollen nun die einzelnen körpersprachlichen Ausdruckgebiete des „selbstzufriedenen Strichmännchens" wobei die Analyseschwerpunkte auf der Kopf-, Schulter-, Arm-, Bein- und Fußstellung liegen – eingehender studiert werden. Beginnen wir mit der Interpretation der leicht zur Seite geneigten Kopfhaltung des Strichmännchens, so verweist dieses Ausdrucksgebaren laut MOLCHO auf Vertrauen zur Um- und Mitwelt hin.[480] Die Schulterhaltung der Strichfigur, welche trotz der Anlehnung der rechten Hand an die Wand recht befreit, locker und raumgreifend wirkt[481], kann dahingehend interpretiert werden, dass das abgebildete Strichmännchen einerseits von physischer und psychischer Last befreit ist[482] und andererseits eine prinzipiell offene Haltung gegenüber den Reizen aus der Um- und Mitwelt einnimmt. Versuchen wir nun, dass Körpervokabular der Armstellungen zu dechiffrieren, so zeigt sich, dass der rechte Arm, welcher in der Körpersymbolik MOLCHOS in Anlehnung an die Gehirnhemisphärenfunktion als „*rational-kalkulierender Arm*" beschrieben wird, in der Abbildung eher eine passive einnimmt. Der in der Hüfte abgelegte linke („Gefühls-") Arm ist gegenüber dem rechten Arm somit eine höhere Aktivierungswahrscheinlichkeit zuzusprechen, was der Gestalt gedeutet werden kann, dass sich die Strichfigur innerlich eher in einem emotionalen denn in einem rationalen Bewusstseinszustand befindet. Betrachten wir zu guter letzt die Bein- und Fußstellung der Strichfigur, so verweist die stärkere Verlagerung des Körpergewichts auf das linke „Gefühlsbein" in Analogie zur Armhaltung auf einen tendenziell eher gefühlsbetontes Gegenwartserleben hin.[483] Die zur Wand gerichtete Fußstellung, welche eine klassische Kampf-Flucht-Reaktion erschweren würde, kann nun derart ausgelegt werden, dass sich die abgebildete Strichfigur *in situ* relativ behaglich, unbedroht und in einem harmonischen Gleichklang mit der sie umgreifenden Welt fühlt. In Anlehnung an den Psychologen Erich Rudolf JAENSCH kann dieser Zustand auch mit dem anschaulichen Begriff der »*Umweltkohärenz*«[484] beschrieben werden. Ausgehend von der *Präsupposition*, dass die stehende Strichfigur von SARBIN & HAR-

[476] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 138
[477] vgl. LERSCH 1969a: 43 und MOLCHO 2001: 14;
[478] vgl. REICH 1987 und1989
[479] vgl. MOLCHO 1998: 47; MOLCHO 2001: 15-16 und MOLCHO 2006: 106
[480] vgl. MOLCHO 2001: 176. Die „(…) Neigung des Nackens" – ist MOLCHO zufolge – „das bekannte Signal, mit dem Vertrauen angezeigt und eingefordert wird, indem die Halsseite freigemacht wird: Du könntest mich beißen, wirst es jedoch nicht tun, weil ich dir Vertrauen entgegenbringe" [ebenda: 172].
[481] Der interessierte Leser sei an dieser Stelle auf die höchst lesenswerten Ausführungen von Irenäus EIBEL-EIBESFELDT verwiesen, der anhand der evolutiven Bedeutung des Haaresträubens, den Drohcharakter breit auslandender Schultern eindrucksvoll nachweist (vgl. EIBEL-EIBESFELD 1982: 27-29).
[482] vgl. MOLCHO 2001: 173 sowie MOLCHO 2006: 92
[483] vgl. MOLCHO 1998: 95 sowie MOLCHO 2006: 26
[484] vgl. JAENSCH 1929

DYCK[485] *realiter* eine selbstzufriedene Gemütsbewegung zur Schau trägt, kann der voranstehend vermittels der Körpersymbolik von Samy MOLCHO geleistete Interpretationsversuch, nunmehr der Gestalt zusammengefasst werden, als dass die körpersprachlichen Signale des Strichmännchens (Offenheit, Vertrauen, Gefühlsbezogenheit, Behaglichkeit) allesamt auf das grundsätzliche Vorhandensein eines emotionalen Wohlsbefindlichkeitszustandes hindeuten. Da jedoch im Rahmen der körpersprachlichen Analyse des stehenden Strichmännchens kein genuiner Zufriedenheitsindikator – dies meint ein nonverbales Ausdrucksgebaren, welches ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit in Erscheinung tritt – aufgespürt werden konnte, kann in Bezug auf die stehende Körperhaltung dem Urteil MAYRINGS, demzufolge der Zufriedenheit „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten (…)"[486] zugrunde liegt, beigepflichtet werden. Ehe wir uns nun nachstehend des nonverbalen Ausdrucksrepertoires des menschlichen Ganges zuwenden, kann an dieser Stelle somit synoptisch festgehalten werden, dass sich trotz der bestehenden Gemeinsamkeiten zwischen den nonverbalen Ausdruckskomponenten der „selbstzufriedenen Strichfigur" und den im obigen Textabschnitt herausdividierten Zufriedenheitseigenschaften auf den Ebenen des subjektiven Erlebens (Zufriedenheit als lustbetontes und gleichsam entspanntes Gefühl) und der physiologischen Aktivität (Zufriedenheit geht auf körperlicher Ebene zumeist mit Entspannungszuständen in Form einer verstärkten parasympathischen Tatkraft einher) kein eigenständiges Zufriedenheitsvokabular aus der Literatur zur Körpersprache der stehenden Haltung deduziert werden konnte. Entsprechend können die nonverbalen Signale der Offenheit, Gefühlsbezogenheit, Harmonie, Entspanntheit sowie des Vertrauens nicht nur im emotionalen Zustand der Selbstzufriedenheit, sondern bei sämtlichen Wohlbefindenheitsemotionen in Erscheinung treten, die analog der Zufriedenheitsemotion mit einem geringen Erregungspotenzial (z.B. Entspanntheit, Erleichterung, Genusserleben etc. im Gegensatz zu überschäumender Freude und ekstatischen Glücksgefühle) einhergehen.

In den nachfolgenden Zeilen soll nun untersucht werden, inwieweit sich der emotionale Zustand der Zufriedenheit in einem spezifischen Gangbild auszudrücken vermag. Dabei sei aus kulturgeschichtlicher Perspektive vorab angemerkt, dass die verschiedenen Arten und Anlässe des menschliche Ganges – allen voran das Gehen, Wandern, Flanieren und Spazierengehen – insbesondere innerhalb der Literaturgeschichte[487] immer wieder zum Ausgangspunkt theoretischer Reflexionen über den Zusammenhang zwischen Gangart und Charakter *resp.* Stimmungslage herangezogen wurden.[488] *Pars pro toto* soll nachstehend zur Veranschaulichung dieses Sachverhaltes kurz auf die prosaischen Ausführungen zum menschlichen Gang von Honoré DE BALZAC und Hermann BROCH eingegangen werden. „(…) ist es nicht in der Tat merkwürdig, festzustellen" – so fragte sich der französische Schriftsteller Honoré DE BALZAC An-

---

[485] entnommen aus ARGYLE 2005: 255

[486] ULICH & MAYRING 1992: 165

[487] Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass das menschliche Gangverhalten mitunter auch in den Diskursen der Philosophie und Medizin ausgiebig berücksichtigt wurde. Verweist im Rahmen der Philosophiegeschichte bereits der Name der Schule des Aristoteles (Peripatos = Wanderhalle) auf eine frühzeitige Wertschätzung des Gangphänomens, so gewann der menschliche Gang und das mit ihm einhergehende Vokabular in der Medizinhistorie erst innerhalb der Mitte des 20. Jh. aufkeimenden *Daseinsanalytik* einer verstärkte Aufmerksamkeit. Zur beispielhaften Verdeutlichung des daseinsanalytischen Umgangs mit dem Phänomen des menschlichen Ganges, werden ich nachstehend in Form der »*Verstiegenheit*« (vgl. BINSWANGER 1956; 1980) sowie des »*horizontalen- und vertikalen Standverlustes*« (vgl. KULENKAMPFF 1955 sowie ZUTT 1963h; 1963i) einige pathologische Gangarten vorstellen, vermittels derer die vorausgehend in Klammern genannten Danseinanalytiker die basalen anthropologischen Strukturen psychiatrischer Erkrankungen freilegen wollten: „Verstiegenheit" – so BINSWANGER – „bedeutet (…) [eine, T.K.] *Verabsolutierung* einer einzelnen *Entscheidung.* Eine solche Verabsolutierung ist aber wiederum" – laut BINSWANGER" – nur möglich, wo es also nichts mehr weiß oder ahnt von der „Relativität" alles Unten und Oben auf dem Hintergrund des fraglosen Vertrauens zum Sein, der *unproblematischen* Seinssicherheit, wo es überdies sich isoliert hat aus dem Umgang oder Verkehr mit den anderen und der nur in ihm möglichen dauernden Förderung und Belehrung, und wo es sich zurückgezogen hat auf den bloßen Umgang oder Verkehr mit sich selbst, bis auch dieser sich „totläuft" im bloßen Hinstarren auf das zum Medusenhaupt, zum Wahn erstarrte Problem, Ideal oder „Nichts der Angst". Infolgedessen ist auch hier ein Zurückholen aus der verstiegenen Position nicht mehr anders möglich als durch „fremde Hilfe", durchaus gleich dem Zurückholen des Bergsteigers, der sich an einer Felswand verstiegen hat" [BINSWANGER 1980: 209-210]. Während BINSWANGER also getreu dem voranstehend zitierten Passung mitsamt des Terminus der *Verstiegenheit* vorrangig die Grundproblematik der neurotischen Existenz zu erhellen beabsichtigte, so nutze KULENKAMF (1955) die Begriffe des *horizontalen- und vertikalen Standverlustes* zur Verdeutlichung der psychischen Erlebnisweisen innerhalb der Depression sowie der Psychose.

[488] vgl. BERNHARD 1971; KROLOW 1981; NIZON 1998: 9; SÜSKIND 1994; THOREAU 2001 und WALSER 1985;

fang des 19. Jahrhunderts – „dass seit der Zeit, wo der Mensch *geht*, noch keiner gefragt hat, warum er geht, wie er geht, wenn er geht, ob er besser gehen könnte, was er beim Gehen tut, ob es kein Mittel gäbe, seinen Gang zu besteuern, zu verändern, zu analysieren?“[489] Zur Abhilfe dieser defizitären physiognomischen Zeitdiagnose verfasste BALZAC im Jahre 1833 eine »*Theorie des Ganges*«, in welcher er unter anderem die These vertrat, dass sich aversive Gefühlszustände (z.B. Unzufriedenheit) und lasterhafte Charaktereigenschaften in disharmonischen Körperbewegungen ausdrücken.[490] Insbesondere der zuletzt genannte Kausalnexus schien Hermann BROCH bei der literarischen Porträtierung der Romanfigur des Herrn von Pasenow – *in persona* der Vater des Hauptprotagonisten Joachim von Pasenow im ersten Buch der Romantrilogie »*Die Schlafwandler*« mit dem Titel »*1888 - Pasenow oder die Romantik*« – nachdrücklich inspiriert zu haben:

> „Im Jahre 1888 war Herr v. Pasenow siebzig Jahre alt, und es gab Menschen, die ein merkwürdiges und unerklärliches Gefühl der Abneigung verspürten, wenn sie ihn über die Straßen Berlins daherkommen sahen (…). (…) merkwürdiges Unbehagen, das sich noch steigert, wenn Herr v. Pasenow vorbeigegangen ist und man ihm zufällig nachschaut. Vielleicht liegt es daran, weil einem dann das Alter des Mannes völlig ungewiß wird, denn er bewegt sich weder greisenhaft noch wie ein Jüngling, noch wie ein Mann in guten Jahren. Und weil Zweifel Unmut erzeugen, ist es nicht unmöglich, dass einer der Passanten diese Fortbewegungsart als würdelos empfindet, und wenn er sie dann als überheblich und kommun beschimpft, als schwächlich draufgängerisch und aufgetrumpft korrekt, so ist es kein Wunder. Das ist natürlich Temperamentssache; (…) Jener [Herr v. Pasenow, T.K.] (…) geht sehr raschen Schrittes und geradlinig, den Kopf trägt er hoch, wie kleine Leute es zu tun pflegen, und da er sich eben auch sehr gerade hält, streckt er seinen kleinen Bauch ein wenig vor, man könnte fast sagen, dass er ihn vor sich hertrage, ja dass er damit seine ganze Person irgendwohin trage, ein hässliches Geschenk, das niemand will. Allein da mit einem Gleichnis noch nichts erklärt ist, bleiben solche Beschimpfungen haltlos, und vielleicht schämt man sich ihrer, bis man den Spazierstock neben den Beinen entdeckt. Der Stock geht taktmäßig, hebt sich fast bis zur Kniehöhe, verweilt mit einem kleinen harten Aufschlag am Boden und hebt sich wieder, und die Füße gehen daneben. Und auch diese heben sich mehr als sonst üblich, die Fußspitze geht etwas zu weit nach aufwärts, als wollte sie in Verachtung der Entgegenkommenden ihnen die Schuhsohle zeigen, und der Absatz wird mit einem kleinen harten Aufschlag auf das Pflaster gesetzt.(…) furchtbar der Gedanke, dass diese dreibeinige Zielgerichtetheit so falsch sein muss wie diese Geradlinigkeit und dieses Vorwärtsstreben: auf das Nichts gerichtet! Denn so geht keiner, der Ernsthaftes beabsichtigt (…). (…) entsetzt von der Erkenntnis, dass so der Teufel schlendert, ein Hund, der auf drei Beinen hinkt, dass dies ein geradliniges Zickzackgehen ist, …genug; dies alles kann man nämlich herausfinden, wenn man den Gang des Herrn v. Pasenow mit liebevollem Haß zergliedert. Aber schließlich kann man solches bei den meisten Menschen versuchen. Immer stimmt irgend etwas. Und wenn Herr v. Pasenow auch keine gehetzte Lebensweise führte (…) so war er – und dies entspricht auch seiner Wesensart – in alledem geschäftig, und eigentliches Schlendern lag im ferne“[491].

Schrieb Honoré DE BALZAC seine »*Theorie des Ganges*« noch mit der durchweg hoffnungsfrohen Tinte, anhand der vielfältigen menschlichen Gangmuster auf zeitinvariante Charaktereigenschaften und aktuelle Gefühlsbewegungen schließen zu können, so lugt hinter den Zeilen des zitierten Passus von Hermann BROCH eine durchaus kritische Einschätzung des Erkenntnispotenzials der laienhaften Ganganalyse

[489] BALZAC 1969: 144-145.
[490] vgl. ebenda: 190-201
[491] BROCH 1994: 11-13

hervor. Insbesondere mit der Bezugnahme auf das Oxymoron des „liebevollen Hasses" – von denen die Menschen in ihren Alltagsdeutungen zuhauf beseelt sind – verweist BROCH auf die schier unbegrenzt scheinenden Möglichkeiten, sämtliche negative Charaktereigenschaften aus den *Hieroglyphen des menschlichen Ganges*[492] herauslesen zu können. Die im Alltag vorgenommenen Analogieschlüsse zwischen Gangbild und Charakter unterliegen laut BROCH somit keinesfalls einer ausgereiften wissenschaftlichen Systematik, sondern bieten willkommene Projektions- und Etikettierungsflächen für den bürgerlichen Alltagsverstand. Erinnert sei in diesem Rahmen an die mitunter bizarren Analogieschlüsse durch die Vergleichung der menschlichen Gangbewegung mit jenen Tieren, die dasselbe Gangmerkmal aufweisen. *Exempli causa* sei ein kurzer Passus aus dem Werk »*Die Physiognomie des Menschen*« von Johannes Baptista PORTA, dem Nestor dieser Pseudowissenschaft, angeführt: „Wer aufrecht und mit erhobenen Hals einhergehend die Schultern wirft" – so PORTA – „ist selbstgefällig und ungerecht; so laufen die ruhmsüchtigen und ehrgeizigen Pferde"[493]. Entgegen einer derart laienhaften bzw. rein prosaischen Ausdeutung des menschlichen Gangbildes werden wir zur Beantwortung der obig aufgeworfenen Fragestellung, inwieweit der emotionale Zustand der (Un-) Zufriedenheit in einem signifikanten Gangmuster zum Vorschein kommt, im Folgenden zweifelsohne ausnahmslos die wissenschaftlich-empirische Literatur zur Ganganalyse inspizieren. Eine besondere analytische Aufmerksamkeit wird dabei den ausdruckspsychologischen Monographien von Gertraud KIETZ[494] und Richard POKORNY[495] zuteil. Studiert man nun die einschlägigen Forschungsarbeiten, die sich explizit mit der emotionalen Ausdrucksqualität des Gangbildes beschäftigen, so wird man alsbald mit dem Tatbestand konfrontiert, dass maßgeblich der Einfluss erlebnisintensiver *resp.* figurativer[496] Emotionen auf das menschliche Gangverhalten untersucht wurde. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass die am häufigsten analysierte Emotion nicht etwa aus dem Spektrum der *Wohlbefindens-* sondern der *Unbehagensgefühle*[497] stammt. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die Auswirkungen depressiver Gefühlszustände (Niedergeschlagenheit, Missmut, Einsamkeit, Traurigkeit etc.) auf das Gangbild *bis dato* am gründlichsten erforscht wurden.[498] Anlässlich der forschungsbezogenen Vormachstellung negativ getönter Emotionen, wird die entsprechende Fachliteratur vom Autor zuerst dahingehend durchforsten, inwieweit sich die Kehrseite der Zufriedenheitsemotion – *nudis verbis* die Unzufriedenheit – in einer typischen Gangart manifestiert. Vorausgeschickt sei an dieser Stelle, dass sich die nachfolgenden Ganginterpretationen vorrangig an den von KIETZ[499] und MOLCHO[500] entwickelten Deutungsschablonen orientieren. Durchmustert man nun zur Gewahrwerdung des äußeren Gangbildes eines innerlich unzufriedenen Menschen die einschlägige Literatur, so wird man *mutatis mutandis* in der empirischen Studie von Gertraud KIETZ fündig. Dieser Verweis mag den Leser auf den ersten Blick insofern wunderlich vorkommen, als dass KIETZ in ihrer Untersuchung zwar Auskunft über den Ausdruck des *Missmutes,* nicht aber der *Unzufriedenheit*, im menschli-

[492] vgl. BALZAC 1969: 147
[493] PORTA 1930: 226
[494] vgl. KIETZ 1966
[495] vgl. POKORNY 1959; 1974
[496] siehe zur Figur-Grund-Metapher insbesondere EWERT 1983: 25 sowie HELLER 1980
[497] vgl. ULICH & MAYRING: 138
[498] vgl. BADER et al. 1999; JUCKEL 2005; LEMKE 1999; PFAU 1994; SLOMAN et al. 1982 und 1987; SOBIN & SACKHEIM 1997 sowie WENDORFF / LINNEMANN & LEMKE 2002
[499] vgl. KIETZ 1966
[500] vgl. MOLCHO 1998: 83-105 sowie 2006: 46-47, 53-56

chen Gang gibt. Auf den zweiten Blick erkennt man jedoch, dass die Autorin die Begriffe Missmut und Unzufriedenheit äquivalent gebraucht.[501]

Getreu der in der Fußnote 501 rezitierten Passage lokalisiert KIETZ die kennzeichnenden Gang-Bewegungen des unzufriedenen Menschen vornehmlich in einem disharmonischen Zusammenspiel der spezifischen Gangmuskulatur. Die weit über hundert Muskeln, welche an der Gehbewegung beteiligt sind[502], scheinen demnach im angespannten innerseelischen Zustand der Unzufriedenheit nur mangelhaft koordinierbar zu sein. Nachdem wir nun einen rudimentären Einblick in das spezifische Gangverhalten des von Missklang der Unzufriedenheit durchtönten Menschen erhalten haben, soll nachstehend detaillierter untersucht werden, inwiefern sich auch der emotionale Zustand der Zufriedenheit in einem typischen Gangbild auszudrücken vermag. Durchforstet man nun mit dem Ziel, das charakteristische Gangvokabularium des zufriedenen Menschen ausfindig zu machen, abermals die einschlägige Fachliteratur, so stößt man nebst einer Studie von WALK & HOMAN, die sich unter anderem mit Ausdruck und Erkenntnisfähigkeit der Glücksemotion im Gangverhalten beschäftigt[503], wiederum in der Untersuchung von Gertraud KIETZ auf höchst gehaltvolle Ausführungen. Da die Autorin jedoch in ihrer wissenschaftlichen Arbeit – analog zur Unzufriedenheitsemotionen – keine dezidierten Beschreibungen zum Zufriedenheitsausdruck im Gangbild tätigt, gilt es vorab die begriffliche Grundlage – von der die künftigen Deutungsversuche ihren Ausgangspunkt nehmen – zu klären. Konkret formuliert bedeutet dies, dass nachfolgend erst einmal die Frage zu beantworten ist, aufgrund welcher Erkenntnisse der Autor der vorliegenden Arbeit annimmt, dass sich das spezifische Gangbild des zufriedenen Menschen aus der Studie von KIETZ – welche zu diesem Themenkomplex *prima vista* keine Aussagen zu treffen scheint – deduzieren lässt. Der *Deus ex Machina* verbirgt sich in diesem Zusammenhang hinter einer vollständigen Bedeutungsäquivalenz zweiter Termini, d.h. dass die Autorin Gertraud KIETZ in ihrem Buch »*Gang und Seele*« nicht nur das obig aufgezeigte Begriffspaar des *Missmutes* und der *Unzufriedenheit*, sondern darüber hinaus auch die Begriffe der *Heiterkeit* und *Zufriedenheit* mit einem gleichlautigen semantischen Inhalt versieht. Für die Annahme einer definitorischen Äquivalenzsetzung der Begriffe *Heiterkeit* und *Zufriedenheit* in der Studie von KIETZ sprechen insbesondere zwei Punkte: *Erstens* beschreibt die Autorin das Wesen der Heiterkeit mit all jenen Begriffen (z.B. Ruhe, Gelassenheit, Gefühl der Leichtigkeit, Be-

[501] vgl. KIETZ 1966. Das typische Gangbild einer unzufriedenen Person wir von KIETZ wie folgt beschrieben: „Dem Missmutigen fehlt es so sehr an innerseelischer harmonischer Ausgeglichenheit, Ganzheitlichkeit und anpassungsbereiter, natürlicher Lockerheit, dass er unmöglich einen ausgesprochenen rhythmisch-elastischen Gang von weich gerundeter Schwingung haben kann, wie ihn etwa der Heitere aufweist. Dazu ist er viel zu sehr mit sich und der Welt uneins. Andererseits ist sein Gang aber auch nicht von scharf geradliniger Bewegungsweise und taktmäßig gegliedert, weil ihm dafür zu wenig aktive Willensanspannung, zu wenig Selbstzucht zur Verfügung steht. Eingreifendes, ordnendes und bezwingendes Handeln auf Grund klarer, zielbewusster Willensentscheidungen liegt ihm wenig. Er lässt sich vielmehr gehen und bleibt seiner Verärgerung und Unzufriedenheit ohnmächtig ausgeliefert, ohne Herr über sie zu werden. Deshalb ist ihm eine verhältnismäßig schlaffe Körperhaltung eigen, zumal es ihm auch an vitalem Aufschwung fehlt. Aus dem gleichen Grund ist sein Gang auch ausgesprochen schwer. Wenig geneigt, sich anzuspannen, hebt er sich nicht empor, sondern schiebt sich schwer über den Boden hin. (…) Zu der schlaffen Schwere kommt aber nun bei dem Gang des Missmutigen noch ein anderes Moment hinzu, das ihn disharmonisch und widerspruchsvoll erscheinen lässt. Trotz seiner geringen Bereitschaft zu zielgerichteten, planmäßigen Willenshandlungen hat der Missmutige eine verhältnismäßig starke Bewegungsgeneigtheit insofern, als er seine Verärgerung ja nicht bei sich behält, sondern gereizt nach außen hin zum Ausdruck bringt in plötzlichen feindseeligen Aggressionen. Er wird „ausfällig" gegen seine Umgebung. (…) er (…) produziert je nach dem Grad der Gereiztheit mehr oder weniger starke Mitbewegungen, die gewissermaßen Stöße gegen die Umwelt darstellen. Bevorzugt werden alle geradlinig stoßenden Mitbewegungen, während alles Drehen und Schwingen fehlt. Die Arme schwingen nicht in stetigen, runden Kurven durch den Raum, sondern schlagen und stoßen unregelmäßig, plötzlich und eckig in ihn hinein. Dabei sind sie meist etwas angewinkelt, so dass die Ellebogen gleichsam zu Stoßwaffen werden. Die Hände werden oft geballt. Den Bewegungen fehlen Rhythmus, stete Zügigkeit und Regelmäßigkeit. Sie brechen einzeln hervor, unberechenbar, wie unregelmäßige Stöße einer Explosion. Auch die Beine führen über die eigentliche Schrittbewegung hinaus öfters solche einzelne stoßweise, heftigen Zusatzbewegungen aus, wie etwa das wirkliche oder auch nur symbolische Beiseitestoßen eines im Wege liegenden Steines oder sonstigen Gegenstandes. (…) es handelt sich bei seinem Verhältnis zur Umwelt nicht umeinen planmäßigen und sinnvollen Kampf, sondern nur um ein ungehemmtes, ichverhaftetes und letztlich ohnmächtiges Umsichschlagen und Sichgehenlassen. (…) [Charakteristisch ist, T.K] der disharmonische Grundcharakter des Ganges mit seiner schlaffen Schwere, aus der plötzliche, unberechenbare, aggressive Stöße hervorbrechen (…)" [ebenda: 176-178].

[502] vgl. POKORNY 1974: 91

[503] vgl. WALK & HOMAN 1984

freitheit, Widerspruchsfreiheit, Gelöstheit[504]) die gleichfalls in der Literatur zur inhaltlichen Ausstaffierung des Zufriedenheitsbegriffs herangezogen werden. *Zweitens* bezieht sich KIETZ sowohl im Rahmen der Heiterkeitsbestimmung[505] als auch innerhalb ihrer körpersprachlichen Deutungsschablone[506] maßgeblich auf das von Philipp LERSCH entwickelte Schichtenmodell der Persönlichkeit.[507] Die Rekurration auf den phänomenologischen Ansatz LERSCHS ist vor dem Hintergrund des zu erbringenden Bedeutungsäquivalenznachweises insofern außerordentlich brisant, als dass die Autorin *hspw.* in der lerschen Diktion davon ausgeht, dass das zentrale Bewegungselement des heiteren Ganges innerseelisch auf einem harmonischen Zusammenspiel zwischen der „*endothymen Grundschicht*" und der „*personellen Oberschicht*" fußt.[508] Führt man sich nun das von Philipp LERSCH verfasste Buch »*Aufbau der Person*« zur Gemüte, so beschleicht einen die erstaunliche Erkenntnis, dass eben diese harmonische Eintracht zwischen den beiden antagonistischen Persönlichkeitsschichten LERSCH zufolge eine unumstößliches Signum der menschlichen Zufriedenheit bildet.[509] „Zufriedenheit" – so LERSCH – „ist ein Friede der Seele, sie ist frei von der Unruhe und Gespanntheit unerfüllter Ansprüche (…)"[510]. Zusätzlich sei *drittens* darauf verwiesen, dass die von KIETZ dargestellte Emotion der Heiterkeit aufgrund ihres *doppelpoligen Wesenszugs*[511] – dies meint, dass die Heiterkeitsemotion sowohl aktive als auch passive Elemente aufweist – innerhalb des »*Circumplex Modell der Emotionen*« von RUSSELL haargenau an die Stelle zu platzierten wäre, welche indem Modell von der Zufriedenheitsemotion eingenommen wird. Nachdem nun hinreichend belegt werden konnte, dass der von KIETZ benutzte Terminus der Heiterkeit ohne weiteres durch den Begriff der Zufriedenheit substituierbar ist, soll im Folgenden nunmehr die Frage beantwortet werden, wie sich der emotionale Zustandes der Zufriedenheit im Gangbild offenbart. Bevor jedoch *en detail* das spezifische Gangvokabular des zufriedenen Menschen expliziert werden kann, bedarf es zuvorderst einiger Anmerkungen hinsichtlich der nachstehenden Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs. Ausgehend von der Verortung des emotionalen Zustand der Zufriedenheit im »*Circumplex Modell der Emotionen*« sowie des doppelpoligen Charakters der Heiterkeitsemotion, wird die Zufriedenheitsemotion aus heuristischen Gründen in eine tendenziell *aktive* und eine eher *passive Form* eingeteilt. Mit dieser Dimensionierung wird allen voran dem im emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchaus vorhandenen Variationsspielraum auf dem Erregungs-Ruhe-Kontinuum Rechnung getragen. Betont die aktive Form stärker das im emotionalen Zustand der Zufriedenheit erlebte subjektive Auftriebsempfinden, so akzentuiert die passive Form den ruhigen, entspannten und genießerischen Erfahrungsmoment der Zufriedenheit. Aufgrund dieser Bilateralität weist die Gangbewegung des zufriedenen Menschen – insbesondere *in puncto* Körperhaltung – zwei Ausdrucksbilder auf: „Steht das Moment des vitalen Auftriebs im Vordergrund (…), so drückt sich dies u.a. in einer gespannten Körperhaltung beim Gehen aus; ist dagegen die Seite des Genießenkönnens akzentuiert, so gehört in ihr adäquates Ausdrucksbild eine entspannte Körperhaltung beim Gehen. Da aber in der Heiterkeit [*resp.* Zufriedenheit, T.K.] stets beide Momente enthalten sind, wirkt sich die Tendenz zur Spannung oder Entspannung niemals ganz rein aus. Die Straffheit der auftriebsstarken und die Entspannung der mehr passiven Heiterkeit [*resp.* Zufriedenheit, T.K.] erreichen also niemals maximale Ausmaße"[512]. Im Folgenden werde diese beiden Körperhaltungsmodi

[504] vgl. KIETZ 1966: 168-169
[505] vgl. ebenda
[506] vgl. ebenda, 72-73, 143, 155-157
[507] vgl. LERSCH 1951
[508] vgl. KIETZ 1966: 155
[509] vgl. LERSCH 1951 und 1969b
[510] LERSCH 1951
[511] vgl. KIETZ 1966: 77
[512] KIETZ 1966: 77

anhand charakteristischer Fotoaufnahmen der entsprechenden Gangbilder verdeutlicht. Wenden wir uns zuerst der aktiven Zufriedenheitsform zu, so offenbart sie sich in einer dem Gangbild zugrunde liegenden gespannten Körperhaltung, welche auf eine erhöhte Aktionsbereitschaft hindeutet, d.h. dass sich der aktiv Zufriedene der Mit- und Umwelt verstärkt mitteilend und handelnd zuwendet. Die in der nachstehenden Abbildung abgelichtete weibliche Versuchsperson weist nun eben diese typischen Gangmerkmale des von aktiver Zufriedenheit beseelten Menschen auf.

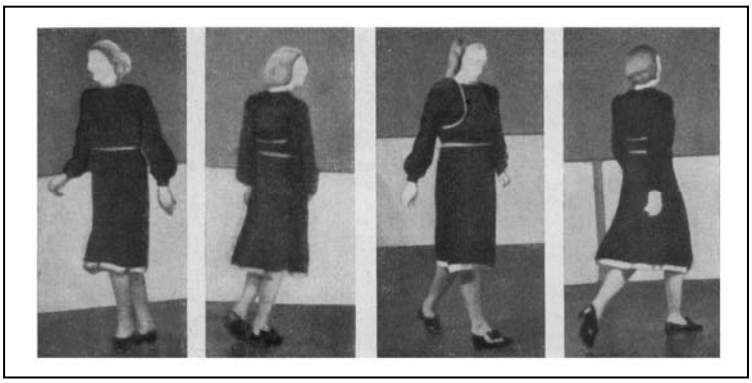


Abb. 9: Gangmerkmale aktiver Zufriedenheit[513]

Konnte vermittels der Abb. 9 die Ausprägung der aktiven Zufriedenheitsform im Gangbild gebührend dargestellt werden, so soll nachstehend anhand einer weiteren fotographischen Gangdokumentation die passive Seite des emotionalen Zufriedenheitszustandes näher beschrieben werden. Die der passiven Zufriedenheitsausprägung immanenten Gefühlskomponenten der Ruhe, Entspanntheit, Rezeptivität, Gelassenheit und des Genusses manifestierten sich in einer herabgesetzten Körperspannung. Als Gegenbeispiel zur straffen Körperhaltung der obig abgelichteten Versuchsperson (siehe Abb. 9), besticht das Gangbild der nachstehend abgebildeten Probandin durch eine der passiven Zufriedenheitsform eine locker entspannte Haltung.

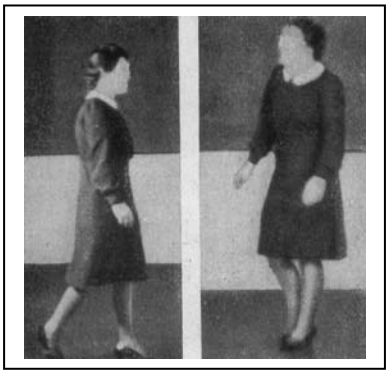


Abb. 10: Gangmerkmale passiver Zufriedenheit[514]

In der Gangdiagnostik zu eben dieser Illustration findet sich folgende Notation:

> „Ein langsamer, lockerer, mittelschwerer Gang, weich, rund, strömend, nur wenig ausladend, ohne Forcierungen und mit geringer Straffheit, dabei in hohem Maße ganzkörperlich. Weder

[513] entnommen aus KIETZ 1966. Zu diesen Fotographien findet sich die folgenden Gangbeschreibung: „Ein sehr harmonischer, sportlich-frischer Gang voll gymnastisch schwingender Elastizität bei sehr aufrechter Gestrafftheit. Dieses harmonische Ineinandergehen von Straffheit und Elastizität gibt dem Gang durchweg seine einheitliche, stilvolle Note. Die Straffheit zeigt sich außer in der hohen Richtungsbestimmtheit vor allem in der äußerst aufrechten Haltung mit den stark zurückgenommenen Schultern und dem sehr aufgerichtet getragenen Kopf. Trotzdem kann man keineswegs von einer Überspannung oder Starrheit sprechen, weil diese straffe Haltung durchpulst wird von der Federkraft der Bewegungen. Keine der Bewegungen ist isoliert, sondern alle „verschwingen" durch den ganzen Körper, bis sie in leise federndem Vibrieren verebben. So ist die Mitbewegtheit ausgesprochen ganzkörperlich und doch zugleich sparsam und wenig ausladend. (…) Die Schritte sind groß und von mittlerer Schwere, schnell und doch sehr elastisch; sie erfolgen vorwiegend aus der Hüfte heraus schreitend und mit starkem Hochheben der Beine, und doch lösen sich die Füße rund rollend vom Boden, und die Schritte reihen sich in rhythmischen Fluß aneinander. In Bezug auf die Schrittgröße findet sich eine äußerste Regelmäßigkeit, wie der Gang überhaupt in jeder Beziehung regelmäßig bleibt" [ebenda: 154].

[514] entnommen aus KIETZ 1966

> die Beinbewegungen noch die Arm- oder Rumpfbewegung ist akzentuiert, vielmehr bewegt sich der Körper als Ganzes in allseitiger, weicher Gelockertheit und ruhiger Gelassenheit. (…)"[515].

Versuchen wir nun, die idealtypische Differenzierung in eine aktive und eine passive Zufriedenheitsausprägung beiseite lassend, das gemeinsame „Gang-Konzentrat" dieser beiden Formen herauszudestillieren, so zeigt sich eine erste Gemeinsamkeit in der aufrechten Haltung.[516] Prospektiv sei an dieser Stelle angemerkt, dass auf der Basis der aufrechten Haltung, welche dem Menschen laut dem Psychiater STRAUS sowohl einen Gewinn an Freiheit aber auch einen Verlust an sicherer Geborgenheit bescherte[517], als einem typischem Gangmerkmal des zufrieden gestimmten Menschen die phänomenologische Ableitung getroffen werden könnte, dass dem zufriedenen Menschen eine gedehnte Raumwahrnehmung zu attestieren ist. Inwiefern konkrete Aussagen über die spezifische Raum- und Zeitperzeption im emotionalen Zustand der Zufriedenheit getroffen werden können, ist jedoch ein Themenkomplex, der erst in der synoptischen Zusammenschau am Ende dieses Kapitels näher beleuchtet werden soll. Wenden wir uns nach diesem Ausblick nun wieder den gemeinsamen Schnittmengen der aktiven und passiven Zufriedenheit im Gangbild zu, so bestehen über die aufrechte Körperhaltung weitere Entsprechungen in den rhythmisierten[518], fließenden und runden Gangbewegungen. Das heißt, dass die einzelnen Bewegungsmuster (Schrittlänge, Armschwung etc.) des Zufriedenen harmonisch in den Ganzen Bewegungsablauf eingebunden sind und keinesfalls zu überzeichneten, forcierten sowie übersteigerten Mitbewegungen – wie sie *bspw.* der Koketterie eigen sind[519] – neigen.[520] Rekapitulierend kann an dieser Stelle somit schon einmal festgehalten werden, dass das typische Gangbild des zufriedenen Menschen sich vornehmlich in folgenden Bewegungselementen kundtut:

- eine aufrechte Körperhaltung mittleren Spannungsgrades, bei der die Muskulatur locker-entspannt und leicht aktivierbar ist[521];
- eine ausgeglichen-harmonische Bewegungsganzheit[522];
- ein leicht-emporhebender Gang, der jedoch nicht wippender Natur ist[523];
- eine unauffällige, mittlere Schrittgröße[524];
- die Mitbewegungen weisen eine runde, harmonische, rhythmisierte Verlaufsform auf.[525]

Betrachten wir nun die zu anfangs unserer Forschungsreise in das weite Feld der körpersprachlichen Literatur angeführte ausdruckspsychologische Befundlage Philipp MAYRINGS, demzufolge die Zufrieden-

---

[515] KIETZ 1956: 160

[516] Demgegenüber ist KIETZ zufolge eine *vorgestreckte Körperhaltung* vornehmlich bei beruflich geforderter Selbstdisziplinierung und hoher Zielbestimmtheit zu erkennen (vgl. KIETZ 1966: 70-71). Angemerkt sei noch, dass die im Alltagsleben äußerst selten zum Vorschein kommende *zurückgelegte Haltung* laut KIETZ auf einen innerseelischen Zielkonflikt (vgl. KIETZ 1966: 72-73 sowie MOLCHO 1998: 93).

[517] vgl. STRAUS 1980: 428

[518] siehe zur Unterscheidung zwischen Rhythmus und Takt insbesondere die epochale Schrift »*Vom Wesen des Rhythmus* « des Philosophen Ludwig KLAGES (1944: 32ff.).

[519] vgl. KIETZ 1966: 155, 141

[520] „Immer" – so KIETZ – „sind sie [die Bewegungen des Zufriedenen] flüssig, gerundet und elastisch schwingend, niemals eckig, geradlinig, stoßend oder schlagend. Sie durchschwingen den gesamten Körper in einer natürlichen Bewegungsganzheit von ausgewogener Harmonie" [ebenda: 172]. Und weiter: „Die in sich ruhende, ausgeglichene Ganzheitlichkeit des Heiteren [bzw. Zufriedenen, T.K.] (…) bewirkt nicht nur eine Einheitlichkeit seiner Körperhaltung, sondern kommt auch in den Bewegungen dadurch zum Ausdruck, dass keine isolierten Teilbewegungen auftreten. Keinem Bewegungsansatz setzt sich eine forcierte Gespanntheit als Sperrigel entgegen, die Bewegungen auf ein begrenztes Teilgebiet des Körpers beschränkend, vielmehr steht das Gelände des gesamten Leibes allen Bewegungsantrieben als Spielfeld frei und ungehemmt zur Verfügung. Infolgedessen breiten sich die Bewegungen ungestört über den ganzen Körper aus und schwingen ganzheitlich wie Wellen durch ihn hindurch, bis sie in feinsten Vibrationen verebben. Nirgends wird dieses ganzkörperliche Ausschwingen durch starre Blockaden im Wellenschlag seiner Bewegungen gehemmt und zu Isolierungen gezwungen. Mit anderen Worten: Der Gang des Heiteren [respektive Zufriedenen, T.K.] ist durch einen hohen Grad ganzkörperlicher Elastizität gekennzeichnet" [ebenda: 169-170].

[521] vgl. ebenda: 169

[522] vgl. ebenda: 169-170

[523] vgl. ebenda: 169. Zur Symbolik des *Wippganges* siehe insbesondere die lesenswerten Ausführungen POKORNY 1974: 99-104.

[524] vgl. ebenda, 170. Zur Normalitätsnorm der Schrittweite trifft POKORNY folgende Aussage: „Im Allgemeinen ist (…) [die normale Schrittweite, T.K.] relativ, im Verhältnis zur Körpergröße und vor allem zur Beinlänge zu beurteilen. Die größte individuelle Schrittweite wird mit ungefähr der Hälfte der größten Spannweite der Beine angenommen und beträgt durchschnittlich 620 mm [POKORNY 1974: 97].

[525] vgl. KIETZ 1966: 170

heit „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten, höchstens entspannte Gesichtszüge und ein leichtes Lächeln (…)“[526] aufweist, im Lichte der obig explizierten Aussagen zum Gangbild des zufrieden gestimmten Menschen, so muss die mayringsche Diagnose zwar nicht gänzlich verworfen, jedoch um die Komponente des Gangbildes erweitert werden. Pointiert formuliert: Zwar bleibt die Kernaussage MAYRINGS, dass dem subjektiven Zufriedenheitsempfinden kein klar abgrenzbares Ausdrucksverhalten zugrunde liegt, trotz der vorausgehenden Schilderung zufriedenheitsspezifischer Gangelemente – die allerdings, bei kritischer Lesart, auch all jenen Wohlbefindensgefühlen zuzuschreiben sind, denen keine starke Erregungsaktivierung eigen ist – unberührt, doch müssen die von MAYRING genannten „*unscharfen Ausdrucksquellen*“ der entspannten Gesichtszüge und des leichten Lächelns um die obig aufgezeigten Gangseigenschaften ergänzt werden. *In praxi* bedeutet dies, dass wir von einem uns im Alltag begegnender Mensch, dessen Gangbild idealtypischer weise sämtliche Bewegungselemente des „zufriedenen Ganges“ beherbergt, nicht eins zu eins darauf schließen dürfen, dass dieser Mensch intrapsychisch von einer zufriedenen Gemütsbewegung durchpulst wird. Unter Bezugnahme auf die kriminalistische Idiomatik kann die Vorherrschaft eines „zufriedenen Gangvokabulars“ somit weniger als überführender Beweis den als ein verdächtigender Indiz gewertet werden, der sich allerdings erst durch weitere (körpersprachliche) Hinweise erhärten lässt.

Nachdem wir nun die körpersprachlichen Ausdruckgebiete des *Stehens* und *Gehens* ausführlich auf ihr inhärentes Zufriedenheitsvokabular untersucht haben, soll abschließend – ehe wir uns der Gestik, Mimik und Stimmqualität zuwenden – noch das Ausdrucksgebaren des sitzenden Menschens dahingehend analysiert werden, inwieweit es signifikante Haltungskomponenten aufweist, anhand derer die intrapsychische Vorherrschaft eines zufriedenen Gemütszustandes abgelesen werden kann. Inspiziert man nun – ausgehend von dem Tatbestand, dass sich insbesondere die Industrienationen infolge ihrer technologischen Entwicklungen sukzessive zu so genannten Sitzgesellschaften transformiert haben[527] – die einschlägige körpersprachliche Fachliteratur, so zeigt sich der ausdruckspsychologische Forschungszweig zur sitzenden Körperhaltung als Teil eines unfruchtbaren Schattengewächses zugehörig. Das heißt, dass trotz des immensen Aufkommens der sitzenden Körperhaltung im Alltags- und Berufsleben der modernen Industrienationen – laut KEMPF sitzen die meisten Menschen allein im Rahmen ihres Erwerbslebens ca. 70.000 Stunden[528] – sich die Ausdruckspsychologie diesem Haltungsphänomen *bis dato* nur äußerst unbeherzt angenommen hat. Das in der ausdruckspsychologischen Literatur zu verzeichnende Forschungsdefizit zur sitzenden Körperhaltung überrascht jedoch nicht allein vor dem Hintergrund der sowohl kulturgeschichtlich als auch anthropologisch bedeutsamen Metamorphose des *homo sapiens sapiens* zum *homo sapiens sedens*[529], sondern ebenfalls aufgrund der häufigen religiösen, literarischen und künstlerischen Indienstnahme der sitzenden Körperhaltung zur Exemplifizierung spezifischer Geistes- und Gemütszustände. Lassen wir an dieser Stelle nun aus Gründen der Redundanzvermeidung die Inszenierung des sitzenden Menschens in Religion (z.B. Buddha) und Literatur (z.B. der aus dem ‚auersberger Ohrensessel’ erregt reflektierende Ich-Erzähler im

[526] ULICH & MAYRING 1992: 165

[527] vgl. EIKHOFF 1997b: 117ff.

[528] vgl. KEMPF 1997

[529] vgl. EICKHOFF 1997c: 131. Zur Erläuterung des Neologismus »*homo sapiens sedens*« sei eine kurze Passage von EICKHOFF zitiert: „Das Sitzen auf Stühlen ist die Anpassung an den Stuhl und wird hier Sedierung genannt. Bis einige Stämme damit begannen, Häuser zu bauen und sesshaft zu werden, wohnte der Mensch unter freiem Himmel. Durch die Seßhaftwerdung hat die Beruhigung des Menschen eine starke Beschleunigung erfahren, die durch das Sitzen auf Stühlen noch einmal erheblich gesteigert wurde. Denn das Sitzen auf Stühlen verzögert, verschiebt und hemmt vitale Regungen und kann sie sogar an den Rand des Erliegens bringen. In vielen Sprachen sind die Worte für Beruhigung und Stillsitzen, später auch für Sitzmöbel, an die Silbe »Sed« gebunden. Die Sedierung des Menschen durch den Stuhl ist eine besonders raffinierte Form der Beruhigung. Die Raffinesse besteht darin, dass die Sitzkultur ihre Disziplinierung an eine alltäglich gewordene Haltung gebunden und in den Körper hineingenommen hat. Das Sitzen hilft dem Menschen, seine Handlungen und seine Impulse zu kontrollieren, indem es ihm die allzu große Vitalität nimmt und ihm dadurch Zeit für ordnende Kräfte des Geistes schafft“ [EICKHOFF 1997c: 119]. Zu den anthropologischen Implikationen der Metamorphose des *homo sapiens sapiens* in den *homo sapiens sedens* sei der interessierte Leser auf die höchst spannenden Ausführungen folgender Autoren verwiesen EICKHOFF 1993; Ders. 1997a-c sowie KAMPER 1997.

Roman »*Holzfällen*«[530] von Thomas BERNHARD oder der mittels seines Schaukelstuhls in die restlose Vergeistigung eintreten wollende *Murphy* aus dem gleichnamigen Roman von Samuel BECKETT[531]) außen vor und konzentrieren uns nachstehend ausnahmslos auf die künstlerische Darstellung des *homo sapiens sedens*, so offenbart sich, dass die namhaften Größen der Kunstgeschichte von Albrecht DÜRER (»*Melencolia I*«[532]) und Caspar David FRIEDRICH (»*Selbstbildnis mit aufgestütztem Arm*«[533]) über August RODIN (»*Der Denker*«[534]) und Wilhelm LEHMBRUCK (»*Sitzender Jüngling*«[535]) bis hin zu George SEGAL (»*Der Schnellimbiß*«[536]) und Edward HOPPER (»*Exkursion in die Philosophie*«[537]) mitsamt der sitzenden Körperhaltung vornehmlich *Unbehagensgefühle*[538] (Trauer, Melancholie, Einsamkeit, Leere etc.) zum Ausdruck brachten. Dass im Rahmen dieser Aufzählung nach wie vor wohl bekannteste Kunstwerk zum »*homo sapiens sedens*« bildet Albrecht DÜRERS im Jahre 1514 entstandener Kupferstich »*Melencolia I*«. In diesem epochalen Bild versucht DÜRER das *Sujet* der melancholischen Gestimmtheit des Menschen in Form einer spezifischen Sitzhaltung – deren zentrales Kennzeichen der aufgestützte, den nach unten sinkenden Kopf stabilisierende, Arm ist – erlebbar zu machen. Die in dieser elegischen Sitzhaltung verharrende geflügelte Frauengestalt, von deren Blick der Dichter Gottfried BENN in einem eigens zu DÜRERS Kupferstich komponierten Gedicht sagte, dass er „(…) in eine Ferne [sieht, T.K.], wo keine Träne fällt“[539], verdeutlicht wie kein anderes Werk der Kunstgeschichte, dass der Körperhaltung des sitzenden Menschen ein enormes emotionales Ausdruckspotenzialität immanent ist. Durchmustert man nach dieser kritischen Momentaufnahme nun die äußerst spärliche körpersprachliche Literatur, die sich explizit mit dem emotionalen Ausdrucksvokabular der sitzenden Körperhaltung beschäftigt hat, so werden wir abermals in den Schriften von Samy MOLCHO fündig. Zum Zwecke einer gemeinsamen Wissens- und Interpretationsgrundlage wird die von MOLCHO angeführte Sitzhaltung, welche auf die Vorherrschaft eines zufriedenen Gemütszustandes hindeutet, nachstehend abgelichtet.

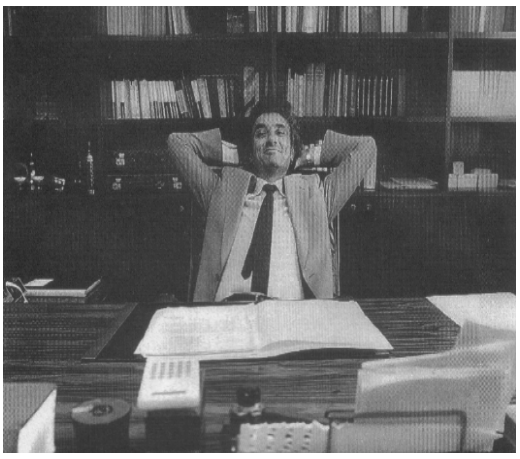


Abb. 11: Zufriedenheit ausdrückende Sitzhaltung[540]

Versuchen wir nun die abgebildete Sitzhaltung auf ihre genuinen Zufriedenheitsindikatoren zu untersuchen, so weist bereits die gleichermaßen offene und entspannte Körperhaltung der fotografierten Per-

[530] vgl. BERNHARD 1988
[531] vgl. BECKETT 2003: 10
[532] vgl. KLANT & WALCH 1988: 91
[533] vgl. ebenda: 23
[534] vgl. KLANT & WALCH 1990: 65
[535] vgl. ebenda: 71
[536] vgl. ebenda: 79
[537] vgl. SCHMID 1998: 17
[538] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 138
[539] BENN 1988
[540] MOLCHO 1998: 82. Siehe ferner MOLCHO 2001: 46-47

son – welche sowohl eine verminderte Handlungsbereitschaft als auch eine kohärente Einstellung zur Mit- und Umwelt anzeigt – auf eine strukturelle Affinität zu den im obigen Textabschnitt ausformulierten Haltungs- und Bewegungssegmenten eines vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit ergriffenen Menschen hin. Anders formuliert: Die *prima facie* hervorstechenden Haltungsmerkmale der in Abbildung 11 abgelichteten sitzenden Person – wie z.B. Offenheit, Aufnahmebereitschaft, kohärenter Mit- und Umweltbezug, rhythmisierte Atmung usw. – offenbaren eine hohe gemeinsame Schnittmenge mit den charakteristischen Ausdruckkomponenten des im *Stehen* und *Gehen* begriffenen zufriedenen Menschen. Darüber hinaus ließe sich die zufriedene Sitzhaltung in Analogie zu beiden anderen Körperhaltungstypen, namentlich des *Stehens* und *Gehens*, ebenfalls ohne weiteres in das zu Anfangs des Unterkapitels dargestellte »*Circumplex Modell der Emotionen*« von RUSSELL eingruppieren, da – wie nachfolgend aufgezeigt wird – insbesondere der janusköpfige Ausdruckscharakter der Zufriedenheit in Gestalt des »*Nicht-Ganz-Entspanntseins*« und des »*Nicht-Ganz-Lustbetontseins*« durch das spezifische Sitzmuster des abgebildeten *homo sapiens sedens* eindrucksvoll kommuniziert wird. Während sich das »*Nicht-Ganz-Lustbetontseins*« allen voran in den harmonisch aufeinander abgestimmten Körperelementen ausdrückt, so offenbart sich das zufriedenheitsspezifische »*Nicht-Ganz-Entspanntseins*« maßgeblich sowohl in der nicht vollständig ausgefüllten Sitzfläche[541] sowie dem nicht zur Gänze versiegten Muskeltonuses. Nach dieser allgemeinen körpersprachlichen *Primavistadiagnose* soll die Zufriedenheit zur Schau tragende Sitzhaltung im Folgenden einer eingehenden Interpretation mittels der von MOLCHO ausgearbeiteten Körpersymbolik unterzogen werden, wobei der analytische Schwerpunkt auf die Symbolik der hinter dem Kopf verschränkten Hände gelegt wird. Prospektiv sei an dieser Stelle angemerkt, dass nachstehend unter Bezugnahme sowohl auf die Ausführungen MOLCHOS zur körpersprachlichen Bedeutung der Hände *resp.* der Fingerspitzen[542] als auch auf das am Ende des vorausgehenden Kapitelunterpunkts (2..6.5) herausgearbeitete Konvergenzmodell der Zufriedenheitsgenese (Soll-Ist-Abgleich) die These erhärtet werden, dass es nebst dem abgestützten Arme DÜRERS ein weitere universale Arm- bzw. Handstellung gibt, die nicht etwa vom emotionalen Zustand der Melancholie, sondern von dem der Zufriedenheit kunde gibt. *Nudis verbis*: Die ineinander verschränken Finger beider Hände, welche am Hinterkopf abgelegt werden (siehe Abb. 11). Ehe nun diese spezifische Körperhaltung kraft der angeführten Theoriebezüge *en detail* ausgedeutet wird, soll der Leser in einem vorgelagerten Schritt dazu auffordert werden, sich einmal selbst für einen kurzen Moment in die angegebene Sitzposition zu manövrieren und dabei auf mögliche Veränderungen der emotionalen Befindlichkeit zu achten. Dieser unkonventionell anmutende Auftrag ist dabei keineswegs einer schelmischen Gestimmtheit des Autors geschuldete, sondern fußt auf theoretischen Erkenntnissen aus dem Bereich der Gelotologie.[543] So konnte *bspw.* der amerikanische Psychologe Robert ZAJONC[544] experimentell nachweisen, dass die bewusste Aktivierung der Lachmuskulatur nach einigen Minuten zu ähnlichen physiologischen und emotionalen Reaktionen führt, wie das echte, ungestellte Lachen.[545] Auf der Basis dieser Forschungsergebnisse entwickelten ZAJONIC (1985)[546] und HODGKINSON (1991)[547] die »*Therapie des bewussten Lächelns*«, welche insbesondere depressiven Menschen zur Stimmungs-

[541] vgl. MOLCHO 2006: 93
[542] vgl. MOLCHO 1998: 156-197 sowie MOLCHO 2001: 216 und MOLCHO 2006: 38ff., 59ff.
[543] vgl. TIETZE & ESCHENRÖDER 1998: 9
[544] vgl. ZAJONC 1985
[545] vgl. ebenda
[546] vgl. ebenda
[547] vgl. HODGKINSON 1991

aufhellung dienlich sein soll.[548] Fragt sich der aufmerksame Leser nun, was diese Studienergebnisse mit einer Zufriedenheit signalisierenden Sitzhaltung zu tun haben, so möchte der Autor auf diese berechtigte Fragestellung mit einer eigens entwickelten theoretischen Vermutung antworten: Die bewusst eingenommene Körperhaltung, in der die ineinander verschränkten Hände den Hinterkopf samt betten, disponiert den *homo sapiens sedens* zur Wahrnehmung von Wohlbefindenheitsgefühlen mit eingeschränktem Erregungs- und Lustpotenzial (z.B. Zufriedenheit, Genuss, Heiterkeit, Erleichterung, Entspanntheit etc.). Um diese hypothetische Annahmen aufgrund ihrer mangelnden empirischen Unterfütterung nun nicht über Gebühr strapazieren zu wollen, sehen wir an dieser Stelle von der nahe liegenden theoretischen Ausschmückung, demnach ein begrenztes zeitliches verharren in der skizzierten Körperposition – analog der bewusst inavierten Lachmuskulatur – auf der Gefühlsebene die rudimentäre Ausbildung von Wohlbefindenheitsgefühlen zeitigt, ab. Wenden wir uns nach diesem unorthodoxen Exkurs nun der obig angekündigten körpersprachlichen Analyse der zufriedenheitsspezifischen Arm- und Handstellung zu, so finden wir in den Ausführungen MOLCHOS zur Handsymbolik einige höchst profunde Interpretationshilfen, wobei uns insbesondere die nachstehend rezitierten Antworten MOLCHOS auf die Fragen, was es bedeute, „ (…) wenn jemand im Gespräch die Hände gegeneinander legt und die Fingerspitzen sich klopfend berühren?“[549] sowie was verschränkte Finger aussagen?[550] bei unserem Deutungsversuch dienlich sein sollen. „Die Fingerspitzten“ – so leitet MOLCHO seine Antwort auf die erste der im vorausgehenden Satz notierten Fragestellung ein – „suchen Berührungspunkte zwischen meinen Erwartungen und dem Angebot des Partners“[551]. Bezüglich der zweiten Frage kommt MOLCHO zu folgendem Urteil: „Wer die Finger beider Hände verschränkt, fühlt sich gut ausbalanciert zwischen Gefühl und Ratio (…)“[552]. Reflektiert man nun dieses körpersprachlichen Ausdrucksverhalten im Lichte der Konsistenztheorie der Zufriedenheitsgenese, demnach Zufriedenheit als das konsequente Ergebnis einer Übereinstimmung zwischen der Soll-Dimension (Erwartungen, Ansprüche) und der Ist-Dimension (konkrete Leistung, Angebot etc.) anzusehen ist, so scheint die Gestik der aneinander klopfenden Fingerspitzen den intrapsychischen Vergleichsprozess zwischen Soll- und Ist-Dimension zu repräsentieren. Anschlussfähig an diesen Interpretationsansatz verkörpern schließlich die in verschränkter Haltung am Hinterkopf abgelegten Hände die kognitive Kongruenz zwischen Soll- und Ist-Dimension, welche auf der emotionalen Ebene mit dem Zustand der Zufriedenheit einhergeht.

Zieht man nun mitsamt der Zufriedenheit ausdrückenden Arm- und Handstellung gegen die *infauste* Zeitdiagnose Philipp MAYRINGS, demzufolge der Zufriedenheit „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten, höchstens entspannte Gesichtszüge und ein leichtes Lächeln (…)“[553] zugrunde liegen, zu Felde, so zeigt sich rasch, dass die anhand des *homo sapiens sedens* entwickelte Begriffsmunition auf den Schlachtplätzen der wissenschaftlichen Arenen vorrangig durch ihre blindgängerischen Knalleffekte aufsehen erregt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die obig ausgedeutete Arm- und Handstellung nicht monokausal auf ein innerseelisches Zufriedenheitsgefühl zurückgeführt werden kann, da selbiges Ausdruckverhalten ebenso bei sämtlichen, mit einem geringen Erregungsniveau einhergehen, Wohlbefindlichkeitsgefühlen (z.B. Erleichterung, Genuss) wie auch nach intensiven körperlichen Anstrengungen

[548] Die Wirksamkeit der „*Therapie des bewussten Lächelns*“ konnte in vielen empirischen Studien bewiesen werden (siehe dazu LEVENSON / EKMAN & FRIESEN 1990; EKMANN & FRIESEN 1982 sowie STRACK / MARTIN & STEPPER 1988).
[549] MOLCHO 2001: 216
[550] vgl. ebenda
[551] ebenda
[552] ebenda
[553] ULICH & MAYRING 1992: 165

(z.B. 10.000m Lauf) auftreten kann. Dementsprechend kann die kritische Befundlage MAYRINGS durch die angeführte Arm- und Handstellung des zufriedenen Menschen keinesfalls *in toto* falsifiziert, jedoch partiell ergänzt werden. Das heißt, dass auf der einen Seite zwar der Nukleus der MAYRINGSCHE Zeitdiagnose, dem gemäß die Zufriedenheitsemotion „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten (…)“[554] aufweist, unangetastet bestehen bleibt, während auf der anderen Seite die von MAYRING dargelegten „*unscharfen Ausdrucksquellen*“ der entspannten Gesichtszüge und des leichten Lächelns[555] nicht nur um die zufriedenheitsspezifischen Gangelemente, sondern darüber hinaus um die Zufriedenheit ausdrückenden Haltungskomponenten des *homo sapiens sedens* zu erweitern sind.

Haben wir nunmehr in Form der unterschiedlichen Körperhaltungstypen (stehen, gehen, sitzen) die erste Ebene des nonverbalen Ausdrucksgeschehens hinreichend auf ihr inhärentes Zufriedenheitsvokabular untersucht, so soll fortfolgend die zweite körpersprachliche Ebene, namentlich die Gestik, einer selbigen Analyse unterzogen werden. Pointiert formuliert sollen nachstehend die schier unbegrenzt scheinenden Bewegungs- *resp.* Stellungsmöglichkeiten der Hände[556] dahingehend überprüft werden, ob anhand eines spezifisches Handbewegungsmusters auf die simultane Vorherrschaft einer zufriedenen Gemütsverfassung zurück geschlossen werden kann. Um diese Fragestellung erschöpfend beantworten zu können, müssen wir zuvörderst das breite Spektrum der Handbewegungen in separate Kategorien überführen. Unterscheidet WALLBOTT in seinem Übersichtsartikel zum Thema Gestik grob zwischen zwei Klassen von Handbewegungen, wobei er sprachbegleitende und –ergänzende (zentrifugale) von expressiven (zentripetale) Handbewegungen absondert[557], so werden wir uns im nachfolgenden Argumentationsgang an dem feineren Klassifikationsschema des Autorenduos EKMAN & FRIESEN, die *in puncto* Handbewegungen zwischen *Emblemen*, *Illustratoren* und *Adaptoren* differenzieren, orientieren.[558] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Klasse der *Illustratoren*, in der laut EKMAN & FRIESEN all jene Handbewegungen logieren, welche gewöhnlich die sprachliche Äußerung nonverbal unterstützen[559], in den nachfolgenden Ausführungen unberücksichtigt bleibt, da die in dieser Klasse beheimateten Handbewegungen sowohl eine starke Sprachabhängigkeit als auch eine uneindeutige Dechiffrierbarkeit aufweisen. Aufgrund dieser Einklammerung werden wir uns ausnahmslos mit den Handbewegungsklassen der *Embleme* und der *Adaptoren* beschäftigen. Legen wir nun zuerst die so genannten *Embleme* unter das wissenschaftliche Okular, so gilt es in einem ersten orientierungsstiftenden Schritt diesen *sybillinischen* Begriff mit Inhalt zu füllen. „*Embleme*“ – so notieren die Autoren EKMAN & FRIESEN – „sind nonverbale Akte, die (a) direkt verbal übersetzt werden können; deren (b) präzise Bedeutung den meisten oder allen Angehörigen einer Gruppe, Klasse, Subkultur oder Kultur bekannt ist; die (c) meistens mit der bewussten Absicht, eine bestimmte Botschaft an eine andere Person (oder andere Personen) zu senden, verwendet werden; bei denen (d) die Person, die das Emblem sieht, gewöhnlich nicht nur die Botschaft erkennt, sondern auch weiß, dass sie speziell an sie gesandt wurde; und (e) für deren Aussendung der Sender gewöhnlich die Verantwortung übernimmt. Ein weiteres Kennzeichen eines Emblems besteht darin,

---

[554] ebenda

[555] vgl. ebenda

[556] „Die Hände“ – so WALLBOTT – „können – als Ergebnis aller möglichen Kombinationen von Adduktion und Abduktion, von Beugung und Streckung und von Supination und Pronation der Muskeln – eine Vielzahl von Stellungen einnehmen und viele Arten von Bewegungen ausführen. Sie sind damit zur Produktion diskreter und kontinuierlicher Signale hervorragend geeignet“ [WALLBOTT 1979b: 103]. Siehe zur evolutionären Bedeutsamkeit der „frei gewordenen Hand“ den meines Erachtens nach wie vor studierenswerten Aufsatz von Friedrich ENGELS mit dem programmatischen Titel »*Anteil der Arbeit an der Menschwerdung des Affen*« (vgl. ENGELS 1962: 444-455).

[557] vgl. WALLBOTT 1979b: 106

[558] vgl. EKMA & FRIESEN 1979: 111

[559] vgl. ebenda: 112

dass es verbalisiert werden kann, ohne dass sich das Gespräch substanziell verändert“[560]. Durchstöbert man nun die einschlägige Fachliteratur zur Ausdruckspsychologie nach Emblemen, die den emotionalen Zustand der Zufriedenheit abbilden, so wird man gänzlich enttäuscht, da die emblematische Darstellung von allgemeinen Wohlbefindlichkeitsemotionen in dieser Bindestrich-Psychologie *bis dato* nicht zum Diskussions- *resp.* Untersuchungsgegenstand avanciert zu sein scheint.

Nachdem wir nun das Ausdrucksgelände der Embleme untersucht haben, soll im weitern Textverlauf die Handbewegungsklasse der *Adaptoren* im Hinblick auf ihr immanentes Zufriedenheitsvokabular durchleuchtet werden. Die Handbewegungsklasse der *Adaptoren*, unter welche EKMAN & FRIESEN im Allgemeinen all jene Bewegungen der Hände subsumieren, „(…) die anfänglich gelernt wurden, um selbstbezogene oder körperbezogene Bedürfnisse zu befriedigen; um bestimmte Körperaktionen auszuführen; um Emotionen zu kontrollieren; um prototypische interpersonale Kontakte zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten oder um instrumentelle Aktivitäten zu erlernen“[561], wird von dem Autorenpaar EKMAN & FRIESEN in die Subklassen der *Selbst-, Objekt- und Fremd-Adaptoren* untergliedert. Bezüglich dieser im Rahmen der Adaptorenklasse vorgenommenen Binnendifferenzierung sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Subklasse der so genannten *Fremd-Adaptoren* aufgrund ihrer augenfälligen theoretischen Unergiebigkeit im nachstehenden Untersuchungsgang nicht berücksichtigt werden. Bevor nun die spezifischen Handbewegungsklassen der *Selbst-* und *Objekt-Adaptoren* auf mögliche *Zufriedenheitsschibboleths* durchforstete werden können, bedarf es vorab einer inhaltlichen Konturierung dieser beiden Adaptorenklassen. Wenden wir uns zunächst dem Bedeutungsgehalt der Selbst-Adaptoren zu, so offenbart sich, dass die Autoren EKMAN & FRIESEN unter dem Terminus der Selbst-Adaptoren ein ähnlich gelagertes Bewegungsverhalten subsumieren, welches bereits in den vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts von dem renommierten Biologe TINBERGEN mit der Begrifflichkeit der *Übersprungbewegung*[562] versehen wurde. „*Selbst-Adaptoren* sind“ – laut dem Autorenpaar EKMAN & FRIESEN – „gelernt und werden in Verbindung mit vielen Problemen oder Bedürfnissen verwendet. Einige erleichtern oder blockieren sensorischen Input; einige beziehen sich auf die Nahrungsaufnahme und Exkretion oder auf autoerotische Aktivitäten; einige sind wichtig für das Sauberhalten oder zur Steigerung der Attraktivität von Gesicht oder Körper; einige erleichtern oder blockieren das Erzeugen von Tönen oder Sprache; und einige scheinen Selbst-Aggressionen zu beinhalten“[563]. Pointiert formuliert verstehen die Autoren EKMAN & FRIESEN unter den so genannten *Selbst-Adaptoren* generell jene Handbewegungen, bei der die Hand *resp.* die Hände mit einer anderen Partie des eigenen Körpers in Kontakt tritt. Einen klassischen *Selbst-Adaptor* stellt *bspw.* das alltagsnahe Phänomen des „*Kopfkratzens*“ dar. Durchmustert man nun die wissenschaftlichen Ausführungen zum Ausdrucksvokabular der mannigfachen Selbst-Adaptoren, so werden wir hinsichtlich der Gewahrwerdung eines vom innerseelischen Zustand der Zufriedenheit Kunde gebenden Selbst-Adaptors jäh enttäuscht. Die basalen Gründe für diese resignative Befundlage liegen vorrangig darin lokalisiert, dass sich einerseits die wissenschaftlichen Studien zum Themenkomplex der *Selbst-Adaptoren* hauptsächlich mit dem morphologischem und numerischen Aufkommen von *Selbst-Adaptoren* in Unbehagenheits- und Täuschungssituationen beschäftigen, sowie andererseits, dass jene *Selbst-Adaptoren*, die möglicherweise Wohlbefindlichkeitsgefühle übermitteln, eine enorme Kontextabhängigkeit

[560] ebenda: 111-112
[561] ebenda: 115
[562] vgl. TINBERGEN 1940
[563] EKMAN & FRIESEN 1979: 119

aufweisen. Die im Kielwasser des zuletzt angeführten Tatbestandes mitgeführte Problematik soll nachstehend in knappen Worten anhand des *Selbst-Adaptors* „Händereibens" exemplifizieren werden. In Abhängigkeit vom jeweiligen Entstehungskontext kann das Ausdrucksgebaren des „Händereibens" sowohl als ein emotionales Kainsmal des Wohlbehagens und der (Vor-/Schadens-)Freude wie auch als ein Symptom des rein physiologischen Kälteempfinden decodiert werden kann. Beäugt man nun die ausdruckpsychologischen Forschungsbefunde zur Handbewegungsklasse der *Objekt-Adaptoren*, unter die EKMAN & FRIESEN sämtliche Bewegungen der Hände subsumieren, die sich in zweckfreier Weise auf Objekte unterschiedlichster Couleur (z.B. Bleistift, Ehering, Feuerzeug)[564] beziehen, so tritt hier in Bezug auf die Habhaftwerdung eines Zufriedenheit signalisierenden Objekt-Adaptors ebenfalls ernüchtert ein. Das einzig erwähnenswerte Ergebnis der bisherigen Forschungsbemühungen zum ausdruckpsychologischen Stellwert von Objekt-Adaptoren besteht in der nahezu trivial anmutenden Einsicht, das Objekt-Adaptoren generell Unruhe anzeigen und vornehmlich in kafkaesken Situationen emotionaler Unbehaglichkeit zum Vorschein kommen.[565]

Nachdem wir nun in den vorausgehenden Zeilen in Gestalt der Körperhaltung sowie der Gestik diejenigen körpersprachlichen Ausdruckssegmente ausgiebig untersucht haben, welche bislang in der einschlägigen Fachliteratur einen inferioren Forschungsstatus einnahmen, so wollen wir uns im Folgenden dem Lieblingsforschungsgegenstandes der Ausdruckspsychologie, namentlich der Mimik, unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten zuwenden.[566] Ehe wir jedoch unsere Forschungsreise in das labyrinthartig anmutende Forschungsgebiet der Mimik frohen Mutes aufnehmen können, bedarf es vorab der Entwicklung eines wissenschaftlichen Ariadnefadens. Dieser Ariadnefaden, welcher uns – einem Fixstern gleich – im unübersichtlichen Terrain der mimischen Forschungslandschaft die nötige Orientierung darbieten soll, wird nunmehr aus drei separaten Garnarten gesponnen. Der *erste* Garntyp materialisiert sich in der komplexitätsreduzierenden Fragstellung, inwieweit aus dem myriadenhaften mimischen Ausdrucksrepertoire ein signifikanter Zufriedenheitsindikator deduziert werden kann. Das *zweite*, in den Ariadnefaden einzuwebende Garn kommt in seiner Funktion einem Echolot gleich und möchte die Forschungsreisenden insbesondere vor den unseriösen Untiefen innerhalb des ausdruckspsychologischen Forschungsgebietes der Mimik warnen. Konkret formuliert schränkt die *zweite* Garnart die zu bereisende mimische Forschungslandschaft auf diejenigen Wissensgefilde ein, die Auskunft über den Zusammenhang zwischen dynamisch-flüchtigen Gesichtsausdrücken und emotionalen Zuständen geben können. Von der Forschungsreise ausgespart beleiben somit all jene ausdruckspsychologischen Sumpf- und Moorlandschaften, in denen auf der Grundlage von statisch-tektonischen Gesichtsmerkmalen invariante Aussagen bezüglich des Charakters getroffen werden.[567] Betrachten wir nun dritten Garntypus, so erweist sich, dass die Gewerbestruktur dieses Garns selbst wiederum aus zwei unterschiedlichen Faserarten, die sich jedoch in ihrem idealtypischen Wesen gleichen, bestehend. Die idealtypische Eigenart dieser beiden Faserarten besteht nun vorrangig – wie es der von Max WEBER entlehnte Begriff des Idealtypus

[564] vgl. EKMAN & FRIESEN 1979. Zur Exemplifizierung einer Handbewegung, die mit dem Terminus des Objekt-Adaptors zu versehen ist, sei an dieser Stelle auf das Verhalten der literarischen Figur des Doktor Kenneth Hayden aus Carson McCULLERS Roman »*Uhr ohne Zeiger*«. Dieser besagte Doktor befleißigt sich nämlich innerhalb eines medizinischen Aufklärungsgesprächs, in welchem er dem Apotheker J.T. Malone die Hiobsbotschaft seiner unheilbaren Leukämieerkrankung mitteilen muss, dem *Spiel mit dem Papiermesser*: „Doktor Hyden blickte auf das Papiermesser, mit dem er auf dem Schreibtisch spielte. (…) Die Hände des Arztes waren weiß und behaart, und Malone konnte es nicht ertragen, sie zu beobachten, wie sie mit dem Papiermesser herumfummelten (…)" [McCULLERS 1974: 8-9].

[565] vgl. EKMAN & FRIESN 1979: 117

[566] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 68

[567] vgl. MALL 1967: 13 sowie MC NEILL 2004: 232

bereits nahe legt[568] – darin, dass sie in der Atmosphäre des realen Alltagslebens niemals in Reinkultur anzutreffen sind, sondern ausnahmslos in den luftigen Höhen des abstrakt-theoretischen Lebens anzutreffen sind. Nehmen wir nun die erste dieser beiden Fasern näher in Augenschein, so zeigt sich, dass sie von der idealtypischen Voraussetzung ausgeht, dass das mimische Ausdruckgebaren nicht durch pathologische Einflüsse entstellt (z.B. Brandopfer[569], Gewalteinflüsse[570]) *resp.* in seiner Beweglichkeit durch irreversible Schädigungen der Fazialnerven eingeschränkt (z.B. infolge nachstehend angeführter Krankheiten: Läsionen im Frontalhirnbereich[571], Parkinson[572], Schlaganfall[573], Autismus[574], Asperger-Syndrom[575], Möbiussyndrom[576], Alexithymie[577]) ist. In der Metapher des Ariadnefadenkonstruktionsprozesses verweilend, wird dieser ersten Faser des dritten Garntypus primär die Aufgabe zuteil, die Forschungsreisenden gegen das allzu häufig nach Abschluss einer Expedition um sich greifende Virus, dessen herausstehende Symptome in einem rapide Abfall des wissenschaftlichen Zweifels und einem fiebrig-dogmatischen Umgangs mit dem zu Tage gefördertem Wissen bestehen, zu immunisieren. So besteht die rein pragmatische Funktion dieser ersten Faser *bspw.* darin, die Forschungsreisenden für die Eventualität zu sensibilisieren, dass ein auf Glück und Freude hindeutendes Lachen nicht notwendigerweise auf eben diese emotionalen Zustände zurückzuführen ist, sondern möglicherweise auch durch krankhafte Gesichtsmuskelkrämpfe (sardonisches Lächeln[578]) bedingt sein kann. Legen wir nun abschließend die zweite Faser des dritten Garntypus unter das wissenschaftliche Vergrößerungsglas, so erkennen wir seine idealtypische Architektur allen voran in seiner feinsäuberlichen semantischen und analytischen Trennung zwischen den Begrifflichkeiten der Mimik und Physiognomie. Zwar ist diese heuristische Aufspaltung in die Termini der Mimik, unter welcher klassischerweise die *anschaulich vorübergehenden Gesichtsausdrücke* subsumiert werden, und der Physiognomie, welcher die *anschaulich beständigen Gesichtsausdrücke* beherbergt, auf der analytischen Vollzugsebene unbestritten notwendig, doch kann sie *in praxi* nicht durchgängig aufrechterhalten werden, da „(…) die Mimik (…) in ihrer Ausformung von der Physiologie erheblich mitgeprägt (…)“[579] wird.[580] Spielen wir nun diesen Sachverhalt in dem Gleichnis des Ariadnefadens durch, so macht es sich der zweite Faden des dritten Garns zur zentralen Aufgabe, die Forschungsreisenden darüber aufzuklären, dass die jeweilige Gesichtsmorphologie insofern einen maßgeblichen Einfluss auf die Mimik hat, als dass sie deren Ausdrucksvokabular („*intrafaziale Beweglichkeit*“[581]) – in hohem Maße festlegt. Dementsprechend sorgt der zweite idealtypische Faden des dritten Grantyps primär für eine realistische Reichweitenlimitierung der aus den Wissenssteinbrüchen des mimischen Forschungsgeländes herausgeschlagenen theoretischen Erkenntnisbausteine. Ohne an dieser Stelle nun das inaugurierte Gleichnis des Ariadnefadens überstrapazieren zu wollen, soll anhand der vorausgehenden Aussagen deutlich geworden sein, dass der Autor der vorliegenden Arbeit mittels des nachfolgenden Forschungsexkurses in das ausdruckspsycho-

---

568 vgl. WEBER 1972: 10
569 vgl. COLE 1999: 224ff.
570 siehe diesbezüglich insbesondere den Roman »*Der lachende Mann*« von Viktor HUGO, in welchem die Gesichtszüge des Hauptprotagonisten Gwynplain in einem Akt roher chirurgischer Gewalt derart verunstaltet werden, das Gwynplain zu einem ewig lachenden Gesichtausdruck verurteilt ist. „Seine Züge“ – so HUGO – „lachten, sein Herz nicht“ [HUGO 1925: 365].
571 vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 166
572 vgl. COLE 1999: 73
573 vgl. ebenda
574 vgl. ebenda: 19
575 vgl. ebenda: 17
576 vgl. ebenda: 200
577 vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 268
578 Zu pathologischen Formen des Lachens siehe insbesondere den interessanten Aufsatz von KRATZ & WALLESCH (2001)
579 SCHÜLE 1977: 47
580 Siehe dazu die bedeutsamen empirischen Untersuchungen von BRUNSWIK & REITER (1938) sowie EISTEL (1953)
581 SCHÜLE 1977: 50

logische Forschungsgelände der Mimik keinesfalls für eine theorieblinde Inkorporation dieser Wissenssegmente in den Diskurs der Zufriedenheitsforschung Proselyten machen will, sondern vielmehr eine kritisch-reflexive Indienstnahme dieser Bindestrich-Psychologie beabsichtigt.

Wenden wir uns nach diesen einleitenden, einer Gebrauchsanweisung gleichkommenden, Worten nunmehr mitsamt des engmaschig gewebten Ariadnefadens der konkreten mimischen Forschungslandschaft zu, so sei die Anmerkung vorausgestellt, dass die mitunter höchst interessanten philosophischen[582] und evolutionsbiologischen[583] Ausführungen zur Symbolik und Entstehungsgeschichte des menschlichen Gesichts aus Gründen der inhaltlichen Redundanzvermeidung nachstehend nicht detailliert besprochen werden können. Entgegen der Aussparung philosophischer und evolutionsbiologischer Erkenntnisse können wir fortfolgend jedoch nicht auf eine kurze Skizzierung der anatomischen Grundlagen der Mimik verzichten, da sich die namhaften ausdruckspsychologischen Forschungsgrößen von Theodor PIDERIT[584] über Charles DARWIN[585] bis hin zu Paul EKMAN[586] allesamt zur Ergründung des Zusammenhangs zwischen Mimik und Emotion auf die Innervation spezieller Gesichtsmuskeln konzentrierten. Ehe wir also den Versuch starten werden, innerhalb der ausdruckpsychologischen *Landschaft des Gesichts*[587] ein vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit kündendes Ausdrucksverhalten ausfindig zu machen, sollen dem Leser vorab anhand einer anatomischen Abbildung die bedeutendsten Gesichtsmuskeln illustriert werden.

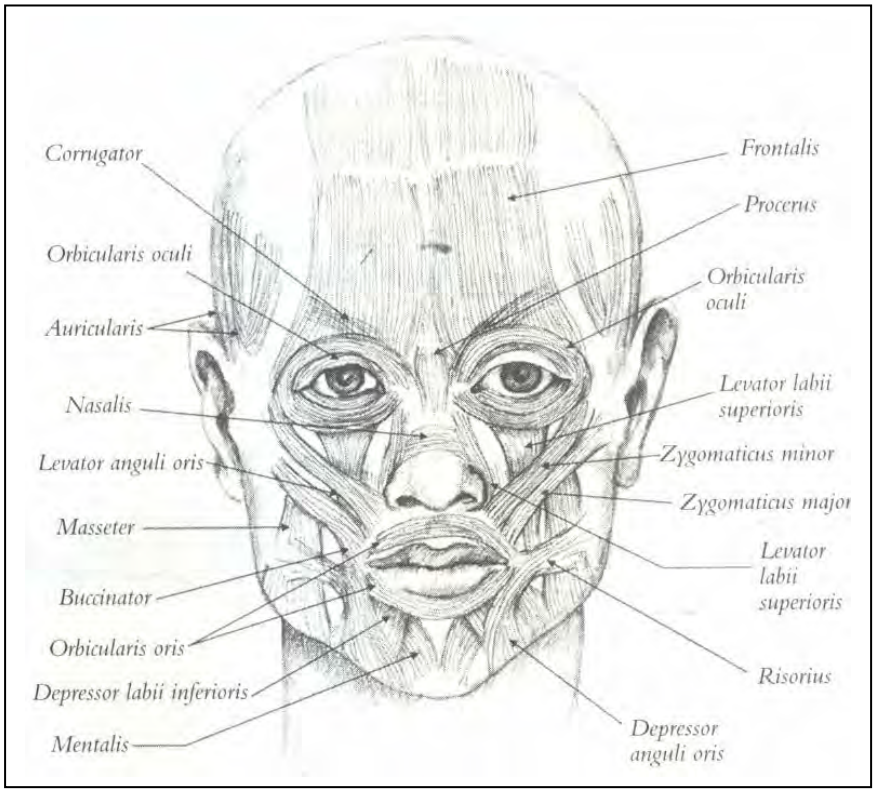


Abb. 12: Die Gesichtsmuskeln[588]

[582] vgl. DUSSEL 1989; LEVINAS 1983: 214, 221; LEVINAS 1992: 199, 257 und PLESSNER 2002: 58ff.
[583] vgl. DARWIN 1992; MC NEILL 2004: 25ff. und METZGER 1957
[584] vgl. PIDERIT 1925
[585] vgl. DARWIN 2000
[586] vgl. EKMAN 2007
[587] Es sei an dieser Stelle auf den Sachverhalt verwiesen, dass die Landschaftsmetapher des Gesichts eine der beliebtesten Vorstellungen innerhalb der Gesichtsprosa bildet (vgl. SCHMÖLDERS 2000: 37-38). Zur weiteren Unterfütterung dieser Diagnose sei auf die Beschreibungen des Gesichts als Landschaft bei Walter FLEX 1925; Stefan ZWEIG 1920; Rudolf KASNER: 1978: 120-123; MC NEILL 2004: 17, 20, 60; MALL 1967: 10 sowie bei LERSCH 1961: 34 hingewiesen.
[588] entnommen aus MC NEILL 2004: 250

Nachdem nun mit der anatomischen Abbildung derjenigen Gesichtsmuskeln, welche maßgeblich am mimische Ausdrucksspiel partizipieren, genügend hermeneutische Vorarbeit geleistet wurde, soll im Folgenden das mannigfache emotionale Ausdrucksvokabular des menschlichen Gesichts auf signifikante Zufriedenheitsindikatoren hin untersucht werden. Um jedoch innerhalb des menschlichen Gesichts, dass laut dem Philosophen Arthur SCHOPENHAUER einer Hieroglyphe gleicht[589], mögliche Innervationen der Muskulatur ausfindig machen zu können, die unzweifelhaft auf den emotionalen Zustand der Zufriedenheit hindeuten, werden wir nachfolgend die gesamte faziale Ausdruckslandschaft aus heuristisch-analytischen Gründen in zwei separat zu beäugende Bereiche aufschlüsseln. In Anlehnung an die ausdruckpsychologischen Forschungsbemühungen des Psychologen Philipp LERSCH wird fortfolgend zwischen dem *mimischen Ausdrucksgelände des Obergesichts* (Augen-Stirn-Region) und des *Untergesichts* (Nase-Mund-Region) unterschieden.[590]

Wenden wir uns nun zuerst dem emotionalen Ausdrucksgebaren des Untergesichts, namentlich der *Nase-Mund-Region*, zu, so gilt es zunächst aufzuzeigen, dass hinsichtlich dieser mimischen Ausdrucksregion in der einschlägigen Literatur insofern ein Konsens besteht, als dass von dem Tatbestand ausgegangen wird, dass die Muskeln dieser Gesichtspartie in viel stärkerem Maße kontrolliert werden können als jene des Obergesichts.[591] Ohne an dieser Stelle nun *en detail* auf die anatomischen und sozialisatorischen Gründe für die bewusste Steuerbarkeit der unteren Gesichtspartie einzugehen zu wollen, lässt sich aus diesem Sachverhalt allerdings die schlichte Erfordernis deduzieren, dass eine seriöse ausdruckspsychologische Lesart des Mienenspiels sich keinesfalls in der Beschreibung und Deutung des Untergesichts erschöpfen darf, sondern notwendigerweise das nur geringfügig beeinflussbare Ausdruckgebiet des Obergesichts als Interpretationskorrektiv mitberücksichtigen muss. Lässt man jedoch die angeführte Simulationsanfälligkeit der unteren Gesichtshälfte für den Moment einmal außen vor und durchforstet die ausdruckpsychologische Literatur nach jenen Gesichtsmuskelaktivitäten, die sich ausnahmslos bei Wohlbefindlichkeitsgefühlen über die untere Gesichtspartie ausbreiten, so wird man zwar *in puncto* eines signifikanten Zufriedenheitsindikators enttäuscht, nicht aber hinsichtlich der Gewahrwerdung einer vom emotionalen Zustand der Unzufriedenheit kündenden Muskelkontraktion. Bevor nun nachstehend *en miniature* auf die basalen Ursachen, warum anhand des Ausdrucksvokabulars der unteren Gesichtshälfte (z.B. eines freundlichen Lächelns) nicht ohne weiteres auf die intrapsychische Vorherrschaft einer Zufriedenheitsemotion geschlossen werden kann, eingegangen wird, soll vorab der mimische Ausdruck der Unzufriedenheit näher beschrieben werden. Gemäß den Ausführungen des Mediziners Fritz LANGE manifestiert sich der emotionale Zustand der Unzufriedenheit auf mimischer Ebene durch eine verstärkte Tätigkeit des so genannte *Muskels der Unzufriedenheit*[592], welchen LANGE in einer Innervation der Gesichtsmuskelstränge des *Nasalis* sowie des *Levator labii superioris* (siehe dazu die Abb. 13) lokalisiert sieht. Zum Zwecke einer optimierten Veranschaulichung des *Muskels der Unzufriedenheit* soll die nachstehende Abbildung förderlich sein, die laut LANGE einen unzufriedenen Bauern zeigt[593], dessen Gesicht kraft einer allzu häufigen Kontraktion des Unzufriedenheitsmuskels durch eine *tiefe Furche der Unzufriedenheit*[594] gekennzeichnet ist.

---

589 vgl. SCHOPENHAUER 1988c: 543
590 vgl. LERSCH 1961: 34
591 vgl. EKMAN 1989; MC NEILL 2004: 346 und MOLCHO 2001: 175
592 LANGE 1952: 42
593 vgl. ebenda: 71
594 vgl. ebenda: 39

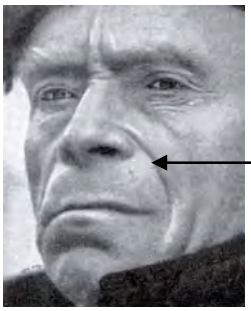


Abb. 13: Unzufriedener Landwirt[595]

Nehmen wir nach diesem kurzweiligen Intermezzo den Ariadnefaden, samt der ihm immanenten Ausgangsfragestellung hinsichtlich eindeutiger mimischer Zufriedenheitsindikatoren, wieder verstärkt zur Hand, so gilt es in einem ersten Schritt deutlich zu machen, warum auf der vorausgehenden Seite die resignative Bestandsaufnahme niedergeschrieben wurde, dass es innerhalb des mimischen Ausdrucksgebarens der unteren Gesichtshälfte keine stichhaltigen Muskelkontraktionen gibt, anhand derer die emotionale Zufriedenheitsbeseeltheit unfehlbar abgelesen werden könnte. Dass eine detaillierte Besprechung dieser kritischen Diagnose nicht nur vor dem Hintergrund nahe liegender alltagspsychologischer Vermutungen, denen zufolge sich die jeweilige Zufriedenheitsgestimmtheit eines Menschen am besten anhand des Konkavitätsgrades der Mundwinkelstellung bestimmen lässt, sondern darüber hinaus aus rein wissenschaftlichen Motiven dringend erforderlich scheint, beweisen eindrucksvoll die Ergebnisse einer Studie zur »*Differenzierung verschiedener Lächeltypen*« von BÄNNINGER-HUBER & RAUBER-KAISER aus dem Jahre 1989.[596] So gelangte das Autorenduo im Rahmen einer umfangreichen Literatursichtung zu der Einsicht, dass in den meisten ausdruckspsychologischen Forschungsarbeiten das mimische Phänomen des *Lächelns* als ein einheitlich-universeller Ausdruck für positive Gefühle betrachtet wird.[597] Pointiert formuliert bedeutet dies, dass eine Vielzahl der wissenschaftlichen Untersuchungen hinsichtlich der Bedeutungszuweisung des menschlichen Lächelns ausnahmslos in das alltagspsychologische Horn, demzufolge ein Lächeln „(…) auf der ganzen Welt (…) als Ausdruck positiver Gefühle von Freude, Zufriedenheit, Humor oder körperlichem Wohlbefinden“[598] verstanden wird, stoßen. Das jedoch eine derartige pauschale Gleichsetzung von Lächeln und Wohlbefindenlichkeitsgefühlen weit über das Ziel hinausschießt, offenbart bereits ein flüchtiger Blick in die Sprachspiele des Alltagslebens, in welchem dem Nomen „Lächeln“ ein schier unübersichtlich anmutendes Sammelsurium mannigfaltigster Adjektive vorangestellt wird, die mitunter auch die negativen Ausdruckseigenschaften eines Lächelns zu konturieren wissen. Entsprechend finden sich im Alltagsleben, ohne den Anspruch auf Vollzähligkeit einlösen zu wollen, *bspw.* die Formulierungen des „*gequälten-*“, „*verkniffenen-*“, „*aufgesetzten-*“, „*gestellten-*“, „*scheinheiligen-*“ und „*überspielenden Lächelns*“, die allesamt drauf hindeuten, dass nicht jedes Lächeln als nonverbaler Ausdruck einer seelischen Schönwetterlage fungiert, sondern ebenfalls als Übermittler intrapsychischer Spannungs- und Unsicherheitszustände dienlich sein kann.[599] *En passant* sei an diesem Zusammenhang darauf

[595] entnommen aus LANG 1952: 71
[596] vgl. BÄNNINGER-HUBER & RAUBER-KAISER 1989: 22
[597] vgl. ebenda: 21
[598] BÄNNINGER-HUBER 1997: 31
[599] vgl. BÄNNINGER-HUBER & RAUBER-KAISER 1989: 21. In diesem Zusammenhang sei der interessierte Leser auf die lesenwerten Ausführungen zur *Phylogenese des Lächelns* von Irenäus EIBEL-EIBESFELDT (siehe dazu insbesondere ANDREW 1979; EIBEL-EIBESFELDT 1977: 55 sowie Ders. 1982: 196-197) verwiesen. Siehe dazu ferner den Aufsatz GAIER aus dem Jahre 2004.

verwiesen, dass das mimische Phänomen des Lächelns in seiner Funktionalität nicht auf die Emotionskommunikation reduziert werden darf, da *bspw.* das so genannte „*soziale Lächeln*" – wie es *exempli causa* dem »*Augengruß*«[600] eigen ist – weniger zur Transmittierung emotionaler Botschaften, als vielmehr zur ökonomischen Regulation von zwischenmenschlichen Begegnungen eingesetzt wird. Konnte unter Bezugnahme auf die Studienergebnisse von BÄNNINGER-HUBER & RAUBER-KAISER somit aufgezeigt werden, dass das Gros der ausdruckspsychologischer Forschungsarbeiten der Formen- und Ausdrucksvielfalt des menschlichen Lächelns nicht hinreichend Rechnung trägt, so soll nachstehend mit dem amerikanischen Psychologen Paul EKMAN eine international wertgeschätzte Forschungspersönlichkeit dargestellt werden, welche den mannigfaltigen Lächeltypen in seinen Werken hinreichend Beachtung schenkte und einige verblüffende Differenzkriterien zur Unterscheidung zwischen *authentischen-* und *gestellten-Lächeln* zu Tage förderte. Ohne dabei im Folgenden minutiös auf die mimischen Besonderheiten der insgesamt achtzehn von EKMAN identifizierten Lächeltypen eingehen zu wollen[601], kann auf der Basis der EKMANSCHEN Auflistung heterogener Lächelarten jedoch erst einmal die logisch evidente Konsequenz gezogen werden, dass eine schlichte Kontraktion des *zuygomaticus major* (Lachmuskel) vielfältige Deutungsmöglichkeiten zulässt und in seinem Ausdrucksvokabular keinesfalls auf die Wohlbefindlichkeitsemotionen zu beschränken ist. Wenden wir uns nach dieser trivial anmutenden allgemeinen Feststellung – die seinerzeit im Jahre 1806 bereits der Anatom Charles BELL mit der Einsicht, dass „(…) ein Lächeln tausend verschiedene Bedeutungen haben kann"[602], kundtat – nunmehr den für das hiesige Kapitel gewichtigen mimischen Abgrenzungskriterien zwischen einem „*gefühlten Lächeln*" und einem *„gestellten Lächeln"* zu, so gelangte EKMAN diesbezüglich im Rahmen seiner Forschungsarbeiten zu der Einsicht, dass das *gefühlte Lächeln*, welches unmittelbar mit einer positiven Gemütslage verknüpfte ist, auf einem Zusammenspiel zwischen den Gesichtsmuskeln des *zuygomaticus major* und des *orbicularis oculi* beruht.[603] Das wirklich gefühlte Freude zum Ausdruck bringende Lächeln, welches von EKMAN – als Hommage an den französischen Physiologen und Pionier der experimentellen Gesichtsmuskelerforschung namens Guillaume-Benjamin DUCHENNE – auch als *Duchenne-Lächeln* bezeichnet wird[604], grenzt sich somit von dem rein *gestellten Lächeln* maßgeblich durch die zusätzliche Innervation des *Musculus orbicularis oculi* (Augenringmuskel) ab.[605] Dieser besagte Gesichtsmuskel, der aus anatomischer Perspektive selbst wiederum in einen äußeren und einen inneren Teil untergliedert werden muss, weist insofern eine entscheidende Besonderheit auf, als dass die äußere Partie dieses Muskels laut EKMAN nur von zirka zehn Pro-

---

[600] vgl. EIBEL-EIBESFELDT 1977: 175-180. „Ein sehr auffälliges Gesichtszeichen" – so der Ethologe Irenäus EIBEL-EIBESFELDT –„(…) ist der »Augengruß«. (Ich nenne dieses Verhalten »Augengruß«, obgleich die auffällige Bewegung von den Augenbrauen stammt, während die Lidspalte sich nur geringfügig oder gar nicht öffnet. Dennoch wird durch das Brauenheben ein weites Augenöffnen vorgetäuscht.) Die Augenbrauen werden dabei schnell angehoben und für etwa 1/6 Sek. in dieser Stellung gehalten. Ein Lächeln geht dem Zeichen stets voran, verstärktes Lächeln und oft auch Kopfnicken schließt sich an. Da Verhalten ist uns Europäern vertraut. Es ist ein verbreitetes Zeichen sehr freundschaftlicher Kontaktaufnahme" [EIBEL-EIBESFELDT 1977: 175-176].

[601] vgl. EKMAN 1989

[602] vgl. MC NEILL 2004: 284

[603] vgl. EKMAN 1989; 2007; EKMAN / DAVIDSON & FRIESEN 1990 sowie FRANK & EKMAN 1993

[604] vgl. EKMAN 2007: 287 sowie EKMAN / DAVIDSON & FRIESEN 1990

[605] Der Wissenschaftsjournalist Daniel MC NEILL stellt in seinem lesenswerten Buch »*Das Gesicht. Eine Kulturgeschichte.*« weitere vier interessante (sekundäre) Merkmale vor, anhand deren ein gestelltes, falsches Lächeln identifiziert werden kann: „Zweitens: Ein solches Lächeln kann zu lange dauern. Ein echtes Lächeln dauert ungefähr zwischen zwei Drittel einer Sekunde und vier Sekunden – je nach Intensität. Ein falsches Lächeln lungert oft zu lange im Gesicht herum (…). In der tat verhält es sich so, dass *jeder* Ausdruck, den wir länger als zehn, und *fast jeder*, den wir länger als fünf Sekunden annehmen, wahrscheinlich nur vorgespielt ist. (…) Drittens: Während ein Lächeln, dass auf einem echtem Gefühl beruht, auf natürliche Weise allmählich wieder aus unserem Gesicht schwindet, wirkt ein falsches Lächeln oft wie abrupt gekappt. (…) Viertens: Ein gefälschtes Lächeln ist häufig leicht asymmetrisch. (…) Fünftens: Ein Lächeln, das zu früh oder zu spät einsetzt, ist vermutlich geheuchelt" [MC NEILL 2004: 347-349]. Grundsätzlich sei in diesem Zusammenhang die Einsicht des Autorenduos SPORER & KÖHNKEN zu erwähnen, die im Rahmen eines gründlich recherchierten Einführungsartikels zum Thema »*Nonverbale Indikatoren von Täuschungen*« zu dem Ergebnis gelangten, dass Lügnern eher die Tendenz zu eigen ist, nur sehr selten zu lächeln (vgl. SPORER & KÖHNKEN 1995: 357).

zent aller Menschen willkürlich kontrahiert werden kann.[606] Einschränkend muss an dieser Stelle allerdings mit Blick auf unsere Ausgangsfragestellung festgehalten werden, dass EKMAN mit der Augenringmuskelinnervation, die sich phänotypisch allen voran in einem anheben der Wangen, einer signifikanten Verengung der Augen sowie der Ausbildung leichter, krähenfußartiger Falten in den Augenwinkeln zeigt[607], zwar unstreitbar ein wertvolles mimisches Kennzeichen zur Trennung zwischen „*gefühlten-*" und „*gestellten-Lächeln*" entwickelt hat, welches sich jedoch hinsichtlich einer genauen Konturierung der dem „*gefühlten Lächeln*" zugrunde liegenden spezifischen Wohlfühlemotionen in Verschwiegenheit hüllt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass das von EKMAN in Form der Augenringmuskelinnervation herauspräparierte mimische Kriterium einzig und allein darüber Aufschluss geben kann, ob das wahrgenommene Lächeln auf Seiten des Ausdruckssubjekts mit einer entsprechenden positiven Gemütsverfassung einhergeht oder nicht. Keinesfalls lässt sich jedoch, gesetzt den Fall, dass das zu untersuchende Ausdruckssubjekt ein „*gefühltes Lächeln*" aufweist, anhand der Kontraktion des *orbicularis oculi* bestimmen, aus welcher besonderen Wohlbefindlichkeitsemotion – sei es nun Freude, Glück, Heiterkeit, Entspanntheit, Erleichterung, Fröhlichkeit, Genusserleben oder Zufriedenheit – sich das Duchenne-Lächeln speist. Angesichts dieses äußerst limitierten Erklärungsradius des „*Augenrinkmuskelinnervationskriteriums*" kommt EKMAN in Bezug auf die Frage: „Ob es einen Gesichtsausdruck für den Zustand der Zufriedenheit gibt"[608] zu einer der MAYRINGSCHEN Diagnose entsprechenden Einschätzung.[609] Pointiert formuliert bedeutet dies, dass EKMAN ebenso wie MAYRING davon ausgeht, dass dem emotionalen Zustand der Zufriedenheit kein genau abgrenzbares Mienenspiel – bis auf eine Entspannung der Gesichtsmuskulatur – zugeordnet werden kann.[610] Vorausgeschickt sei, dass EKMAN im Rahmen seiner Ausführungen zu den spezifischen Ausdrucksmerkmalen der Zufriedenheit insofern über die MAYRINGSCHE Befundlage hinausgeht, als dass er den parasprachlichen Reizen bei der nonverbalen Zufriedenheitskommunikation einen hohen Wert beimisst.[611] Ungeachtet dieser Prophezeiung, die erst in späteren Kapitelverlauf genau in Augenschein genommen wird, kann an dieser Stelle somit schon einmal *ad notam* genommen werden, dass das *mimische Gelände des Untergesichts* kein spezifisches Ausdrucksgeschehen aufweist, welches ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit zum Vorschein kommt. Getreu den Auffassungen von Paul EKMAN und Philipp MAYRING manifestiert sich die innerseelische Woge der Zufriedenheit auf mimischer Ebene allenfalls in einer entspannten Gesichtsmuskeln bzw. Gesichtszügen sowie einem leichten Lächeln. Ehe nun abschließend noch das *Ausdruckgelände des Obergesichts* (Augen-Stirn-Region) auf etwaige mimische Zufriedenheitsindikatoren hin durchmustert wird, werden vorab zur visuellen Verdeutlichung eines möglicherweise vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit kündenden fazialen Ausdrucks drei Porträts, welche allesamt die von EKMAN und MAYRING postulierten mimischen Zufriedenheitskomponenten aufweisen und in der exzerpierten Literatur unter dem Banner des zufriedenen bzw. selbstzufriedenen Gesichtsausdrucks firmierten, abgelichtet.

---

606 vgl. EKMAN 2007
607 vgl. MC NEILL 2004: 347 sowie SCHMIDT-ATZERT 1996: 138
608 EKMAN 2007: 267
609 vgl. ebenda
610 vgl. ebenda
611 vgl. ebenda

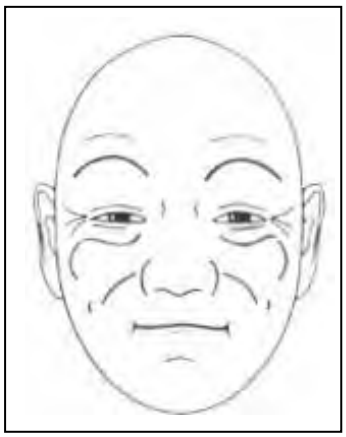


Abb. 14: Selbstzufriedenes Lächeln[612]

Abb. 15: Zufriedene Stimmung (I)[613]

Abb. 16: Zufriedene Stimmung (II)[614]

Versuchen wir nun in einem ersten Schritt zu ergründen, welche mimischen Parallelen diese drei *zufriedenen Gesichtsausdrücken* aufweisen, so zeigt sich, dass alle Bilder durch weitestgehend entspannt wirkende Gesichtszüge gekennzeichnet sind. Aufgrund dieser gemeinsamen mimischen Schnittmenge können die abgelichteten Porträts folglich zur Unterfütterung der obig ausbuchstabierten Annahmen von Paul EKMAN und Philipp MAYRING, denen zufolge der emotionale Zustand der Zufriedenheit vornehmlich in einer gelösten Gesichtsmuskulatur Gestalt annimmt, herangezogen werden.[615] Lassen wir nach dieser ersten allgemeinen Bildbetrachtung in einem zweiten Schritt das wissenschaftliche Okular auf der Stufe des maximalen Schärfegrades einrasten, so erweist sich allen voran das Ausdrucksvokabular der in Abb. 14 zum Vorschein kommenden Fazialskizze von HJORTSJÖ (1969)[616] als besonders erkenntnisträchtig. Im Unterschied zu den beiden reellen Porträtfotographien malt sich nämlich auf dem *selbstzufriedenen Schemagesicht* ein dezentes Lächeln ab, welchem insofern ein exponierter Erkenntniswert zukommt, als dass dieser selbstzufriedene Lächeltypus – in Analogie zum so genannten „*Duchenne Lächeln*“[617] – durch eine simultan *flache Innervation*[618] des *Musculus zygomaticus major* sowie des *Musculus orbicularis oculi* charakterisiert ist. Wenngleich diese Gegebenheit auch bedenkenlos zur weiteren Zementierung des zweiten Parts der MAYRINGSCHEN Ausdrucksdiagnose, der zufolge die Gemütslage der Zufriedenheit auf nonverbaler Ebene häufig mit einem leichtem Lächeln einhergeht[619], herangezogen werden kann, so sei an dieser Stelle nochmals mit Nachdruck auf die nach wie vor bestehende Sachlage verwiesen, dass weder die Ausdruckskomponente der entspannten Gesichtsmuskeln noch die des leichten Lächelns als signifikante mimische Zufriedenheitsindikatoren aufzufassen sind. Konkret formuliert bedeutet dies, dass das aus der einschlägigen Fachliteratur in Form entspannter Gesichtszüge und eines leichten Lächeln herausdestillierte Ausdrucksvokabular der Zufriedenheit – für welchen es laut MC NEILL im japanischen Sprachgebrauch den Begriff des *»niko-niko«*, „(…) einem Lächeln der Ruhe und der Zufriedenheit (…)“[620], gibt – ausnahmslos als mögliche Zufriedenheitsindizien zu lesen sind, da sowohl eine entspannte Gesichtsmuskulatur als auch eine geringfügige Ausformung des „*Duchenne Lächeln*“ ebenfalls mit anderen, erre-

[612] HJORTSJÖ 1969, entnommen aus EIBEL-EIBESFELDT 2004: 629
[613] entnommen aus LANGE 1952
[614] entnommen aus LANGE 1952
[615] Es sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass anscheinend bereits der Philosoph Arthur SCHOPENHAUER um den Zufriedenheitsindikator der entspannten Gesichtszüge wusste, wenn er im zweiten Band seines Hauptwerkes »*Die Welt als Wille und Vorstellung*« notiert, dass er den „(…) Ausdruck süßer Zufriedenheit auf dem Gesichte der meisten Todten“ [SCHOPENHAUER 1988b: 544] erkannte.
[616] HJORTSJÖ 1969
[617] vgl. EKMAN 2007
[618] vgl. LERSCH 1961: 153
[619] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 165
[620] MC NEILL 2004: 287

gungsinsuffizienten Wohlbefindlichkeitsemotionen wie etwa Entspannung, Erleichterung und Genussempfinden einhergehen kann.[621] Darüber hinaus kann der durchweg tendenziöse Charakter der aufgezeigten mimischen Zufriedenheitsparameter anhand der Ergebnisse des von Elisabeth NOELLE-NEUMANN – in persona die Gründerin des Instituts für Demoskopie in Allensbach – entwickelten »*Ausdruckstest*«[622], in welchem die Interviewer das nonverbale Verhalten der jeweiligen Untersuchungsperson im Anschluss an die Befragung auf insgesamt acht unterschiedlichen Ausdrucksregionen einschätzen müssen[623], belegt werden. Ungeachtet der generell zweifelhaften wissenschaftlichen Redlichkeit des Allensbacher »*Ausdruckstests*« sowie der unter dem Gesichtspunkt der Inhaltsvalidität äußerst fragwürdig anmutenden Operationalisierung des Zufriedenheitskonstrukts gelangte der Psychologe Erp RING auf der Basis einer Korrelationsstudie zwischen den aus der emotionalen Selbsteinschätzung der Probanden (*Fragebogen*) sowie der mimischen Fremdeinschätzung durch die Interviewer (Mundwinkelstellung: nach oben, geradeaus, nach unten) gewonnen Daten, zu der Erkenntnis, dass „(…) aufwärts gerichtete Mundwinkel ein Indikator für zufriedene (…) Menschen sind“[624]. Unterzieht man dieser aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive an und für sich höchst willkommenen Feststellung nun jedoch einer kritischen Lesart, so verglüht der von RING entzündete Hoffnungsfunken, innerhalb des mimischen Ausdrucksgebarens einen unumstößlichen Zufriedenheitsindikator ausfindig gemacht zu haben, vorschnell an der – mit NOVALIS gesprochen – „*kalten Welt der Zahl*“[625]. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die der RINGSCHEN Studie zugrunde liegenden empirischen Daten eine derartig luzide Konklusi-

---

[621] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 168

[622] vgl. NOELLE-NEUMANN 1974b, 1977, 1998: 189-190 sowie RING 1967 und 1992. Zum sozialpolitischen Entstehungskontext *des Allensbacher Ausdruckstest* macht Elisabeth NOELLE-NEUMANN in ihrer überaus lesenswerten Autobiographie »*Die Erinnerungen*« folgende Angaben: „Das zweite Erlebnis, das mir unmissverständlich den Charakter der kommunistischen Diktaturen vor Augen führte, hatte ich in Leipzig, wo die UNECSO-Kommission im Jahr 1973 tagte. Etwa am dritten Tag meines Aufenthaltes dort fragte ich mich plötzlich: »Woran erkenne ich, dass die Menschen hier so unglücklich sind?« Ich versuchte, in den Gesichtern und in der Haltung der Menschen die Zeichen zu finden, die mir sagten: Diese Menschen sind unglücklich. Als ich zehn Zeichen zusammenhatte, lieft ich in mein Hotel, um sie rasch niederzuschreiben:

> Die Augen sind so zugekniffen.
> Die Lippen so schmal gepresst.
> Die Mundwinkel sind abwärts gezogen.
> Die Ellebogen sind eng an den Körper gepresst.
> Die Bewegungen sind klein und steif …
> und so fort.

Mit einer Liste kehrte ich nach Allenbach zurück und führte die Merkmale in unsere Standardfragebogen ein. Seitdem, seit dem Jahr 1973, enthalten nahezu alle Allensbacher Fragebogen diesen so genannten »Ausdruckstest«. Er besteht aus zehn Fragen an die Interviewer über die Befragten. Nach dem Ende des Interviews werden die Interviewer gebeten anzugeben, ob der Befragte ganz fröhlich aussieht oder nicht, ob sein Blick frei ist, die Ellebogen an den Körper gepresst sind, die Bewegungen locker usw. Die Ergebnisse dieses Ausdruckstests haben wir später in detaillierten Analysen verglichen mit den Resultaten aufwendiger psychologischer Tests, mit denen festgestellt wird, ob ein Mensch glücklich ist oder nicht. Die Menschen, die bei uns viele »Glücksmerkmale« aufweisen, rangierten auch bei den psychologischen Tests weit oben auf der Skala, diejenigen, die jene Merkmale aufwiesen, die ich an den Passanten in Leipzig beobachtet hatte, landeten auch bei den international erprobten Skalen zur Messung der Lebenszufriedenheit ganz unten“ [NOELLE-NEUMANN 2006: 271-272]. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich die subjektive Momentaufnahme NOELLE-NEUMANNS, der nach die Menschen in den Osteuropäischen Ländern gemäß ihrer Körperhaltung unzufriedener wirken (vgl. auch LYUBOMIRSKY 2008: 11), anhand mehrer empirischer Studien zur Lebenszufriedenheit bestätigt werden konnte (vgl. LAYARD 2005: 47). Etwas ausführlicher sei in diesem Zusammenhang die äußerst interessante Studie von OETTINGEN & SELIGMAN vorgestellt, welche die obig postulierte Vermutung, dass die Menschen in den Osteuropäischen Ländern ein unzufriedenes Ausdrucksgebaren an den Tag legen, mittels einer Beobachtungsstudie verifizieren konnten. So gelangten OETTINGEN & SELIGMAN in ihrer im Jahre 1986 durchgeführten Studie, in der sie das jeweilige körpersprachliche Ausdrucksgeschehen von Kneipenbesuchern in Ost- und Westdeutschland analysierten, zu dem Ergebnis, dass im damaligen Westen über drei Viertel der Gesichter gelegentlich ein Lächeln huschte, während in Ostberlin weniger als ein Viertel der Kneipenbesucher den *zygomaticus major* (Lachmuskel) bemühten. Darüber hinaus stellte das Autorenduo fest, dass in den Westberliner Gaststätten jeder Zweite aufrecht Stand *respektive* Saß, wohingegen in den Ostberliner Kneipen nur jeder Zwanzigste Besucher eine derartige Körperhaltung einnahm (vgl. OETTINGEN & SELIGMAN 1986).

[623] Folgende acht Ausdrucksgebiete müssen die Interviewer während der Befragung beobachten und nach Beendigung der Befragung einschätzen: a) *Gesamteindruck*: „sieht insgesamt ganz fröhlich aus“ – sieht nicht so fröhlich aus“ – „unmöglich zu sagen“; b) *Blickverhalten*: „frei“ – „eher ausweichend“ – „unmöglich zu sagen“; c) *Mundwinkelstellung*: „nach oben“ – „nach unten“ – „unmöglich zu sagen“; d) *Haltung*: „locker, gelöst“ – „steif“ – „unmöglich zu sagen“; e) *Bewegungen*: „locker, gelöst“ – „sparsam, zurückhaltend“ – „unmöglich zu sagen“; f) *Augen*: „groß, offen“ – „klein, verengt“ – „unmöglich zu sagen“; g) *Ellebogenhaltung*: „nicht so eng am Körper“ – „eng am Körper“ – „unmöglich zu sagen“; h) *Lippenstellung*: „breit, voll“ – „schmal, verpresst“ – „unmöglich zu sagen“ (vgl. NOELLE-NEUMANN 1977: 219).

[624] RING 1967: 4; Ein weiterer empirischer Hinweis auf die prinzipielle Gültigkeit des »*Duchenne-Lächelns*« als Zufriedenheitsindikator lässt sich aus den Ergebnissen der ausgeklügelten Studie von HARKER & KELTNER entnehmen, die im Rahmen ihrer Untersuchung anhand von Fotos aus ehemaligen College-Jahrbüchern zwei Teilnehmergruppen zusammenstellten: Eine erste Gruppe von Collegeabgängern, die auf dem Foto ein »*Duchenne-Lächeln*« aufwiesen und einer zweiten (Kontroll-) Gruppe von Absolventen, die auf den Fotos kein derartiges Lächeln zeigten. Insgesamt dreißig Jahre nach diesen Fotoaufnahmen wurden nun die in zwei Gruppen aufgeteilten Absolventen von dem Forscherduo HARKER & KELTNER nach ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit. Dabei gelangten HARKNER & KELTNER zu der verblüffenden Einsicht, dass diejenigen Absolventen, auf deren Abschlussfotos sich ein »*Duchenne-Lächeln*« abzeichnete, eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit hatten, als jene Gruppe von Collegeabgängern, deren Fotos kein freudiges Lächeln zierte (vgl. HARKER & KELTNER 2001).

[625] NOVALIS, zit. nach SIMON 1999: 4

on – demnach eine konkave Mundwinkelstellung ausnahmslos vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit kündet – nicht rechtfertigen, da sich *bspw.* insgesamt 31% der befragten Frauen, denen vom Interviewer eine nach unten weisende Mundwinkelstellung attestiert wurde, als glücklich bezeichneten.[626]

Bevor wir nachstehend die bereits im vorausgehenden Textabschnitt kurz skizzierte Fährte des Psychologen Paul EKMANS, demzufolge sich die Zufriedenheitsemotion weniger in einem charakteristischen Gesichtsausdruck, als vielmehr in bestimmten parasprachlichen Parametern manifestiert[627], aufnehmen werden, soll zum Abschluss unserer Forschungsreise in die Gefilde der Mimik vorher noch das *Ausdrucksgelände des Obergesichts* (Augen-Stirn-Region) bereist und auf seine potenziellen mimischen Zufriedenheitsindikatoren hin untersucht werden. Durchforstet man nun zur Gewahrwerdung möglicher mimischer Zufriedenheitsindikatoren die einschlägige ausdruckspsychologische Literatur, welche sich mit dem emotionalen Ausdrucksvokabular der oberen Gesichtspartie beschäftigt, so kann das breitflächige Ausdrucksgelände des Obergesichts in einem ersten Schritt dahingehend verschlangt werden, als dass sich für unseren Untersuchungszweck ausnahmslos eine dezidierte Analyse der Ausdruckspotenzialität des menschlichen Auges erfolgsversprechend ausnimmt. Entsprechend dieser strikten Einzäunung der Ausdruckslandschaft des Obergesichts bleibt das emotionale Ausdrucksorgan der Stirn vom nachfolgenden Untersuchungsgang ausgespart, da sowohl die getrennt als auch gemeinsam auftretenden senkrechten und horizontalen Stirnfalten vornehmlich im Rahmen von *Abneigungsgefühlen*[628] (Ärger, Wut, Zorn, Entsetzen etc.) das Gesicht zieren.[629] In diesem Zusammenhang sei darauf verweisen, dass bereits Charles DARWIN das mimische Phänomen der simultanen Vorherrschaft senkrechter und horizontaler Stirnfalten mit dem programmatischen Terminus der *Notfalten* umschrieb.[630] Nachdem wir nun in einem ersten komplexitätsreduzierenden Schritt das zu untersuchende mimische Territorium des Obergesichts auf die Augenpartie begrenzt haben, gilt es nun in einem zweiten reduktionistischen Schritt innerhalb der Grenzen dieses Mediums jene Ausdruckskomponenten, die unter Umständen einen Beitrag zur mimischen Zufriedenheitserfassung leisten können, zu ermitteln. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass wir zuvorderst erst einmal feststellen müssen, welche mimischen Teilgebiete der Augenpartie – die neben den mannigfachen Varianten der Lidspalte[631] und des Augenbrauenhebens[632] auch das gesamte Spektrum der Blickbewegungen[633] sowie des Pupillenspiels[634] umspannt – zur Emotionskommunikation befähigt sind. Es geht also zunächst darum genau zu ergründen, aufgrund welcher Basis dem menschlichen Auge der Ruf eines emotionalen Ausdrucksorgans *sui generis* vorauseilt. Denn dass sich das Wissen um die besondere Ausdrucksqualität des Auges – wie im vorausgehenden Satz behauptet – nicht restlos hinter dem kargen Mauerwerk soziologischer Fakultäten – gemäß der bemerkenswerten Erkenntnis des Soziologen Georg SIMMELS, demnach „das Auge (…) seinem Wesen nach nicht nehmen [kann, T.K.], ohne zugleich zu geben“[635] – verschanzt, sondern unter Anwendung klassischer Redewendungen wie

---

[626] vgl. RING 1967: 3
[627] vgl. EKMAN 2007: 267, 283
[628] vgl. ULICH & MAYRING 1992: 138
[629] siehe dazu LERSCH 1961: 82ff.; MALL 1967: 30-31 und PIDERIT 1925: 201ff.
[630] vgl. DARWIN 2000. Angemerkt sei, dass zur Kennzeichnung des mimischen Phänomens der zeitgleich auftretenden senkrechten und horizontalen Stirnfalten in der Literatur nebst dem Begriff der Notfalten auch der Terminus der Laokoonbraue bemüht wird (vgl. KIRCHHOFF 1960)
[631] vgl. LERSCH 1961: 28-29
[632] vgl. EIBEL-EIBESFELDT 2004: 635 sowie HEYMER 1981
[633] vgl. KIRCHHOFF 1960: 594-606 sowie LERSCH 1960: 79ff.
[634] vgl. ARGYLE 1980; HESS 1972 und 1977; JANISSE & PEAVLER 1976 sowie KIRCHHOFF 1960
[635] SIMMEL 1992: 729-730; Das SIMMEL die dem rezitierten Passus inhärente Doppelfunktion des Auges insbesondere auch für den Bereich des Emotionsaustauschs reserviert hat, kann unschwer aus den nachstehend Aussagen SIMMELS zum Wesen und Funktion des Auges entnommen werden: „Unter den einzelnen Sinnesorganen ist das Auge auf eine völlig einzigartige soziologische Leistung angelegt: auf die Verknüpfung der Individuen, die in dem gegenseitigen Sich-Anblicken liegt. Vielleicht ist dies die unmittelbarste und reinste Wechselbeziehung, die überhaupt besteht. (…) Die Enge dieser Beziehung wird durch die merkwürdige Tatsache getragen, dass der auf den Anderen gerichtete, ihn wahrnehmende Blick selbst ausdrucksvoll ist, und zwar gerade durch die Art, wie man

etwa, dass die Augen als „*Fenster zur Seele*“[636], „*Spiegel der Innerlichkeit*“[637] oder „*Spiegel der Seele*“[638] fungieren, ebenfalls in den Sprachspielen des Alltagslebens zirkuliert, scheint ein logisch evidenter Tatbestand zu sein, der an und für sich keiner weiteren Erörterung bedarf. Ehe jedoch im Folgenden unter Bezugnahme auf die einschlägige Literatur das Geheimnis gelüftete werden soll, welche Teilgebiete des menschlichen Auges nunmehr zur Emotionserkenntnis dienlich sind, sei vorab noch in der gebotenen Kürze darauf hinweisen, dass in der Sphäre des Alltagslebens neben den obig genannten „geflügelten Worten“ noch eine weitere Instanz existiert, die mehr oder minder dafür Sorge trägt, dass das Wissen um die emotionale Ausdruckspotenzialität der Augen nicht versiegt. Konkrete Gestalt gewinnt dieser zweite Reproduktionsmechanismus in der Literaturgattung des Comics, da die Kennzeichnung affektiver Erlebniszustände in diesem *Genre* vornehmlich über eine deutliche Konturierung der Augenpartie geleistet wird.[639] Darüber hinaus sei angemerkt, dass das Auge nicht nur in Comicliteratur, sondern zum Teil auch in der klassischen Literatur zum zentralen emotionalen Ausdrucksmedium avanciert. So schimpft *bspw.* Jargo in SHAKESPEARES Othello die „(…) Eifersucht ein grünäugiges Monster (…)“[640] und Billy Budd deutet in Hermann MELVILLES gleichnamiger Novelle das schlammartige Purpur in den Augen des Waffenmeisters John Claggart als Ausdruck der Gier.[641] Zu guter letzt sei an dieser Stelle noch kurz die so genannte ‚*Quelle der Täuschung*‘ aus Baltasar GRACIÁNS Roman »*Criticón*« erwähnt, dessen aufgespeichertes Wasser beim jeweiligen Benutzer unter anderem dazu führt, dass sich die Augenfarbe dem dominierenden Charaktermerkmal des Nutzers anpasste: „bei dem einen [wurden die Augen, T.K.] so blau, daß, was immer er erblickte, ihm wie ein Himmel und er selbst sich wie in der Glorie vorkam. Das war ein rechter Dummkopf, der in großer Zufriedenheit mit seinen Angelegenheiten dahinlebte“[642].

Wenden wir uns nun aber mitsamt der obig ausformulierten Frage, welche Teilgebiete der Augenpartie in besonderem Maße zur Emotionskommunikation befähigt sind, an die spezifische Fachliteratur, so gelangen wir zu der Einsicht, dass sich die emotionale Ausdrucksfläche des Auges, nebst der mannigfachen Variationen der Lid- und Blickbewegungen, hauptsächlich auf das *Pupillenspiel* konzentriert. Ehe nachstehend diese drei Ausdrucksregionen auf ihr immanentes Zufriedenheitsvokabular hin untersucht werden sollen[643], gilt es vorab den Leser auf den Umstand hinzuweisen, dass insbesondere die wissenschaftliche Forschungslandschaft hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen spezifischen Emotionen und charakteristischen Lid- und Blickbewegungen nach wie vor einer Sumpflandschaft gleicht. Über-

---

den Anderen ansieht. In dem Blick, der den Anderen in sich aufnimmt ‚offenbart man sich selbst; mit demselben Akt, in dem das Subjekt sein Objekt zu erkennen sucht, gibt es sich hier dem Objekt preis. (…) Der Blick in das Auge des Anderen dient nicht nur mir, um jenen zu erkennen, sondern auch ihm, um mich zu erkennen; auf der Linie, die beide Augen verdienet, trägt er die eigene Persönlichkeit, die eigene Stimmung, den eignen Impuls zu dem Anderen hin“ [SIMMEL 1992: 723-724].

636 vgl. HESS 1977: 7; KIRCHHOFF 1960: 592 und MC NEILL 2004: 38

637 vgl. KIRCHHOFF 1960: 592

638 vgl. FINCK 1992: 38; ORTEGA Y GASSET 1996c: 87; LANDAU 1993: 123-144; LEFAS 1975: 79 sowie SCHULTZ-ZHEDEN 1992

639 vgl. KRICHEL 2006: 2; sowie McNEILL 2004: 271-272. Exemplarisch GANS 1984: 84.

640 SHAKESPEARE 1999

641 vgl. MELVILLE 2003: 57

642 GRACIÁN 1957: 54. Weiterhin liest man dort: „Bei einem anderen wurden sie weiß, ganz wie Milch: was immer er sah, das deuchte ihm gut, ohne irgendwelchen Argwohn; keinem traute er Schlimmes zu, und so betrogen ihn alle; er aber redete allenthalben zum Guten, zumal wenn es um seine Freunde ging, ein Mensch, einfältiger als ein Pole. Einem anderen wurden hingegen welche eingesetzt, gelber als Galle, Schwiegermutter- und Schwägerinnenaugen; überall fand er zu argwöhnen und zu zweifeln, alles legte er im üblen Sinne aus, und wen immer er sah, den beurteilte er als böse und schwach; das war einer, der mehr arglistig als scharfsinnig war. Bei einem anderen wurden sie grün; die bildeten sich alles ein und hofften, es zu erlangen: ehrgeizige Augen. Die sterblich Verliebten wurden ganz und gar blind und zwar von fremder Augenbutter. Bei vielen wurden sie blutunterlaufen, so dass sie aussahen wie Kalabreser. Auf seltsame Weise bekamen einige zwar gute Augen, so dass sie gut sahen, jedoch den bösen Blick hatten; das mussten Neidische sein“ [ebenda]. Zum Stellenwert des Augenmotivs in der Literaturgeschichte sei der aufgeweckte Leser des weiteren auf die beachtenswerte Monographie „*Blick und Bild. – Das Augenmotiv von Platon bis Goethe*“ von Matthias VÖLCKER (1996) verwiesen.

643 Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die grundsätzliche Schwierigkeit unseres Unterfanges, innerhalb des emotionalen Ausdrucksgeländes der Augen signifikante Zufriedenheitsindikatoren ausfindig zu machen, bereits an einem von der Zeitschrift *‚Psychologie Heute‘* entwickelten »Augentest«, in dessen Rahmen insgesamt 36 verschiedene Obergesichtsausdrücke auf die ihnen zugrunde liegende emotionale Grundbefindlichkeit hin eingeschätzt werden sollen, abgelesen werden, da sich innerhalb dieses »Augentests« kein Augenpaar findet, welches vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit kündet (vgl. PSYCHOLOGIE HEUTE 2004: 48-49).

blickt man nämlich die äußerst spärliche Anzahl systematisch angelegter Forschungsstudien zu diesem Themenkomplex, so scheint die mittlerweile ein geschlagenes halbes Jahrhundert alte Bestandsaufnahme des Psychologen Willy HELLPACH, demzufolge die Ausdruckspsychologie nur über einen „(…) kärglich gesicherten Erkenntnisstand von dem, was sich in den Blickweisen an Innenerlebnissen äußert“[644] verfügt, keinen Aktualitätsverlust erlitten zu haben. Aufgrund der Tatsache, dass selbst die wenigen Wissensbäume, welche ihr Wurzelwerk in den tiefen Schichten der sumpfigen ausdruckspsychologischen Forschungslandschaft zur emotionalen Symbolik der Lid- und Blickbewegungen fest verankert haben, vornehmlich wurmstichige Früchte tragen, werden wir bei der Beantwortung unserer zentralen Fragestellung, inwieweit der emotionale Zustand der Zufriedenheit an einem spezifischen Lid- und/oder Blickbewegungsverhalten abgelesen werden kann, zuzüglich der grundlegenden ausdruckspsychologischen Ausführungen von PIDERIT[645], GIESSLER[646], KIRCHHOFF[647], LERSCH[648] und SALBER[649] sowohl das zu anfangs dieses Kapitels erörterte »*Circumplex Modell der Emotionen*«, den im Rahmen der Ganganalyse zutage geförderte janusköpfigen Ausdruckscharakter der Zufriedenheitsemotion (aktive und passive Form) als auch auf einige ausgewählte Ergebnisse des Allensbacher Ausdruckstests berücksichtigen.[650]

Betrachten wir nun zuerst das emotionale Ausdrucksvokabular der Lidbewegungen, deren primäre soziale Funktion – ungeachtet ihrer rein physiologischen Zweckdienlichkeit (z.B. Schutzfunktion) – eigentlich weniger in der Emotionskommunikation, als vielmehr in der Kontaktaufnahme (Lidgruß[651]) obliegt, so wird in der einschlägigen Literatur einmündig die Annahme vertreten, dass positive Emotionen (Freude, Glück usw.) zumeist mit einer übernormalen Öffnung des Auges einhergeht.[652] Das jedoch das Ausdrucksphänomen der leicht über das Normalmaß geweiteten Lidspalte – wenngleich auch Elisabeth NOELLE-NEUMANN dieser Ausdruckskomponente *ex eventu* eine hohe Erklärungskraft beimisst[653] – weder als signifikanter mimischer Indikator allgemein positiver Emotionen noch als eindeutige Ausdrucksbewegung der speziellen Zufriedenheitsemotion angesehen werden darf, ergibt sich aus den beiden folgenden Sachverhalten: *Erstens* kommt das mimische Phänomen der über die Normalgröße geöffneten Lidspalte nicht restlos im Rahmen von Wohlbefindlichkeitsgefühlen unterschiedlichster Couleur zum Vorschein, sondern ziert das menschliche Gesicht *bspw.* auch in den Befindlichkeiten des Staunens, der Überraschung, des Entsetzens, der Gier und Lüsternheit sowie des Hungers.[654] *Zweitens* können erregungsinsuffiziente Wohlbefindlichkeitsgefühle, wie sie beispielshalber in dem passiven Typus der Zufriedenheitsemotion zum Ausdruck kommt, auf mimischer Ebene durchaus mit einer Verengung der Lidspalte – LERSCH spricht in diesem Zusammenhang auch vom „*verhängtem Auge*“[655] – einhergehen. Denn die in der Literatur allzu häufig hauptsächlich mit aversiven Gefühlszuständen (Langeweile, Trauer, Niedergeschlagenheit, Blasiertheit[656]) assoziierte Abwärtsgerichtetheit des oberen Augenliedes, tritt *rea-*

644 HELLPACH 1946: 18. Zu einer ähnlich gelagerten Einschätzung der Forschungsliteratur gelangte im Jahre 1930 der spanische Philosoph José ORETEGA Y GASSET: „Unter dem Bogen der Brauen, wie im Szenenraumeiner Bühne, wirken Lider, das Weiße im Auge, Pupille und Iris als eine wundersame Schauspieltruppe zusammen, die das Drama und die Komödie des Inneren aufs wunderbarste darstellt. Es ist unbegreiflich, dass man (…) noch kein Blickwörterbuch zusammengestellt, dass man noch nicht seine Ausdrucksweisen klassifiziert hat“ [ORTEGA Y GASSET 1996c: 409].
645 vgl. PIDERIT 1925
646 vgl. GIESSLER 1913
647 vgl. KIRCHHOFF 1960
648 vgl. LERSCH 1957 und 1961
649 vgl. SALBER 1960
650 vgl. NOELLE-NEUMANN 1974, 1977, 1996: 18-24 sowie RING 1967 und 1992
651 vgl. EIBEL-EIBESFELDT 1968, 1971 sowie 1977: 182-184
652 vgl. KIRCHHOFF 1960: 602-603 und LERSCH 1961: 28
653 vgl. NOELLE-NEUMANN 1977: 218
654 vgl. MALL 1967: 28
655 vgl. LERSCH 1961: 47 und MALL 1967: 28-29
656 vgl. KIRCHHOFF 1960: 602

liter ebenfalls im Zusammenhang mit wohlbehaglichen Gefühlszuständen wie etwa der Entspanntheit, des Genusserlebens sowie der passiven Zufriedenheitsform in Erscheinung. Dass die passive Form der Zufriedenheitsemotion mitsamt ihres tendenziell kontemplativen Charakters in dem mimischen Phänomen des „*verhängten Auges*", welches LERSCH zufolge eine Lockerung der optisch-apperzeptiven Umweltbezogenheit mit sich führt[657], eine äußerliche Entsprechung findet, scheint selbstredend und bedarf somit keiner weiteren Detailerörterung. Resümieren wir nun die in den vorausgehenden Zeilen zusammengetragenen Ergebnisse zum Ausdrucksvokabular der Lidbewegungen im Lichte unserer zentralen Fragestellung, nämlich inwieweit dieses Submedium des komplexen Ausdrucksorgans der menschlichen Augen in Zuständen emotionaler Zufriedenheitsbeseeltheit auf Seiten des Ausdruckssubjekts mit einem eindeutig klassifizierbaren Bewegungsverhalten einhergeht, so gelangen wir *prima vista* unweigerlich zu der unerquicklichen Einsicht, dass weder das im Rahmen der aktiven Variante der Zufriedenheitsemotion zum Vorschein kommende Phänomen der leicht über das Normalmaß geweiteten Lidspalte, noch dass häufig im Zustande der passiven Zufriedenheitsgestimmtheit vorfindbare „*verhängte Auge*" als signifikante Zufriedenheitsindikatoren angesehen werden können, da sich ihr faziales Aufkommen nicht auf diese spezifische Wohlbefindlichkeitsemotion reduziert. Angemerkt sei jedoch an dieser Stelle, dass die zu Tage geförderten Ausdrucksqualitäten der genannten Lidbewegungen aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive nicht ausnahmslos im resignativen Mollton zu begleiten sind, sondern einer kritisch-reflektierten Einordnung in das Gesamtgefüge des nonverbalen Ausdrucksgeschehens benötigen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass wenngleich die Phänomene der dezent über das Normalmaß geweiteten Lidspalte sowie der Erschlaffung des Oberliedes keinesfalls als hieb und stichfeste Abdrücke einer aktiven *resp.* passiven Zufriedenheitsbeseeltheit aufzufassen sind, darf der ihnen zweifelsohne einzuräumende Indiziencharakter mitnichten unter dem obig angestimmten Trauergesang verkümmern. Das heißt, dass die aus der Literatur herausklamüserten Lidstellungsvarianten des diskret über die Normalgröße geweiteten Auges sowie des verhängten Auges sozusagen als limitierte Zufriedenheitsindikatoren mit begrenzter Haftung zu bezeichnen sind, deren wahrer emotionaler Quellgrund – in Anlehnung an den von MOLCHO vertretenen integrativen Ansatz der Körpersprache[658] – letztlich erst unter Bezugnahme auf die Gesamtheit der körpersprachlichen Ausdruckssegmente näher bestimmt werden kann. Bevor nun nachstehend diese Erkenntnisse in angemessener Form in die bereits mehrfach angeführte Bestandsaufnahme MAYRINGS hinsichtlich typischer Ausdruckskomponenten der Zufriedenheitsemotion eingearbeitet werden, sollen vorab noch die beiden ausstehenden emotionalen Ausdruckregionen der Augenpartie, in Worten das Blickbewegungsverhalten sowie die Pupillengröße, daraufhin befragt werden, inwiefern sie mit einem ganz spezifischen mimischen Ausdrucksgeschehen, welches dem Ausdruckssubjekt ausnahmslos in emotionalen Zuständen der Zufriedenheit im Gesicht geschrieben steht, aufwarten können.

Wenn nachfolgend zuvörderst der menschliche Blick – ungeachtet seiner eminenten phylogenetischen[659] und ontogenetischen Bedeutsamkeit[660] – auf sein inhärentes Emotionsvokabular durchmus-

---

[657] vgl. LERSCH 1961: 48

[658] vgl. MOLCHO 1998: 18; 2001: 23. Siehe dazu ebenfalls LERSCH 1961: 160.

[659] siehe zur allgemeinen biologischen Bedeutsamkeit von Augenmustern insbesondere ARGYLE 1980: 22; ARGYLE 2005: 232-233 und MORRIS 1968: 153-154 sowie zum Droh- und Dominanzcharakter des Starrens die klassische Studie von ELLSWORTH et al. (1972), in der diejenigen Autofahrer, welche vor einer roten Ampel hielten und von instruierten Mitarbeitern der Stanford Universität angestarrt wurden, signifikant schneller bei grün wieder anfuhren, als Autofahrer, die nicht angestarrt wurden: „Die Fahrer, die angestarrt wurden, hatten es eilig: Sie überquerten die Kreuzung in durchschnittlich 5,5 Sekunden, die anderen in 6,7 Sekunden" [SCHNEIDER 2006: 224].

tert werden soll, bedarf es vorab einer genaueren Konturierung dieses komplexen Untersuchungsgegenstandes, welcher laut einer Rechnung von KIRCHHOFF in der Gesamtsumme allein insgesamt 96 unterschiedliche Blickrichtungsvariationen aufweist.[661] Da eine erschöpfende ausdruckspsychologische Analyse dieses – wie das KIRCHHOFFSCHE Rechenergebnis bereits anklingen lässt – hyperkomplexen Ausdrucksmediums in diesem Kapitel nicht geleistet werden kann, beschränkt sich der folgende Untersuchungsgang einerseits auf die vier Grunddimensionen der Blickrichtung (geradeaus, oben, unten, seitwärts) sowie andererseits auf die unterschiedlichen Variationen der Blickbewegung (ruhig, träge, lebhaft, unruhig, unbestimmt).[662]

Durchkämmen wir entsprechend der im vorausgehenden Satz vorgenommenen Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes nunmehr zuerst die Literatur zum ausdruckspsychologischen Gehalt der vier fundamentalen Blickrichtungsvarianten, so werden wir mit der unrühmlichen Sachlage konfrontiert, dass sich die einschlägigen Forschungsarbeiten hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen den basalen Blickrichtungsweisen und allgemeinen Wohlbefindlichkeitsemotionen mehr oder minder ausschweigen. Um jedoch trotz dieser mangelhaften wissenschaftlichen Befundlage einige hypothetische Aussagen darüber treffen zu können, welche Blickrichtungsvarianten vornehmlich im emotionalen Zustand der Zufriedenheit zum Tragen kommen, wird der Autor im fortfolgenden Argumentationsgang allen voran auf das »*Circumplex Modell der Emotionen*« sowie auf die in den Abbildungen 14 bis 16 abgelichteten zufriedenen Gesichtsausdrücke Bezug nehmen. Betrachten wir nun gemäß des abgesteckten Argumentationsrahmens in einem ersten Schritt die eingeschlagene Blickrichtung der drei Zufriedenheitsgesichter, so lässt sich aus diesen unschwer die Erkenntnis ableiten, dass die Gemütsbewegung der Zufriedenheit anscheinend primär mit einem *ruhigen, geradeaus gerichteten Blickverhalten* einhergeht. Ehe nun in einem zweiten Schritt untersucht werden soll, inwieweit die anhand der Zufriedenheitsporträts zu Tage geförderten mimischen Zufriedenheitsparameter mit der Stellung der Zufriedenheitsemotion im »*Circumplex Modell der Emotionen*« harmonisieren, sei vorab darauf verwiesen, dass das die abgelichteten Zufriedenheitsgesichtern zierende Blickverhalten eine partielle Absicherung in der ausdruckspsychologischen Literatur erhält. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die Ausdruckspsychologie insbesondere die Varianten des nach unten- sowie zur Seite gerichteten Blicks für andere emotionale Zustände reserviert hat: Wird der *Blick nach unten* in der Ausdruckspsychologie vorrangig mit „(…) physischer wie psychischer Müdigkeit, Abgespanntheit, Erschöpfung, Kummer, Gedrücktsein, Niedergeschlagenheit, Trauer (…)“[663] in Verbindung gebracht, so bescheinigt man dem *seitlichen Blick* – in Anlehnung an die prägnante Formulierung der „vorauseilenden Blickpatrouillen“[664] von Karl BÜHLER – ein vornehmliches Heraufziehen in den Gemütslagen der Unsicherheit und des Misstrauens.[665] Weiterhin kann vermittels der spärlichen ausdruckspsychologischen Literatur zur Blickbedeutung ausgeschlossen werden, dass sich die Melodie der innerseelischen Zufriedenheitsgestimmtheit in einem *nach oben gerichteten Blick* mitteilt, da der gen Himmel geneigte Blick maßgeblich in emotionalen Momenten der Sehnsucht, des Genusserlebens, der Inbrunst und der Andacht die mimische Schau-

660 siehe dazu insbesondere DÖRNER 2007: 7-14; FENICHEL 1935; FINKIELKRAUT 1989; GROSSMANN 1978; KELLER & ROTHMUND 1981; KOHUT 1976: 141; LACAN 1986; LEVI 2003; MEAD 1968; PETZOLD 1995; SARTRE 1962, 2000a&b; SCHOETZAN & PAPOUŠEK 1977 sowie SIERCK & DANQUART 1993

661 vgl. KIRCHHOFF 1960: 595

662 Angemerkt sei, dass sich die analytische Zergliederung des menschlichen Blicks in die Kriterien der Blickrichtung und Blickbewegung erstmals in den physiognomischen Ausführungen Theodor PIDERITS findet (vgl. PIDERIT 1925: 47ff.).

663 KIRCHHOFF 1960

664 BÜHLER 1993: 207

665 vgl. LERSCH 1961: 73

bühne betritt.[666] Getreu dem vorausgehenden Ausschlussverfahren sowie des Blickverhaltens der dargestellten Zufriedenheitsgesichter kann das im emotionalen Zustand der Zufriedenheit zum Vorschein kommende optionale Blickrichtungssammelsurium somit auf die Varianten des *geradeaus*- sowie des *leicht nach oben geneigten Blicks* reduziert werden. Versuchen wir nun nachstehend – da die gesicherten ausdruckspsychologischen Erkenntnisse zum menschlichen Blickverhalten nunmehr an ihrem Ende angelangt sind – diesen Gedankengang unter Bezugnahme auf das »*Circumplex Modell der Emotionen*« sowie der im Rahmen der Ganganalyse inaugurierten Differenzierung in eine aktive und eine passive Form der Zufriedenheit eigens weiterzuspinnen, so kann in einer ersten Amtshandlung der freien Geistestätigkeit der geradeaus gerichtete Blick mit dem aktiven und der leicht nach oben geneigte Blick mit dem passiven Zufriedenheitstypus in Verbindung gebracht werden. Fragen wir uns nun – eingedenk der unstrittigen Tatsache, dass weder der *leicht nach oben*- noch der *geradeaus gerichtete Blick* signifikante mimische Indikatoren darstellen, die ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit zur Schau getragen werden – welcher Erkenntnisgewinn aus dieser hypothetischen Annahme für die Zufriedenheitsforschung abgeleitet werden kann, so zeigt sich, dass auf der Grundlage der beiden herauspräparierten Zufriedenheitsblicke erste spekulative Aussagen dahingehend getroffen werden können, wie der innere und äußere Raum innerhalb der Zufriedenheitsbeseeltheit perzipiert wird. Konkret formuliert soll im fortfolgenden die Vermutung des Autors begründet werden, dass die innere und äußere Raumwahrnehmung im emotionalen Zustand Zufriedenheit nicht etwa zu einer Raumkontraktion – wie es bei sämtlichen Unbehaglichkeitsemotionen der Fall ist[667] – sondern vielmehr zu einer Raumdilatation führt.[668] Prospektiv sei an dieser Stelle angemerkt, dass das nachstehend zu verhandelnde Phänomen der emotionalen Beeinflussung des Raumerlebens innerhalb der am Ende dieses Unterkapitels zu leistenden Diskussion bezüglich der Auswirkungen allgemeiner Wohlfühlemotionen auf die Verhaltensgeneigtheit einen zentrale Stellenwert einnehmen wird. Betrachten wir nun zur Unterfütterung der obig ausformulierten Mutmaßung die beiden herausdividierten Zufriedenheitsblicke unter dem Gesichtspunkt des jeweiligen Raumerlebens, so kann dem aktiven Zufriedenheitstypus – unter Rekurration auf die ausdruckspsychologischen Schriften des Psychologen Philipp LERSCH[669] – eine Ausdehnung des empirischen Wahrnehmungsraumes attestiert werden, da der Blick des von aktiver Zufriedenheit durchpulsten Menschen einerseits aufgrund seiner geraden Ausrichtung das größtmögliche physiologische Wahrnehmungsfeld aufweist und er andererseits ob seines ruhigen, unbestimmten Bewegungsverhaltens den im aufgesperrtem Wahrnehmungsfeld vorfindbaren Gegenstän-

---

[666] vgl. PIDERIT 1925: 52

[667] Entsprechend deutet GIESSLER den vornehmlich im Rahmen negativer Gemütsbefindlichkeiten zum Vorschein kommenden nach *unten gesenkten Blick* als eine „Verengung des eigenen Ichs" [GIESSLER 1913: 196].

[668] Konnten bereits in den vorausgehenden Kapitelunterpunkten in Gestalt der Zufriedenheitsausführungen des Philosophen Hermann SCHMITZ sowie im Rahmen der Illustration typischer Gangcharakteristika des vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchtönten Menschen zwei logisch-stringente Argumente zur Unterfütterung meiner Raumdilatations-Hypothese angeführt werden, so möchte ich in den nachfolgenden Zeilen in knapper Form eine weitere theoretische, unmittelbar an die Diskurse über die spezifischen physiologischen und expressiven Komponenten der Zufriedenheit anknüpfende, Überlegung bemühen, welche mir zu einer weiteren Absicherung meiner Vermutung dienlich sein sollte. Betrachten wir nun – zum Zwecke einer möglichst straffen Beweisführung – die innerhalb des vorliegenden Kapitels herausklamüserten Feststellungen, dass die Zufriedenheitsemotion einerseits auf der physiologischen Ebene mit einer verstärkten Aktivierung des Parasympathikus sowie andererseits auf der Ebene des nonverbalen Ausdrucksgebarens laut MAYRING u.a. mit '*entspannten Gesichtszügen*' einhergeht (vgl. MAYRING 1991a), so lässt sich auf der Basis dieser beiden Tatbestände zweifelsohne der Deduktionsschluss bilden, dass das flächenmäßig größte emotionale Ausdrucksorgan des Menschen, *nudis verbis* die Haut, in der Gemütsverfassung der Zufriedenheit durch einen hohen Permeabilitätsgrad für Umweltreize gekennzeichnet ist. Greifen wir nun – ohne an dieser Stelle *en detail* auf die umfangreiche Literatur zur Ausdruckspotenzialität der Haut Bezug nehmen zu wollen (siehe dazu insbesondere SACK 1926; FIEDLER 1964; GROSSBART 1982; DAMBROWSKI 1990 und GIELER 2007) – auf die gängige Symbolik der Haut als ‚*Wand und Fenster zur Umwelt*' (vgl. CONDURAU & SCHIPPERGERS 1993: 19, 43) zurück, so können wir dieses Bildnis vor unserem thematischen Hintergrund der Gestalt weiterspinnen, dass sich sowohl die '*Haut-Wand*' (passive Umweltapperzeption) als auch das '*Haut-Fenster*' (aktive Umweltperzeption) im emotionalen Zustand der Zufriedenheit durch eine ausgeprägte Offenheitsgeneigtheit ausweisen. Pointiert formuliert findet die obig aufgeworfene Raumdilatations-Hypothese somit in der Umweltoffenen *respektive* -reagiblen Hautdisposition innerhalb der Zufriedenheitsbeseeltheit eine weitere argumentative Stützung.

[669] vgl. LERSCH 1957; 1961

den eine gleichrangige Wertschätzung zuteil werden lässt. Ohne nun die im emotionalen Zustand der aktiven Zufriedenheit erlebte Raumwahrnehmung mit dem nahe liegenden HEIDEGGERSCHEN Philosophem der *Seinslichtung*, in der sich dem nicht festgestelltem Blick das Sein des Seiendem entbirgt[670], in Verbindung bringen zu wollen, kann unter Beibehaltung der Lichtmetaphorik festgehalten werden, dass der Blickstrahl des aktiv zufriedenen Menschen den raumgreifenden Fernlichtscheinwerfer eines Automobils gleicht. Wenden wir uns nun dem Raumempfinden innerhalb der Gemütslage der passiven Zufriedenheit zu, so weist schon die laut LERSCH mit dem Ausdrucksbild des *leicht nach oben gereckten Blick* unumstößlich einhergehende partielle Entkoppelung des Bewusstseins vom optisch-apperzeptiven Umweltbezug daraufhin, dass im Rahmen des passiven Zufriedenheitstypus nicht etwa der empirische sondern vielmehr der intelligible Raum eine Ausdehnung erfährt. Greifen wir zur plakativen Beschreibung eines voluminösen intelligiblen Raumes auf die bereits im vorausgehenden Satz zur Beschreibung der Raummorphologie im Zustand der aktiven Zufriedenheit genutzte Schatzkiste der Automobilmetaphorik zurück, so nimmt der ausladende intelligible Raum im Bildnis eines von Stauaufkommen, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Sackgassen und Baustellen befreiten Gedankenautobahnenkomplexes Gestalt an.[671] Zusammenfassend kann somit schon einmal an dieser Stelle festgehalten werden, dass sowohl der von aktiver wie auch der von passiver Zufriedenheit beseelte Mensch seinen ruhigen Blick in einem jeweils maximal ausgedehnten Möglichkeitsraum, der seinen Wahrnehmungs- und Gedankeninhalten größtmögliche Freiheit gewährt, spazieren führen. Begnügen wir uns an dieser Stelle nun erst einmal mit den vorausgehend geleisteten Ausführungen zum Raumerleben im emotionalen Zustande der Zufriedenheit, da die Raumwahrnehmung – wie bereits angemerkt wurde – abermals gegen Ende des vorliegenden Unterkapitels im Rahmen der Diskurse über mögliche Einflüsse der Zufriedenheitsemotion auf die Verhaltensdisposition und das Zeitempfinden zum Diskussionsgegenstand avanciert, und lenken unsere Aufmerksamkeit wieder verstärkt der untersuchungsleitenden Fragestellung zu, inwieweit innerhalb des allgemeinen mimischen Ausdrucksgeländes *bzw.* im Speziellen den um die Augenpartie gelagerten Ausdrucksarchipelen eindeutige Ausdrucksphänomene dingfest gemacht werden können, deren äußeres in Erscheinung treten ausnahmslos auf eine innerseelische Zufriedenheitsgestimmtheit rückführbar sind, so sei in Bezug auf die im obigen Textabschnitt zu Tage geförderten zufriedenheitsspezifischen Blickweisen des *ruhigen*, je nach Zufriedenheitsform entweder *geradeaus* oder *leicht nach oben gerichteten Blicks*, wiederholt darauf hingewiesen, dass diese beiden Blickarten keinesfalls als signifikante Zufriedenheitsindikatoren aufzufassen sind, da sie mitunter auch das Gesicht von jenen Menschen zieren können, die von gänzlich anderen Wohlfühl- als auch Unbehaglichkeitsgefühlen heimgesucht werden. In Analogie zu den herauspräparierten Lidstellungen, welche sich vornehmlich in der Gefühlslage der Zufriedenheit im Gesichtsausdruck niederschlagen, kann den zufriedenheitstypischen Blickvarianten somit ausschließlich ein Indiziencharakter beigepflichtet werden, der erst im Lichte der gesamten fazialen Ausdrucksgebärden erhärtet werden kann.[672]

---

[670] vgl. HEIDEGGER 2000a

[671] Es sein an dieser Stelle der Hinweis erlaubt, dass die Ausweitung des inneren Wahrnehmungsraumes innerhalb der passiven Zufriedenheitsbeseeltheit ebenso gut an der von Ernst JÜNGER entworfenen Metapher der *sich öffnenden, jedoch nicht zum Schnitt ansetzenden, Schere* (vgl. JÜNGER 1990: 29) exemplifiziert werden kann, da JÜNGER die im Zustand der Offenheit verharrende Schere – analog zu unserem Gedankenautobahnengleichnisses – als Sinnbild einer intrapsychischen Welt der unbegrenzten Möglichkeiten (vgl. ebenda: 131) begreift.

[672] Es sei an dieser Stelle die Anmerkung erlaubt dass die im vorausgehenden Satz explizierte kritisch-relativistische Deutungsgrundhaltung, der zufolge singuläre Ausdrucksphänomene wie z.B. der menschliche Blick ausnahmslos unter Bezugnahme auf das Gesamtbild des Ausdrucksgeschehen hinreichend interpretiert werden können, einen namhaften Vertreter in Person des spanischen Philosophen José Ortega Y GASSET findet: „Die Blicke" – so führt ORTEGA Y GASSET in seinem Werk »*Der Mensch und die Leute*« aus – „sind so etwas wie ein Vokabular. Da kommt es vor, dass ein einzeln stehendes Wort mehrdeutig ist und erst durch den Zusammenhang hinreichend definiert wird" [ORTEGA Y GASSET 1996f: 108.]

Wenn wir nun nachfolgend das psychologische Forschungsgebiet der *Pupillometrik*, die sich mit dem psychischen Einfluss auf die Pupillenreaktion beschäftigt[673], auf der Suche nach eindeutigen Zufriedenheitsindikatoren durchqueren werden, so gilt es vorab zur angemessenen Goutierbarkeit der Forschungsergebnisse dieses ausdruckspsychologischen Forschungszweiges darauf hinzuweisen, dass sowohl die Erweiterung als auch die Verkleinerung der Pupille durch eine schier unüberblickbare Vielzahl unabhängiger Variablen hervorgerufen werden kann, die keinesfalls allesamt mit dem Emotionslabel zu versehen sind. Mit andern Worten gesagt bedeutet dies, dass die pupillometrischen Erkenntnisse *in praxi* insofern in ihrer Erklärungspotenzialität zu relativieren sind, als dass z.B. eine Vergrößerung der Pupille nicht nur durch Wohlbehaglichkeitsgefühle[674], sondern – ungeachtete der zuhauf bei psychiatrischen Grunderkrankungen wie katatoner Schizophrenie, Alkoholismus und traumatischen Neurosen auftretenden Pupillenerweiterung[675] – auch durch Einflussfaktoren wie etwa geringen Lichteinfall[676], Muskelanspannung[677], Problemlösungsschwierigkeiten (z.B. bei einer kniffeligen Mathematikaufgabe)[678] und dem so genannten Orientierungsreflex[679] bedingt sein kann. Ferner sei vor diesem Hintergrund die Anmerkung erlaubt, dass sich bereits die vornehme Damenwelt des 17. Jahrhunderts zur Weitung der Pupillen eine Tinktur namens Belladonna, welcher die chemische Substanz Atropin beigemischt war, zur Bezirzung der männlichen Geschlechts in die Augen tröpfelten.[680]

Blenden wir jedoch nun zum Zwecke unseres Untersuchungsvorhabens die obig aufgezeigten multiplen Einflussfaktoren auf die menschliche Pupillenreaktion für den Moment aus und richten unsere Aufmerksamkeit gänzlich auf die im Rahmen der Pupillometrik kursierenden Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen unterschiedlicher emotionaler Zustände auf die Pupillengröße, so finden sich bezüglich der Zufriedenheitsemotion insbesondere in der Schrift »*Das sprechende Auge*« von Eckhard H. HESS, in persona der Urvater der Pupillometrik, einige nennenswerte Einsichten. So entdeckte das Forscherteam um den Psychologen HESS zum Beispiel, dass Testpersonen große Pupillen eher mit Wohlbefindlichkeitsemotionen wie Freude, Glück und Zufriedenheit assoziierten, währenddessen sie kleine Pupillen zumeist mit Unbehaglichkeitsemotionen wie Ärger, Traurigkeit, Langeweile und Unzufriedenheit in Verbindung brachten.[681] Ohne nun minutiös auf die mannigfachen experimentellen Versuchsanordnungen des sich um den Nestor der Pupillometrik scharenden Forscherteams eingehen zu wollen, sei nachstehend zur Verdeutlichung der epistemologischen Grundlagen der Pupillenreaktionsforschung ein mittlerweile mit dem Begriff des Klassikers zu versehendes pupillometrisches Testverfahren beschrieben. In dem fortfolgend zu skizzierenden Experiment legte HESS insgesamt 20 Probanden zwei Schemagesichter – die sich zwar einerseits darin unterschieden, dass das erste einen ärgerlichen und das zweite einen fröhlichen Gesichtsausdruck aufwies, sich andererseits jedoch darin glichen, dass auf beiden Bildern die Pupillen leer gelassen wurden – mit der Bitte vor, auf diesen diejenige Pupillengröße einzuzeichnen, von der die Probanden meinten, sie würde am besten zu dem jeweiligen Gesichtsausdruck passen.

---

673 vgl. BEYER 2006 sowie HESS 1977: 23, 33
674 vgl. JANISSE & PEAVLER 1976: 35;
675 vgl. dazu insbesondere BUMKE 1911 und LÖWENSTEIN 1920
676 vgl. SERGES MEDIEN 1998: 415
677 vgl. HESS 1977: 28 sowie grundlegend REDLICH 1908
678 vgl. HESS 1977: 26-27 sowieJANISSE & PEAVLER 1976: 35, 39
679 vgl. HESS 1977: 31
680 vgl. HESS 1977: 93 sowie MOLCHO 2001: 184 und MC NEILL 2004: 409. Der durch die Belladonna-Tinktur erkaufte Schönheitseffekt, der auf Seiten des Mannes in Analogie zum Kindchenschema einen Fürsorglichkeitsinstinkt wecken sollte, kam den Damen jedoch häufig teuer zu stehen, da diese Behandlung zu irreversiblen Funktionsschädigungen der Augen führte (vgl. MC NEILL 204: 410).
681 vgl. HESS 1977: 216 ff.

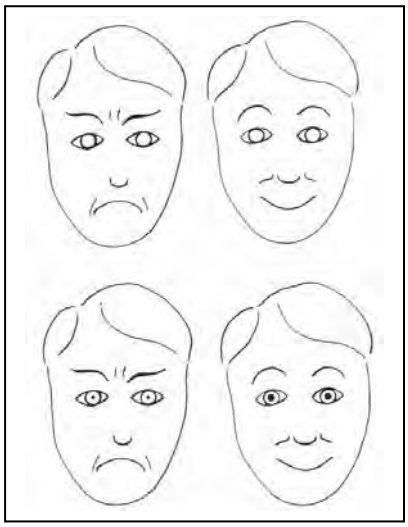


Abb. 17: Vorlage und Ergebnisse des Pupillentests[682]

Wie aus der obigen Abbildung unschwer entnommen werden kann, versahen die Probanden das fröhliche Gesichts mit weiteren Pupillen (Mittelwert 4,25 mm) als das ärgerlich anmutende Gesicht (Mittelwert 2,85 mm).[683] Dieser pupillometrische Befund, demzufolge negative emotionale Befindlichkeiten wie etwa Langeweile, Wut, Ärger, Traurigkeit und Missvergnügen eher mit einer Pupillenkontraktion und positive emotionale Gemütszustände zumeist mit einer Pupillendilatation einhergehen, gilt in der einschlägigen Literatur dieses ausdruckspsychologischen Forschungszweigs als hinreichend gesichert, da er sowohl in mehreren ähnlich gelagerten Schemagesichtsversuchen als auch in unterschiedlich aufgebauten Experimenten mittels Pupillenmessapparaturen repliziert werden konnte.[684] Versuchen wir nun auf der Grundlage dieser Befundlage unsere untersuchungsleitende Fragestellung, inwiefern die Mimik im Allgemeinen *bzw.* die Pupillenreaktion im Speziellen signifikante Ausdrucksparameter aufweist, die ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit vorfindbar sind, zu beantworten, so kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass wir zwar in Gestalt der über das Normalmaß geweiteten Pupille keinen eindeutigen Zufriedenheitsindikator dingfest machen konnten, da das Ausdrucksphänomen der Pupillendilatation sämtliche Wohlbehaglichkeitsemotionen begleitet und *bspw.* auch durch Muskelanspannungen sowie schwierige Geistesaufgaben hervorgerufen werden kann. Nichtsdestotrotz kann die Ausdruckskomponente der leicht über die Normalgröße gedehnten Pupille nach Ansicht des Verfassers jedoch als weiterer wertvoller Hinweis in die nonverbale Indizienkette aufgenommen werden, anhand derer die phantomartig anmutende Zufriedenheitsemotion eventuell überführt werden kann.

Ehe wir nun nachfolgend dem Fingerzeig EKMANS, demzufolge sich der emotionale Zustand der Zufriedenheit weniger in einem spezifischen Gesichtsausdruck als vielmehr in bestimmten Stimmqualitäten niederschlägt[685], nachspüren wollen, soll vorab die von Philipp MAYRING vertretene Ausdrucksdiagnose, laut derer die Zufriedenheitsemotion „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten, höchstens entspannte Gesichtszüge und ein leichtes Lächeln (…)“[686] aufweist, um die im Rahmen unserer Forschungsreise in das Gebiet der Ausdruckspsychologie zu Tage geförderten Erkenntnisbausteine ergänzt werden. Wie das vorletzte des im vorausgehenden Satz benutzte Wort bereits ankündigt, konnte

[682] aus HESS 1977: 219
[683] vgl. HESS 1977: 217
[684] vgl. HESS 1977: 12-13, 35-63, 216-220
[685] vgl. EKMAN 2007: 267, 283
[686] ULICH & MAYRING 1992: 165

das zu Beginn unserer Forschungsreise ausbuchstabierte Vorhaben, nämlich die im Glanze der Resignation daherkommende Diagnose MAYRINGS anhand neuerer ausdruckspsychologischer Untersuchungen aus dem Bereichen der Körperhaltung, Gestik und Mimik zu falsifizieren, nicht eingelöst werden. Die innerhalb unserer Forschungsreise unter großer Kraftanstrengung aus den ausdruckspsychologischen Gebieten der Körperhaltung, Gestik und Mimik herausgeschlagenen Wissensbausteine umlagern nun vielmehr – der ursprünglichen Zielsetzung diametral entgegengesetzt – wie ein schützender Meterioidengürtel den von Philipp MAYRING geborenen Erkenntnisstern. Wenngleich auch die Erkenntnisse unserer Forschungsreise zu einer Verifikation des harten Kerns der MAYRINGSCHEN Ausdrucksdiagnose, demnach der Zufriedenheitsemotion keine signifikanten Ausdrucksindikatoren eigen sind, beigetragen haben, können die von MAYRING angeführten „*unscharfen Ausdrucksquellen*" der entspannten Gesichtszüge und des leichten Lächelns vermittels unserer Expeditionsergebnisse sowohl präziser konturiert als auch durch weitere „*weiche Ausdruckskomponenten"* angereichert werden kann. Fragen wir uns entsprechend der im vorausgehenden Satz geäußerten Vermutungen hinsichtlich der wissenschaftlichen Zweckdienlichkeit unserer im ausdruckspsychologischen Forschungsgelände aufgelesenen Wissensbausteine in einem ersten Schritt, inwieweit unsere eruierten Erkenntnisse die von MAYRING genannten Zufriedenheitsindizien der entspannten Gesichtszüge und des leichten Lächelns detaillierter zu beschreiben vermögen, so scheint es dem Autor allen voran in Bezug auf das Ausdruckskriterium des leichten Lächelns angemessener zu sein, das Substantiv „*Lächeln*" mit dem Präfix „*Duchenne*" zu versehen, da die sprachliche Wendung des „*leichten Duchenne-Lächelns*" im Gegensatz zur Diktion des „*leichten Lächelns*" dem Umstand Rechnung trägt, dass ein von Wohlbehaglichkeitsgefühlen (Zufriedenheit, Glück, Freude) getragenes Lächeln immer mit einer simultanen Innavation zweier Gesichtsmuskeln namens *Musculus zuygomaticus major* und *Musculus orbicularis oculi* einhergeht. Versuchen wir nun in einem zweiten Schritt anhand unserer Erkenntnisse den beiden Ausdruckkomponenten der entspannten Gesichtsmuskulatur und des leichten Duchenne-Lächelns weitere *„weiche nonverbale Zufriedenheitsindikatoren"* zukommen zulassen, so können – ungeachtet der unterschiedlichen Körperhaltungstypen (stehen, gehen, sitzen) sowie der Aufsplittung der Zufriedenheitsemotion in eine aktive und eine passive Variante – insbesondere die nachstehend aufgelisteten Phänomene aus den Ausdruckgebieten der Körperhaltung und des Obergesichts (Augenpartie) in die MAYRINGSCHE Befundlage eingeflochten werden:

- Hinsichtlich der allgemeinen Körperhaltung scheint der vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchflutete Mensch primär dadurch gekennzeichnet zu sein, dass seine körpersprachlichen Signale sowohl einen vom physischen und psychischen Lastcharakter befreiten Daseinszustand als auch eine prinzipiell offene und kohärente Einstellung gegenüber den Reizen der Um- und Mitwelt verlautbaren. Versuchen wir nun *en miniatur* darzustellen, vermittels welcher spezifischen nonverbalen Haltungs- und Bewegungssegmente die im vorausgehenden Satz skizzierte Grundhaltung transportiert wird, so zeigt sich, dass allen voran die nachstehend angeführten Ausdruckselemente die Gefühlslage der Zufriedenheit begleiten können:
  - aufrechte Körperhaltung, gepaart mit einer symmetrisch zum Mitteltorso verlaufende Schulterstellung, d.h. dass die Schulterpartie weder nach vorne gekrümmt noch nach hinten gezogen wird, sowie einer zentrierten Kopfstellung;
  - die Körperhaltung weist einen mittleren muskulären Spannungsgrad auf;
  - die Bewegungsganzheit besticht durch ein harmonisch-ausgeglichenes Eingebundensein der einzelnen Körperpartien;

- die Mitbewegungen (z.B. Schrittlänge, Armschwung usw.) weisen eine runde, fließende, rhythmisierte Verlaufsform auf.

- Wenden wir uns nun den der *mimischen Ausdruckslandschaft des Obergesichts* zu, so erhalten wir in Gestalt der *dezent über das Normalmaß geöffneten Lidstellung*, des *ruhigen, geradeaus gerichteten Blickes* sowie der *Pupillendilatation* insgesamt drei Ausdruckspänomene, die allesamt – in Ermangelung einer luzideren Begrifflichkeit – mit dem Emblem des limitierten Zufriedenheitsindikators zu versehen sind.

Ergänzen wir nun die MAYRINGSCHE Diagnose um die obig notierten nonverbalen Zufriedenheitshinweise, welche wir akribisch aus dem umfangreichen Sud ausdruckspsychologischer Forschungsarbeiten herausgesiebt haben, so kann an dieser Stelle – das noch zu beackernde Feld der parasprachlichen Reize außen vor lassend – in Bezug auf den genuinen Ausdruckscharakter der Zufriedenheitsemotion schon einmal folgende Bestandsaufnahme festgehalten werden:

Obzwar an der von dem Psychologen Philipp MAYRING getroffenen Feststellung, dass der Zufriedenheitsemotion keine signifikanten Ausdrucksindikatoren – welche ausnahmslos im Rahmen dieser Gemütsverfassung die nonverbale Ausdrucksfläche zieren – zu eigen sind, grundsätzlich nicht gerüttelt werden kann, so koexistiert nichtsdestotrotz, angefangen bei den entspannten Gesichtszügen und dem leichten Duchenne-Lächeln, über eine harmonisch-rhtymisierte Bewegungsganzheit die sich auf dem Fundament einer aufrechten Körperhaltung mittleren muskulären Spannungsgrades vollzieht, bis hin zu den Komponenten des dezent über das Normalmaß gelupften Augenlides, des ruhigen, geradeaus gerichteten Blickes sowie der Pupillendilatation, eine Vielzahl von Ausdruckspänomenen, denen in ihrer Gesamtheit durchaus die Fähigkeit zugesprochen werden kann, als so genannte limitierte Zufriedenheitsindikatoren – deren äußere Präsenz niemals als stichfester Beweis sondern ausschließlich als möglicher Hinweis auf eine innerliche Zufriedenheitsbeseeltheit gelesen darf – zu fungieren. Expressis verbis sei vor diesem Hintergrund somit nochmals darauf hingewiesen, dass die vorangehend ausbuchstabierten limitierten Zufriedenheitsindikatoren ihren jeweiligen Indiziencharakter nur im Lichte des gesamten nonverbalen Ausdrucksgebarens abstreifen respektive in einen Beweislastcharakter transformieren können.

Schlagen wir nach diesem kurzweiligen ausdrucksdiagnostischen Intermezzo nachfolgend eine neue Saite an und spüren der von EKMAN gelegten Fährte – der zufolge die Zufriedenheitsemotion weniger anhand einer spezifischen Gesichtsmuskelinnervation als vielmehr an bestimmten vokalen Parametern abgelesen werden kann[687] – nach, so offenbart bereits eine diagonale Lesart der einschlägigen Fachliteratur zum paralingustischen Emotionsausdruck, dass dieser Forschungszweig *bis dato* noch in den Kinderschuhen verweilt. Diese Momentaufnahme mag insbesondere vor der Hintergrundfolie, dass das Wissen um die emotionale Ausdruckspotenzialität der menschlichen Stimme schon in volkstümlichen Redewendungen wie etwa „*da bleibt mir die Spucke weg*“, „*habe einen Kloß im Hals*“, *„das nimmt mir die Luft zum Atmen“*, *„ich bin heute quietschfidel bzw. quietschvergnügt“, „da kriege ich so einen Hals“, „da schnürt sich mir die Kehle zu“* etc. zum Vorschein kommt, verwundern. *En passant* sei in diesem Zusammenhang jedoch darauf verwiesen, dass die in den vorausgehenden Sätzen skizzierte Bestandsaufnahme, der zufolge die auf dem ausdruckspsychologischen Forschungsgelände gedeihenden Untersuchungen zum stimmlichen Emotionsausdruck bisweilen einem Mauerblümchendasein gleichen, nicht dahingehend missverstanden werden darf, als dass der menschlichen Stimme innerhalb der Forschungshistorie dieser Bindestrich-Psychologie ein gänzlich inferiorer Status zuteil wurde. Denn entgegen einer derartigen Annahme weist die ausdruckspsychologische Forschungslandschaft – in der obig genutzten Metaphorik der Flora verharrend – durchaus einige üppige Erkenntnisbäume auf, deren

[687] vgl. EKMAN 2007: 267, 283

Wurzeln sich allesamt an der vermeintlich nahrhaften etymologischen Quelle des Persönlichkeitsbegriffs, welcher am ehesten mit den Worten "durchklingen"[688] oder "durchtönen"[689] übersetzt werden kann, laben. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich die bisherigen ausdruckspsychologischen Untersuchungen zur menschlichen Stimme, ausgehend von der bereits im etymologischen Ursprung des Persönlichkeitsterminus durchschimmernden Wahlverwandtschaft zwischen den individuellen Eigenarten und der Stimme, vorwiegend darauf konzentrierten, eindeutige Zusammenhänge zwischen Stimmparametern und Charaktereigenschaften auszuloten.[690] Angesichts der Tatsache, dass die an den obig beschriebenen Erkenntnisbäumen reifenden Wissensfrüchte einerseits für den wissenschaftlichen Verdauungstrakt gänzlich ungenießbar und andererseits für die kapitelleitende Fragestellung in keiner Weise erkenntnisdienlich sind, begnügen wir uns an dieser Stelle mit dem Verweis auf die ausdruckspsychologische Untersuchungsdichte zu diesem wissenschaftlich unredlichen Themenkomplex und wenden uns fortfolgend ausnahmslos jenen ausdruckspsychologischen Analysen zu, die sich der Auskundschaftung vokaler Emotionsindikatoren verpflichtet haben.

Nehmen wir nun die einschlägige Forschungsliteratur zum emotionalen Ausdrucksrepertoire stimmlicher Parameter – welche sich vor dem Hintergrund, dass der vermutete Zusammenhang zwischen Stimme und Stimmung bereits seit "*Urzeiten*" durch die Diskurse des Alltagslebens geistert[691], äußerst spärlich ausnimmt – in Augenschein, so lassen auf den ersten Blick insbesondere die Studien von DAVITZ & DAVITZ (1959)[692], HÖFFE (1960)[693] und MÜLLER (1960)[694] das Herz des Zufriedenheitsforschers höher schlagen, da sie allem Anschein nach der Einlösung des am Beginn unserer Expedition in das Gefilde der Ausdruckspsychologie ausbuchstabierten Forschungsvorhabens, nämlich in dieser Bindestrich-Psychologie signifikante nonverbale Zufriedenheitsindikatoren ausfindig zu machen, neue Hoffnung einzuflössen vermag. Der – wie sich zeigen wird – ephemere Anstieg der Herzfrequenz des Zufriedenheitsforschers speist sich vornehmlich aus dem Tatbestand, dass sich eine Vielzahl der Probanden beider Studien befähig zeigte, die intendierte Emotion eines gefühlsmäßig unterlegten – zumeist von Schauspielern gesprochenen – Standardsatz herauszufiltern.[695] Das besondere

---

[688] vgl. EKERT & LAVER 1994: 149

[689] vgl. KLAGES 1930: 64

[690] siehe dazu die Ausführungen von DALMA 1925; DÖRNER 1946; HEIDRICH 1953; HERZOG 1933; KEILHACKER 1940 und LÖBELL 1923

[691] Es sei in diesem Zusammenhang sowohl an die autobiographischen Berichte von erblindeten *respektive* blind geborenen Menschen (siehe dazu vor allem die lesenwerten Autobiographien von Jacques LUSSEYRAN [1982] und John HULL [1992] sowie die erkenntnisreichen Interviews mit Blinden von COLE [1999: 27ff.] als auch auf die Auseinandersetzung mit dem Thema 'Blindheit' in der schöngeistigen Literatur (vgl. hierzu insbesondere die prosaischen Ausführungen von Denis DIDEROT [1967], Gert HOFMANN [1986], Herbert G. WELLS [1991] sowie José SARAMAGO [1999]) erinnert, deren kleinster gemeinsamer Nenner in der Annahme einer Kompensation des Seh- durch den Hörsinn besteht. Konkret formuliert bedeutet dies, dass in den im vorausgehenden Satz notierten Schriften zuhauf die Fähigkeit des Blinden beschrieben wird, die emotionale Gestimmtheit des jeweiligen Gegenübers aus den stimmlichen Parametern zu bestimmen. Zur Verdeutlichung dieses Sachverhaltes werden ich nachstehend eine ebenso knappe wie eindringliche Passage aus den von Jonathan COLE geführten Interviews mit erblindeten Menschen zitieren: „Ich [Jonathan Cole, T.K.] fragte ihn [einen in der frühen Kindheit erblindeten Mittvierziger namens Peter White, T.K.], ob er an der Stimme Gefühle ablesen könne, die sehende Menschen eher im Gesicht fänden. »Ja, bestimmt. Und nicht nur in der Stimme, es gibt auch verschiedene Arten des Schweigens. Ein zufriedenes Schweigen, wenn man weiß, dass sie [die Frau von Peter White, T.K.] gerade mit einem geredet hat und jetzt mit etwas anderem beschäftigt ist, und ein Schweigen, bei dem man weiß, dass sie nichts sagt, weil jedes Wort fatale Folgen hätte«" [COLE 1999: 28]. Eine analoge Einsicht in die Welterschließungsfähigkeiten des Blinden notierte der im Alter von 48 Jahren erblindete Universitätsprofessor John HULL in seinem lehreichen Autobiographie mit dem richtungweisenden Titel »*Im Dunkeln sehen. Erfahrungen eines Blinden*«: „Das Entscheidende bei jeder neuen Bekanntschaft ist der Klang der Stimme. Ich lerne immer mehr über die erstaunliche Fähigkeit der menschlichen Stimme, die Persönlichkeit zu zeigen. Bei den Menschen, die ich sehr gut kenne, fällt mir auf, dass alle Gefühlsregungen, die sich normalerweise im Gesicht ausdrücken, auch von der Stimme mitgeteilt werden: Müdigkeit, Furcht, unterdrückte Erregung und so weiter. Meine aus der Stimme gewonnen Eindrücke scheinen ebenso genau zu sein wie die sehender Menschen. Der Nachteil besteht jedoch darin, dass mein Freund erst einmal sprechen muss" [HULL 1992: 39]. Neben diesem zuletzt genannten Manko der stimmlichen Emotionserfassung sei angemerkt sei, dass HULL in dem angeführten Zitat eher beiläufig ein viel bedeutungsschweren Hemmschuh parasprachlichen Emotionserkennung, in Worten die – COLE paraphrasierend – Verurteilung des Blinden zur Nähe (vgl. COLE 1999: 59). D.h. dass die stimmliche Emotionsdechiffrierung am treffsichersten bei Personen angewandt werden kann, dessen zeitinvarianten stimmlichen Eigenschaften (so genannte extralinguistischen Parameter) hinlänglich (z.B. durch eine Freundschaftsbeziehung) bekannt sind (vgl. zu dieser Problematik auch die Ausführungen bei ECKERT & LAVER 1994: 27).

[692] vgl. DAVITZ & DAVITZ 1959

[693] vgl. HÖFFE 1960

[694] vgl. MÜLLER 1960

[695] So kommt beispielsweise SCHERER in einer Übersicht über 28 derartiger Studien zu dem Ergebnis, dass diese zusammengenommen eine Erkenntnisgenauigkeit von etwa 60% aufweisen. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Trefferquote in Zufallsexperimenten mit zirka 10 bis 25 Prozentpunkten deutlich geringer ausfiel (vgl. SCHERER 1982a)

der obig angeführten Studien besteht nun darin, dass sie allesamt die Zufriedenheitsemotion in ihre Untersuchung einbezogen haben. Zur angemessenen Verständlichkeit des Forschungsdesigns und der erzielten Ergebnisse dieser spezifischen Untersuchungen soll nachstehend in knappen Worten die Studie von DAVITZ & DAVITZ aus dem Jahre 1959 etwas detaillierter dargestellt werden. Das besagte Autorenduo ließ in ihrer Untersuchung in einem ersten Schritt acht Probanden das englische Alphabet aufsagen, wobei die Probanden insgesamt zehn verschiedene Gefühle (Zorn, Furcht, Glück, Zufriedenheit etc.) ausdrücken sollten. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Probanden dazu angehalten wurden, das Abc jeweils entsprechend der geforderten emotionalen Gemütsverfassung zu deklamieren. In einem zweiten Schritt wurden dann dreißig weiteren Probanden die auf Tonband aufgezeichneten „*emotional eingefärbten Alphabetsrezitationen*" mit der Bitte vorgespielt, anhand der Stimme die emotionale Gestimmtheit des Sprechers zu bestimmen. Betrachten wir nun die in dieser Studie zu Tage geförderten Ergebnisse, so zeigt sich erst einmal, dass einige Emotionen wie zum Beispiel Zorn, Nervosität, Traurigkeit und Glück anscheinend leichter an der Stimmequalität erkannt werden können als etwa Furcht, Stolz, Eifersucht sowie Liebe. Wenngleich auch die Zufriedenheitsemotion im Rahmen der Forschungsarbeit von DAVITZ & DAVITZ (1959) in nur ca. 30% der Fälle richtig gedeutet wurde, so entzündet sich an diesen Ergebnissen aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive nichtsdestotrotz ein Hoffnungsfunken, demnach möglicherweise eine minutiöse objektive Analyse der parasprachlichen Elemente jener Alphabetrezitationen, welche die Probanden stimmiger Weise unter die Emotionskategorie der Zufriedenheit subsumierten, signifikante vokale Zufriedenheitsindikatoren, die ausnahmslos im emotionalen Zustande der Zufriedenheit erklingen, zu Tage fördert. Bevor nun nachstehend die einschlägige Fachliteratur nach derartigen Untersuchungen, in welchen die emotional unterlegten Sprachproben mittels moderner Auswertungsmethoden auf ihre vokalen Eigenarten hin analysiert werden, durchmustert wird, möchte der Autor dem Leser zum besseren Verständnis der im weiteren Textverlauf angeführten Studienergebnisse vorab die zentralen emotionsrelevaten akustischen Parameter näher bringen (siehe dazu ausführlich die im Anhang abgelichtete Tabelle 2). Wie bereits im obigen Textkörper mehrmals angemerkt wurde dienen hauptsächlich die so genannten paralinguistischen Elemente wie zum Beispiel Rhythmus, Lautstärke, Intonation, Sprechtempo usw. der Emotionskommunikation.[696] Von der vokalen Emotionsübermittlung ausgespart beleiben demnach auf der einen Seite die rein linguistischen Elemente, welche den Inhalt eines Satzes – das *Was* – umspannen, sowie auf der anderen Seite die unter dem Terminus der extralinguistischen Parameter firmierenden individuellen Stimmeigenschaften, die im Gegensatz zu den paralinguistischen Elementen nicht situationsspezifisch Auftreten, sondern beständige Begleiterscheinungen des sprachlichen Ausdrucks sind. Ungeachtete der weiter unten zu verhandelnden interpretatorischen Achillesverse, dass nämlich extralinguistische Stimmparameter (z.B. eine infolge anatomischer Deformationen des Stimmapparates konstant behäbig, unmelodisch und tief klingende Stimme) auf Empfängerseite als paralinguistische Reize verstanden werden können und folglich zu falschen emotionalen Einschätzungen führen[697], kann an dieser Stelle somit schon einmal *ad notam* genommen werden, dass sich die emotionale Aus-

[696] vgl. ECKERT & LAVER 1994: 25-26 sowie FORGAS 1987: 155

[697] Demgemäß könnte beispielsweise die im voranstehenden Satz in Klammern geschilderte Stimme von einem Empfänger, der die Stimme des Senders bis dato noch nicht vernommen hat, dahingehend mißdecodiert werden, als dass er die an und für sich gewohnheitsmäßigen Stimmparameter einer paralinguistischen Lesart unterzieht und auf diesem Wege zu der Einsicht gelangt, dass der Sprecher sich im emotionalen Zustand der Traurigkeit befindet.

druckspotenzialität der menschlichen Stimme ausschließlich auf die paralinguistischen Parameter beschränkt.

Wenden wir uns nach diesen einführenden Worten in das ausdruckspsychologische Forschungsgebiet der menschlichen Stimme nunmehr denjenigen Studien, welche es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht haben, die parasprachlichen Reize der Zufriedenheitsemotion auszuloten, zu, so verglüht der obig geschilderte Hoffungsfunken, innerhalb dieser Untersuchungen signifikante akustische Zufriedenheitsparameter aufzuspüren angesichts der Metaanalyse von Bernd TISCHER, demzufolge die Untersuchungen zum parasprachlichen Ausdruck der Zufriedenheit dadurch gekennzeichnet sind, dass sie einerseits hinsichtlich Sprechtempo, Lautstärke und Grundfrequenz inhomogene Ergebnisse aufweisen und andererseits sowohl *in puncto* Streubreite der Grundfrequenz als auch hinsichtlich der Vokaldauer nicht von den Emotionen der Liebe, Zuneigung, Freude und Zärtlichkeit zu separieren sind[698], ebenso schnell wie er entstanden ist.

Wenngleich wir nun auch aufgrund dieser metaanalytischen Bestandsaufnahme von TISCHER *horribile dictu* zu der unerbaulichen Erkenntnis gelangen, dass das Ausdrucksorgan der menschlichen Stimme in Analogie zu den Ausdrucksregionen der Körperhaltung, Gestik und Mimik keine signifikanten paralinguistischen Zufriedenheitsindikatoren, die den Klangraum ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchfluten, beherbergt, so wollen wir an dieser Stelle jedoch keinesfalls einem kruden erkenntnistheoretischen Defätismus, demnach der Versuch, die Gemütsverfassung der Zufriedenheit anhand bestimmter akustischer Parameter abzulauschen einer *Quadratur des Kreises* gleichkommt, das letzte Wort überlassen. Konkret formuliert bedeutete dies, dass wir nachfolgend – obzwar an der Erkenntnis TISCHERS, der zufolge die Zufriedenheitsemotion auf parasprachlicher Ebene kein charakteristisches Ausdrucksbild aufweist, nicht zu rütteln ist – das ausdruckspsychologische Forschungsbiet der menschlichen Stimme nach limitierten paralinguistischen Zufriedenheitsindikatoren durchsuchen werden.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass wir zur angemessenen Bewerkstelligung dieses Forschungsvorhaben nachstehend nicht ausnahmslos die spezifische ausdruckspsychologische Literatur auswerten, sondern darüber hinaus insbesondere die Forschungsdisziplin der so genannten Biophonetik[699], die sich allen voran mit den Auswirkungen physiologischer Prozesse (sympathische versus parasympathische Aktivität) auf die Stimmbildung beschäftigt[700], zu Rate ziehen werden. Zugespitzt formuliert soll nachfolgend unter Bezugnahme auf die zentralen Erkenntnisse der Biophonetik die Frage geklärt werden, in weit die im obigen Textkörper beschriebenen physiologischen und nonverbalen Reaktionsmustern der Zufriedenheitsemotion den akustischen Ausdruck determinieren. Bevor wir allerdings den Einfluss bestimmter physiologischer und nonverbaler Zustandsbilder auf die Sprachproduktion hinreichend untersuchen können, muss vorab erst einmal der anatomische Weg der Stimmerzeugung näher erläutert werden. Ohne nun *en detail* auf die anatomischen Besonderheiten der Sprachproduktion, an der laut den Autoren ECKERT & LAVER weit mehr als einhundert Muskeln beteiligt sind[701], eingehen zu wollen, kann die menschliche Lautbildung in simplifizierter Form anhand der nachfolgenden anatomischen Abbildung vermittels zweier zentraler Einflussgrößen, in Worten dem im Kehl-

[698] vgl. TISCHER 1993: 115, 244-245
[699] vgl. TROJAN 1952a und 1973
[700] vgl. TROJAN 1952b
[701] vgl. ECKERT & LAVER 1994: 6

kopf erzeugten Primärklang sowie dem im Vokaltrakt, welcher die Rachen-, Mund- und Nasenhöhle umspannt, gebildeten Sekundärklang[702], dargestellte werden.

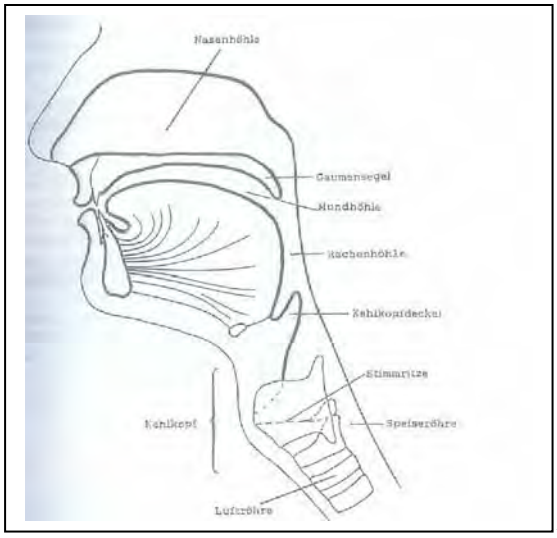


Abb. 18: Schematische Darstellung der zentralen Sprechwerkzeuge[703]

Unter Rekurs auf das anatomische Schaubild kann die menschliche Stimmbildung wie folgt skizziert werden: In einem ersten Schritt bringt der zur Erzeugung stimmlicher Laute notwendige Luftstrom die im Kehlkopf angesiedelten Stimmlippen zum Schwingen, wodurch ein erster Ton entsteht. Dieser Ton, welcher in der Fachliteratur mit dem Label des Primärklangs versehen wird, erreicht jedoch niemals in Reinkultur das Empfängerohr, da die im Kehlkopf produzierten Schallwellen in einem zweiten Schritt entscheidend durch den aus Rachen, Mund- und Nasenhöhle bestehenden Vokaltrakt beeinflusst wird. Entsprechend kommt das Autorenduo ECKERT & LAVER zu der Einschätzung, dass „die Stimme, so wie wir sie hören, (…) das Resultat der Veränderungen des Primärklanges durch den Vokaltrakt“[704] ist. Versuchen wir nun nach diesen propädeutischen Zeilen zu ergründen, welchen Einfluss Wohlbehaglichkeits- und Unbehaglichkeitsgefühle einerseits auf die Vokaltraktmorphologie sowie andererseits auf die mit dem Zustand des Vokaltrakts unmittelbar verknüpften parasprachlichen Ausdrucksparametern haben, so findet sich in der fachspezifischen Literatur die einhellige Meinung, dass Unbehaglichkeitsgefühle wie zum Beispiel Zorn, Ekel, Unlust, Stress, Traurigkeit, Nervosität und Angst mit einer Verengung des Vokaltraktes, in der medizinischen Nomenklatur spricht man in diesem Zusammenhang auch von *laryngofaukaler Enge*[705], einhergehen, während demgegenüber sämtliche Wohlbehaglichkeitsgefühle angefangen bei Lust und Liebe, über Freude und Genusserleben bis hin zu Glück, Entspannung und Zufriedenheit zu einer Weitung des Vokaltraktes führen. Auf paralinguistischer Ebene führen die beschriebenen emotionsbedingten Veränderungen des Vokaltraktes dazu, dass die Unbehaglichkeitslaute vornehmlich durch eine geringe Schallfülle („gepresste Stimme“) und die Wohlbehaglichkeitslaute durch ein besonderes volles Klagbild charakterisiert sind. Zur sprachpraktischen Exemplifizierung dieses Sachverhaltes sei in diesem Zusammenhang die höchstinteressante phonetische Abhandlung des Psychiaters Karl LEONHARD erwähnt, in der LEONHARD zu der Einsicht gelangte, dass vorsprachliche Laute des Unbehagens vorwiegend mit engen Vokalen (e,

[702] vgl. ECKER & LAVER 1994: 91
[703] entnommen aus ECKERT & LAVER 1994: 47
[704] ECKERT & LAVER 1994: 91. Siehe auch LUCHSINGER 1953: 90
[705] vgl. TROJAN 1953: 218-219

w, l, ng) und Laute des Wohlbehagens hauptsächlich mit offenen Vokalen (a, m, u , an, g, x, k, r) verknüpft sind.[706] Betrachtet man nun den voranstehend notierten Zusammenhang zwischen Wohlbefindlichkeitsgefühlen und Vokaltrakterweiterung im Lichte der biophonetischen Arbeiten TROJANS, so kann die allgemeine korrelative Beziehung dahingehend verfeinert werden, als dass sich der Vokaltrakt des Lautgebenden um so mehr ausdehnt, je näher sich die ihn heimsuchende Wohlfühlemotion auf dem Erregungs-Ruhe-Kontinuum des »*Circumplex Modells der Emoti*onen« an den Ruhepol annähert. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die mit den erregungsschwachen Wohlfühlemotionen wie z.B. Entspannung, Genusserleben und Zufriedenheit auf physiologischer Ebene Hand in Hand gehende Aktivierung des parasympathischen Nervensystems dazu führt, dass die Betroffenen vorzugsweise mit einer so genannten *Schonstimme* sprechen, deren phonetisch charakteristischen Merkmale in einer entspannt, sonor und rhythmisiert klingenden Stimme mit mittlerer Grundfrequenz (F0) und Neigung zur Vokaldehnung Gestalt annehmen.[707] In umkehrter Schlussfolgerung münden sämtliche erregungsintensive Unbehaglichkeitsgefühle, die *nomen est omen* durch eine Forcierung der sympathischen Betriebsamkeit begleitet werden, auf vokaler Ebene laut TROJAN in einer *Kraftstimme*, deren akustischen Besonderheiten insbesondere in einer metallisch, angespannt, unrhythmisiert, hart und belegt wirkenden Stimme mit erhöhter Grundfrequenz (>FO) zum Vorschein kommen.[708] Versuchen wir nunmehr auf der Grundlage der in den vorausgehenden Zeilen beschriebenen biophonetischen Erkenntnisse sowie einiger ausgewählter ausdruckspsychologischer Studien die vormals ausbuchstabierte Frage nach limitierten paralinguistischen Zufriedenheitsparametern zu beantworten, so können wir festhalten, dass die an anderer Stelle bereits ausgiebigst beschriebenen physiologischen (gesteigerte parasympathische Aktivität) und körpersprachlichen (u.a. aufrechter Gang, entspannte Gesichtszüge usw.) Epiphänomene der Zufriedenheitsbeseeltheit den anatomischen Stimmapparat derart beeinflussen, dass die akustischen Parameter einer entspannt, melodisch, sonor und rhythmisiert klingenden Stimme mit mittlerer Grundfrequenz (F0) und Neigung zur Vokaldehnung – wenngleich sie nicht ausnahmslos im emotionalen Zustand der Zufriedenheit, sondern *bspw.* auch im Rahmen des Genusserlebens und der Entspannung im Munde geführt werden – getrost als mögliche Hinweise in die zum Zwecke der nonverbalen Zufriedenheitserkennung gebildete Indizienliste aufgenommen werden können. Ehe wir nun zum Abschluss unserer Expedition sämtliche Wissensfrüchte, welche wir im Rahmen unserer Forschungsreise aus den im Gebiet der Ausdruckspsychologie verwurzelten Erkenntnisbäumen abgeerntet haben, in die *infauste* MAYRINGSCHE Befundlage, der nach die Zufriedenheitsemotion „(…) kein spezifisches Ausdrucksverhalten, höchsten entspannte Gesichtszüge und ein leichtes Lächeln aufweist (…)“[709], einspeisen werden, möchte der Autor vorab noch einige grundsätzliche Angaben hinsichtlich eines angemessenen Umgangs mit den obig herausgestellten parasprachlichen Zufriedenheitsindizien darlegen. Neben dem bereits angemerkten Umstand, dass

[706] vgl. LEONHARD 1976: 232-242 sowie ESPENSCHEID 1985: 222-223. Der aufgeweckte Leser sei in diesem Zusammenhang auf den sowohl historisch als auch inhaltlich höchst interessanten und unterhaltsamen Sachverhalt verwiesen, dass bereits der Schriftsteller Ernst JÜNGER in seiner im Jahre 1929 erstveröffentlichten Schrift »*Das abenteuerliche Herz*« einen Zusammenhang zwischen undifferenzierten Urlauten und emotionalen Befindlichkeiten erkannte: „Etwas äußerst Bedrohliches“ – so führt JÜNGER aus – „besitzt der Straßenlärm, der sich immer deutlicher auf ein dunkles, heulendes *U*, auf den schrecklichsten aller Vokale, einzustimmen beginnt. Wie könnte es auch anders sein, da in den Signalen und Aufschreien der Verkehrsmaschinen die unmittelbare Androhung des Todes eingeschlossen ist. Auf dem Fischmarkt in Neapel, den ich nur mit großer Heiterkeit durchschreiten konnte, schien mir ein warmes *A* der vorherrschende Ton, von dessen Wirkung auf das Gemüt dasselbe gilt, was Goethe vom Scharlach sagt“ [JÜNGER 1987: 70].

[707] vgl. TOJAN 1952b: 66. Siehe auch SEDLÁČEK, K. & SYCHRA, A. 1963: 94 sowie TISCHER 1993: 244

[708] vgl. TOJAN 1962b: 65

[709] ULICH & MAYRING 1992: 165

den ermittelten parasprachlichen Zufriedenheitsindikatoren in Analogie zu den vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit kündenden Ausdruckselementen der Körperhaltung sowie der Mimik ausnahmslos der Charakter eines Zufriedenheitsindiz zugesprochen werden kann, sei an dieser Stelle ferner darauf hingewiesen, dass sich die empirische Ermittlung der aufgezeigten parasprachlichen Zufriedenheitshinweise im Kontrast zu den Zufriedenheitsindikatoren der Köperhaltung und der Mimik als ungleich tückischer erweist, da sie beständig mit dem Problem konfrontiert ist, haarfein zwischen den paralinguistischen und extralinguistischen Stimmelementen trennen zu müssen. Anders gesagt bedeutet dies, dass *bspw.* ein Interviewer, der den Zufriedenheitsgrad seiner Auskunftsperson anhand der voranstehend geschilderten limitierten parasprachlichen Zufriedenheitsindikatoren erfassen möchte, vor dem gordischen Knoten steht, die stimmlichen Äußerungen seines Gegenübers (z.B. Vokaldehnung) daraufhin einzuschätzen, ob sie nun situationsbedingter (paralinguistischer) oder vielmehr gewohnheitsmäßiger (extralinguistischer) Natur sind. Bemächtigen wir uns im Hinblick auf einen gangbaren Lösungsweg abermals der griechischen Metaphorik des gordischen Knotens, so müsste das Schwert, welches den Interviewer zur Durchtrennung der unentwirrbar anmutenden Knotenstruktur befähigen würde, aus sämtlichen Informationspartikeln über den gewöhnlichen Stimmausdruck der Untersuchungsperson geschmiedet worden sein. Lassen wir den in den vorausgehenden Zeilen angeschlagenen *änigmatischen* Sprachduktus beiseite, so kann das aufgezeigte Klassifikationsproblem der vokalen Parameter nur dadurch umgangen werden, indem der Interviewer Kenntnisse über die Gewohnheitsstimme des Interviewten erwirbt. Das skizzierte Bild eines Interviewers, der um die stimmlichen Gewohnheiten seines Gegenübers bestens Bescheid weis, ist jedoch eine idealtypische Konstruktion, welche *in praxi* nur äußerst selten anzutreffen ist, da sie einerseits eine längerfristige Beziehung zwischen den Interviewpartnern voraussetzt und andererseits unter rein methodischen Gesichtspunkten möglicherweise diversen Verzerrungseffekten Vorschub leistet. *Summa summarum* kann an dieser Stelle somit festgehalten werden, dass die aus dem phonetischen Wissenssteinbrüchen der Ausdruckspsychologie herausziselierten limitierten Zufriedenheitsindikatoren einer entspannt, melodisch, sonor und rhythmisiert klingenden Stimme mit mittlerer Grundfrequenz (F0) und Neigung zur Vokaldehnung aufgrund ihrer erschwerten empirischen Messbarkeit, die fortwährend zwischen der *Szylla* des paralinguistischen Fehlschlusses und der *Charybdis* des Verzerrungseffekts ossziliert, nur mit besonderer Vorsicht in den Indizienkatalog der nonverbalen Zufriedenheitserfassung aufzunehmen sind. Verharren wir noch einen Moment in der juristischen *resp.* kriminologischen Idiomatik, so kleiden die limitierten parasprachlichen Zufriedenheitsindikatoren die hinteren Rangplätze der Indizienliste aus.

Versuchen wir nun vermittels der aus dem Forschungsgebiet der Ausdruckspsychologie herausgefilterten Wissensbausteine die zweite der zu Beginn des vorliegenden Unterkapitels formulierten Fragestellungen, nämlich inwieweit die Ausdrucksregionen der Körperhaltung (gehen, sitzen, stehen), Gestik (Handbewegungen), Mimik (Unter- und Obergesicht) und Stimmqualität (Grundfrequenz etc.) signifikante Zufriedenheitsindikatoren aufweisen, abschließend zu beantworten, so kann die folgende Quintessenz *ad notam* genommen werden:

Wenngleich die im Rahmen unserer Expedition in die Forschungslandschaft der Ausdruckspsychologie zu Tage geförderten Erkenntnisse weniger zur Falsifikation als vielmehr zur Verifikation der zentralen Aussage Philipp MAYRINGS, demzufolge die Zufriedenheitsemotion „(…) kein typisches Ausdrucksverhalten (…)" aufweist, beigetragen haben, so erweisen sich unsere errungenen Einsichten jedoch keinesfalls bar jeglichen Erkenntniswertes, da sie sowohl zur qualitativen Verfeinerung als auch zur quantitativen Aufstockung der von MAYRING angeführten limitierten Zufriedenheitsindikatoren des leichten Lächelns und der entspannten Gesichtsmuskeln dienstbar gemacht werden können. Konkret formuliert bedeutet dies, dass neben den von MAYRING apostrophierten Ausdruckskriterien der entspannten Gesichtszüge und des leichten Lächelns – wobei das letztgenannte Kennzeichen durch die begriffliche Wendung des „leichten Duchnenschen-Lächelns" inhaltlich zu präzisieren ist – eine Vielzahl weiterer Ausdrucksphänomene, angefangen bei einer harmonisch-rhtymisierte Bewegungsganzheit die sich auf dem Fundament einer aufrechten Körperhaltung mittleren muskulären Spannungsgrades vollzieht, über die Merkmale des dezent über das Normalmaß gelupften Augenlides, des ruhigen, geradeaus gerichteten Blickes und der Pupillendilatation, bis hin zu den paralinguistischen Parametern einer entspannt, melodisch, sonor und rhythmisiert klingenden Stimme mit mittlerer Grundfrequenz (F0) sowie einer Neigung zur Vokaldehnung, existiert, denen allesamt die Fähigkeit zugesprochen werden kann, als so genannte limitierte Zufriedenheitsindikatoren – deren äußere Präsenz niemals als stichfester Beweis sondern ausschließlich als möglicher Hinweis auf eine innerliche Zufriedenheitsbeseeltheit gelesen darf – zu fungieren. Mit Nachdruck sei in diesem Zusammenhang wiederholt darauf hingewiesen, dass der den aufgelisteten limitierten Zufriedenheitsindikatoren anhaftende Indiziencharakter ausschließlich innerhalb einer holistischen Diagnostik des nonverbalen Ausdrucksgeschehens in einen Beweischarakter überführt werden kann. Ebenso möchte der Verfasser zum Abschluss unserer ausdruckspsychologischen Ausführungen nochmals dezidiert betonen, dass die im Zuge der unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten geführten Expedition in das obsolet anmutende Wissensgefilde der Ausdruckspsychologie gewonnenen Erkenntnisse – in Worten die limitierten Zufriedenheitsindikatoren – keineswegs einen hybrisartigen Anspruch auf Vollzähligkeit und Infallibilität einklagen, sondern sich eingedenk ihres unvollständigen und rein tentativen Wesens erst noch an der Erfahrung bewähren müssen. Nehmen wir das im vorausgehenden Satz abgesteckte empirische Fahrwasser auf, so kann an dieser Stelle schon einmal festgehalten werden, dass der wissenschaftliche Nährwert der ermittelten limitierten Zufriedenheitsindikatoren nach Ansicht des Autors vorrangig darin obliegt, sowohl der Zufriedenheitsforschung im Allgemeinen als auch der PZF im Speziellen zukünftig ein Operationalisierungs-Vademecum zur Verfügung stellen zu können, anhand dessen in Analogie zum Ausdruckstest des Instituts für Demoskopie in Allensbach ein Beobachtungsraster zur nonverbalen Zufriedenheitserfassung entwickelt werden kann. Ein derartiger »nonverbaler Zufriedenheitstest« könnte dann beispielsweise im Rahmen eines multimethodischen Erhebungsdesigns zur Überprüfung der externen Validität eingesetzt werden. Obzwar die Entwicklung eines solchen »nonverbaler Zufriedenheitstest« aufgrund der in den obigen Zeilen zuhauf genannten Forschungsdefizite der Ausdruckspsychologie noch in den Kinderschuhen steckt bzw. angesichts der bisherigen Abstinenz signifikanter Zufriedenheitsindikatoren nur von zweifelhafter Aussagefähigkeit zu sein scheint, hofft der Autor nichtsdestotrotz durch die ausführliche Bezugnahme auf die Ausdruckspsychologie, welche von der Zufriedenheitsforschung bis dato als eine Terra incognita behandelt wurde, einen ersten Grundstein dafür gelegt zu haben, dass die Erkenntnisse dieser Bindestrich-Psychologie in Zukunft stärker in den Diskurs der Zufriedenheitsforschung eingespeist werden. Versuchen wir nun abschließend die hoffnungsvollen Worte der vorausgehenden Zeilen in die metaphorisch gehaltvolle Sprache des Schachspiels zu übersetzten, so besteht der strategische Vorteil, den die Zufriedenheitsforschung durch die Indienstnahme der Ausdruckspsychologie erwarten kann, zwar nicht in der allzu wünschenswerten Umwandlung eines bislang sträflich vernachlässigten Bauern in eine zweite Dame, sondern eher in Form einer durch eine Rochade erworbenen Erweiterung der Zugoptionen des seit Anbeginn des Spiels in seinem randständigen Dasein verkümmernden Turmfigur. Verharren wir noch einen Moment in der Metapher des Schachspiels, so wäre es für eine progressive Entfaltung der Zufriedenheitsforschung vortrefflich, wenn sich eine Forschungspersönlichkeit,die in Analogie zu dem legendären Bobby Fischer – in persona der elfte Weltmeister der Schachgeschichte – über ein gleichermaßen virtuoses Turmspiel verfügt, in die gegenwärtige Figurenstellung des Zufriedenheitsspiels einschalten würde.

Nachdem wir nun die zweite der zu Beginn dieses Unterkapitels aufgeworfenen Fragen hinsichtlich des nonverbalen Ausdrucksgebarens der Zufriedenheitsbeseeltheit erschöpfend beantwortet haben, soll zum Ausklang unserer Erkundungsreise in die Wissensgefilde der Ausdrucks- und Emotionspsychologie nochmals die erste der eingangs notierten Fragestellungen, in Worten die Frage nach dem Emotionscharakter der Zufriedenheit, aufgegriffen und die im Zusammen-

hang mit der ersten Beantwortung dieser zentralen Frage bemühte emotionsbezogene Arbeitsdefinition von SCHMIDT-ATZERT, demzufolge „*eine Emotion (…) ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand [ist, T.K.], der mit Veränderungen auf einer der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck*“[710], um eine verhaltensbezogene (konative) Ebene ergänzt werden. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass mitsamt der nachfolgenden Ausführungen der Nachweis erbracht werden soll, dass der emotionale Zustand der Zufriedenheit nicht nur mit mehr oder minder signifikanten Veränderungen auf den Ebenen des subjektiven Empfindens, der physiologischen Prozesse und des nonverbalen Ausdrucksgeschehens einhergeht, sondern darüber hinaus auch auf der behavioralen Ebene eine spezifische Verhaltensgeneigtheit an den Tag legt.

Versuchen wir nun in einem ersten Schritt den unscharfen Begriff der Verhaltensgeneigtheit inhaltlich näher zu präzisieren, so kann das komplexe Spektrum menschlicher Verhaltenmöglichkeiten auf eine besondere Gattung, nämlich das hilfreiche zwischenmenschliche Verhalten, hin reduziert werden. Konkret gesagt soll nachfolgend unter Bezugnahme auf die Vermutungen zum zufriedenheitsspezifischen Raumempfinden sowie der empirisch abgesicherten Erkenntnisse zum Einfluss der Stimmung auf die Hilfsbereitschaft, der Beweis angetreten werden, dass der vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchpulste Mensch mit höher Wahrscheinlichkeit dazu tendiert, den in kleinen oder großen Misslagen befindlichen Mitmenschen adäquate Hilfe angedeihen zu lassen, als der *certibus paribus* in neutraler oder negativer Gemütsverfassung befindliche Mensch. Ehe im Folgenden die bereits im Rahmen der Ausführungen zum Ausdrucksgelände des Obergesichts geschilderten Effekte der Zufriedenheitsemotion auf das Raumerleben zur Unterfütterung der voranstehend aufgeworfenen Hypothese herangezogen werden sollen, sei vorab angemerkt, dass der Terminus der zwischenmenschlichen Hilfsbereitschaft nachstehend – in Anschluss an die Handhabung dieser Begrifflichkeit in den einschlägigen Schriften des bekanntesten deutschsprachigen Forschers zu diesem Untersuchungsgegenstandes namens Hans Werner BIERHOFF[711] – äquivalent zu den in diesem Zusammenhag nahezu inflationär gebrauchten Begrifflichkeiten des *altruistischen* und *prosozialen Verhaltens* verwandt wird.[712] Gemäß der BIERHOFFSCHEN Definition altruistischen Verhaltens werden wir im Rahmen unseres Untersuchungsganges das Verhalten eines Akteurs ausnahmslos dann mit Etikett „hilfreich“ versehen, „(…) *wenn er/sie die Absicht hat, einer konkreten Person eine Wohltat zu erweisen und der Akteur freiwillig handelt (und nicht im Rahmen der Aufgaben, die sich durch dienstliche Rollenverpflichtungen ergeben)*“[713].

Greifen wir nun zur argumentativen Untermauerung der aufgestellten Hypothese vorderhand auf unsere Überlegungen zum zufriedenheitsspezifischen Raumempfinden zurück, so scheint der zufriedene Menschen allein aufgrund der ihm zu attestierenden gedehnt-offenen Raumperzeption in viel stärkerem Maße für die aus seiner Umwelt abgesendeten Hilfsbedürftigkeitssignale empfänglich zu sein als *bspw.* ein von der Gemütsbewegung der Furcht beseelter Menschen, dessen empirischer und intelligibler Wahrnehmungsraum restlos auf den furchteinflössenden Schreckensreiz reduziert ist.[714]

---

[710] SCHMIDT-ATZERT 1996: 21

[711] vgl. BIERHOFF 1973, 1982, 1983, 1990, 1997 und 2002

[712] vgl. BIERHOFF 1997: 400

[713] BIERHOFF 1990: 9

[714] Ohne an dieser Stelle nun weiteres Beweismaterial zur Begründung der Annahme, dass die Zufriedenheitsemotion auf der Ebene des subjektiven Empfindens mit einer Vergrößerung des Wahrnehmungsraums einhergeht, akkumulieren zu wollen, so soll dem aufmerksamen Leser zur Exemplifikation des Stimmungseinflusses auf das Raumerleben jedoch keinesfalls die nachstehend wiedergegebenen Zeilen des Psychologen Kurt

Versuchen wir nun den postulierten Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und hilfreichem Verhalten, welcher durch den obig geleisteten Verweis auf die zufriedenheitsbedingte Dehnung des Wahrnehmungsraumes bisweilen noch auf eher tönernen Füßen steht, auf ein sicheres empirisches Fundament zu hieven, so findet sich maßgeblich in der sozialpsychologischen Forschungsliteratur ein vergleichsweise umfangreiches Datenmaterial zum Einfluss der Stimmung auf die Hilfsbereitschaft, welches augenscheinlich zur Erhärtung unserer Hypothese herangezogen werden kann, da die überwiegenden Studien zu dem Ergebnis gelangten, dass positiv gestimmte Menschen generell hilfsbereiter sind[715] als Menschen in neutraler oder negativer Stimmungslage.[716] Es sei jedoch schon einmal an dieser Stelle kurz angemerkt, dass die Aussagekraft dieser Studienergebnisse für die Zufriedenheitsforschung insofern begrenzt sind, als dass innerhalb dieser Untersuchungen nicht zwischen den einzelnen Wohlbefindlichkeitsemotionen differenziert wird.[717] Dies bedeutet, dass die Probanden dieser Studien ausschließlich in eine global positive bzw. global negative Stimmung versetzt wurden. Betrachten wir nun ungeachtet der limitierten Erkenntnisdienlichkeit den empirischen Entstehungsprozess dieser Forschungsergebnisse, so zeigt sich, dass sämtliche der exzerpierten Studien nach folgendem Schema aufgebaut sind: Zu Beginn der Studie werden die ausgewählten Untersuchungsteilnehmer mittels unterschiedlichster Techniken der Emotionsinduktion[718] entweder in eine positive, neutrale oder negative Stimmungslage manövriert. Dabei reichen die zur Induktion einer positiven Stimmung eingesetzten Verfahren von aufmunternden und lobenden Worten, denen sich die Probanden nach der Erfüllung einer beliebigen Aufgabe erfreuen dürfen[719], über die Verteilung von Keksen[720] und dem „zufälligen" Auffinden von kleineren Geldbeträgen[721] bis hin zur Vorführung schöner Diaaufnahmen[722], dem Vorlesen von Statements mit aufbauenden Gehalt[723] (so genannte Velten-Technik[724]) sowie dem verfassen eines kurzen Aufsatzes zu einem erheiternden Themengebiet.[725] Im Anschluss an die Emotionsinduktion wird die jeweilige Untersuchungsperson in nahezu allen Studien in eine zwischenmenschliche Situation hineinbugsiert, in der sie einer anderen Personen zumeist eine kleine Geste der Hilfsbereitschaft erweisen kann.[726] Signalisierte Hilfsbereitschaft kann z.B. darin bestehen, dass der Proband einem schwer bepacktem Mitmenschen die Tür aufhält[727], ihm beim aufheben eines Bu-

LEWINS vorenthalten werden, in denen LEWIN die von ihm als rund und offen erlebte Friedenslandschaft mit der begrenzten Kriegslandschaft vergleicht:: „Wenn man von der Etappe sich wieder der Front nähert, so erlebt man eine eigentümliche Umformung des Landschaftsbildes. Mag man auch schon weiter zurück hin und wieder auf zerstörte Häuser und andere Kriegsspuren gestoßen sein, so hatte man sich doch in gewissem Sinne in einer reinen Friedenslandschaft befunden: Die Gegend schien sich nach allen Seiten hin ungefähr gleichmäßig ins Unendliche zu erstrecken. (…) Nähert man sich jedoch der Frontzone, so gilt die Ausdehnung ins Unendliche nicht mehr unbedingt. Nach der Frontseite hin scheint die Gegend irgendwo aufzuhören; die Landschaft ist begrenzt" [LEWIN 1917: 441]

715 vgl. BIERHOFF 1997: 401; GIERL & BAMBAUER 2006: 8; SCHMIDT-ATZERT 1996: 185, 206, 215 und WEYANT 1978

716 vgl. BIERHOFF 1990: 135, 144 sowie SCHMIDT-ATZERT 1996: 215

717 vgl. BIERHOFF 1990: 128 und LÜCK 1975: 79

718 eine gute Übersicht über unterschiedliche Techniken der Emotionsinduktion findet sich sowohl bei BIERHOFF 1990: 132-134 als auch bei SCHMIDT-ATZERT 1996: 45-55

719 vgl. BERKOWITZ & CONNOR 1966 sowie ISEN 1970

720 vgl. ISEN & LEVIN 1972

721 vgl. BATESON et al. 1972; ISEN & LEVIN 1972 sowie LEVIN & ISEN 1975

722 vgl. DONNERSTEIN / DONNERSTEIN & MUNGER 1975. Es sei an dieser Stelle auf eine Studie von FREDRICKSON & LEVERSON (1998) verwiesen, in der Filmaufnahmen von seichten Wellenbewegungen zur Zufriedenheitsinduktion dienten (vgl. SELIGMAN 2005: 80). Kritisch muss allerdings in diesem Zusammenhang angemerkt werden, dass sich bei sämtlichen Methoden der Emotionsinduktion das Problem der Populationsvalidität, demnach die jeweils genutzte Induktionsmethode nicht bei allen Untersuchungsteilnehmern notwendigerweise die gewünschte Emotion hervorruft, stellt (vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 55).

723 vgl. BERKOWITZ 1976

724 siehe dazu grundlegend MECKLENBRÄUKER & HAGER 1986 sowie kritisch HESSE et al. 1992

725 vgl. BERKOWITZ 1976

726 vgl. GIERL & BAMBAUER 2006: 6

727 vgl. GIERL & BAMBAUER 2006: 6 und ISEN 1970

ches behilflich ist[728], seine Bereitschaft erklärt an einem Experiment teilzunehmen[729] oder sich an einer Spendenaktion entweder monetär[730] oder gar mit seinem roten Lebenssaft[731] beteiligt. Anhand einer simplen Strichlistenführung können die Forscher dann genau festhalten, in wie viel Prozent der Fälle die positiv gestimmten *resp.* die negativ gestimmten Probanden in der Hilfesituation ein angemessenes, d.h. prosoziales Verhalten zeigen.[732] Probieren wir nun die Fragen zu beantworten, warum gerade Menschen, die sich in einer allgemein positive Stimmung – worunter neben Freude, Heiterkeit und Glück auch die Gemütsverfassung der Zufriedenheit zu subsumieren ist – befinden, dazu prädisponiert sind, anderen Menschen in kniffeligen Situationen zur Hilfe zu eilen, so kursieren in der einschlägigen Literatur neben der Stimmungskongruenz-Hypothese[733] – der zufolge eine positive Stimmung jene Verhaltensweisen fördert, die mit der gegenwärtigen Stimmungslage übereinstimmen – und der Aufrechterhaltungs-Hypothese[734] – laut derer die freiwillige Hilfe zu einem so genannten „Helpers-High-Effekt“[735] führt, der zur Konservierung der augenblicklich positive Stimmung beiträgt – auch einige Erklärungsmodelle, die den Auswirkungen der Zufriedenheitsemotion auf den Ebenen des subjektiven Empfindens und des Ausdrucksgeschehens recht nahe stehen. So gelangte *verbi causa* SCHMIDT-ATZERT – in Analogie zu unserer obig ausgekleideten Vermutung, dass sich die Raumwahrnehmung im emotionalen Zustand der Zufriedenheit ausdehnt – zu der Einsicht, dass sich „(…) in guter Stimmung (…) sozusagen der Blick [weitet, T.K.] (…)“[736]. Darüber hinaus finden weitere indirekte Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen positiver Stimmung und Hilfsbereitschaft, wie zum Beispiel der von FORGAS beschriebene Effekt der positiveren Selbstwahrnehmung in positiven Stimmungslagen[737] oder die im Rahmen der Selbstaufmerksamkeitsforschung mehrfach belegte Zunahme der

---

[728] vgl. BATESON et al. 1979; GIERL & BAMBAUER 2006: 6; ISEN 1970 sowie ISEN & LEVIN 1972

[729] vgl. BATESON et al. 1979; BERKOWITZ 1987; DONNERSTEIN / DONNERSTEIN & MUNGER 1975; GIERL & BAMBAUER 2006: 6 sowie ISEN & LEVIN 1972

[730] vgl. ISEN / HORN & ROSENHAN 1973; ROSENHAN / UNDERWOOD & MOORE 1974 sowie UNDERWOOD et al. 1977

[731] vgl. DARLINGTON & MACKER 1966; MANUCIA / BAUMANN & CIALDINI 1984 und SCHMIDT-ATZERT 1996: 206

[732] *Pars pro toto* seien in diesem Zusammenhang zur Verdeutlichung des enormen Einflusseffekts der Stimmung auf das Hilfeverhalten die Untersuchungsergebnisse einer Studie von ISEN & LEVIN aus dem Jahre 1972 referiert: Neben einer neutral gestimmten Kontrollgruppe versetzte das Autorenduo die Untersuchungsteilnehmer der Experimentalgruppe durch das auffinden einer 10-Cent-Münze in einer Telefonzelle in eine positive Stimmung. Nachdem die positiven bzw. neutral gestimmten Probanden die Telefonzelle verließen, wurden sie mit der Situation konfrontiert, dass der selbstredend verdeckt arbeitende Untersuchungsleiter eine Vielzahl loser Blätter zu Boden fallen ließ. Blicken wir an dieser Stelle einmal großzügig über die methodisch durchaus anfechtbaren Untersuchungsbedingungen dieses nonreaktiven Forschungsansatzes hinweg, so führte das geschilderte Feldexperiment zu dem Ergebnis, dass vierzehn von insgesamt sechzehn Personen, die ein Geldstück gefunden hatten, beim Aufheben der Papiere half; wohingegen in der neutral gestimmten Kontrollgruppe nur einer von fünfundzwanzig Personen dem Untersuchungsleiter beim Auflesen der Blätter zur Hand ging (vgl. ISEN & LEVIN 1972).

[733] vgl. BIERHOFF 1990: 129-132

[734] vgl. SCHMIDT-ATZERT 1996: 206 und SINGER 1995. Der Leser sei in diesem Zusammenhang auf den historisch interessanten Sachverhalt verwiesen, dass der Philosoph Johann Gottlieb FICHTE bereits in seiner im Jahre 1796 verfassten Schrift »*Grundlagen des Naturrechts nach Prinzipien der Wissenschaftslehre*« von dem zufriedenheitsgebärenden Effekt der sorgenden Anteilnahme am Leben des Mitmenschen bzw. – pointiert formuliert – am Leben des jeweiligen Ehepartner wusste. „(…) nur in der Zufriedenheit des anderen“ – so führt FICHTE mit kraftvollen Worten aus – „findet jeder die seinige“ [FICHTE 1960: 314].

[735] vgl. ERNST 1990: 25; Ders. 1992: 110-114; KOHN 1989a&b; LUKS 1989; Dies. 1999 sowie LUKS & PAYNE 1998 und 2002; LYUBOMIRSKY 2008: 139ff.; PILIAVIN 2003 sowie SCHWARTZ & SENDOR 1999

[736] SCHMIDT-ATZERT 1996: 197. „Wenn wir in einer guten Stimmung sind“ – so fasst Martin E.P. SELIGMAN die zentralen Ergebnisse der Emotionstheorie von Barbara FREDERICKSON (1998, 2001) zusammen – „weitet sich – im Gegensatz zu den Einschränkungen durch negative Emotionen – unserer geistiger Horizont, wir sind tolerant und kreativ. Wir sind offen für neue Ideen und neue Erfahrungen“ [SELIGMAN 2005: 70]. Zur Unterfütterung und Veranschaulichung der voranstehend formulierten These, der zufolge positive Emotionen zu einer Weitung des 'Blickfeldes' führen, möchte ich nachstehend in knappen Worten eine klassische Studie von ISEN / DAUBMAN & NOWICKI (1987) darstellen, die äußerst eindrucksvoll den obig niedergeschriebenen Zusammenhang zwischen positiven Stimmungen und Problemlösungskreativität beweist. In ihrer Studie versetzte das bereits genannte Forschertrio zunächst die an der Untersuchung teilnehmenden Studenten vermittels unterschiedlicher Emotionsinduktionsmethoden entweder in eine positive (Gruppe A; n=12) oder eine neutrale Stimmungslage (Gruppe B; n=15). Im Anschluss an die erfolgreiche Emotionsinduktion bekamen die beiden Gruppen dann die so genannte ‚*Dunkersche Kerzenaufgabe*' gestellt. Diese Aufgabe – deren Name auf ihren Entwickler Karl DUNCKER (1935) zurückreicht – bestand darin, drei vorgegebenen Arbeitsmaterialien in Gestalt einer Kerze, einer Streichholzschachtel sowie einer Packung Reißnägel derart miteinander zu verbinden, dass die Kerze zu guter letzt senkrecht an einer Pinnwand angebracht werden kann. Betrachtet man nun die Ergebnisse, so zeigt sich, dass insgesamt 75% der positiv gestimmten Studenten die ‚*Dunkersche Kerzenaufgabe*' – deren Schwierigkeit aus der *funktionalen Gebundenheit* unserer Denkens angesichts vertrauter Alltagsgegenstände resultiert (vgl. DUNCKER 1935) – lösen konnten, währenddessen es in der neutral Gestimmten Kontrollgruppe nur rund 20% der Studierenden schafften (vgl. ISEN / DAUBMAN & NOWICKI 1987).

[737] vgl. FORGAS 1987: 31-32

Flexibilisierung des Aufmerksamkeitsstrahls in positiver Gemütsverfassung[738], ihre Entsprechung in den bereits ausführlich beschriebenen Auswirkungen der Zufriedenheitsemotion auf das subjektive Gefühlsempfinden, welches ja unter anderem dadurch gekennzeichnet ist, dass der zufriedene Mensch ein stärkeres Vertrauen in sich selbst sowie seine Mit- und Umwelt offenbart, dass er zumeist ein erhöhtes Selbstbewusstsein sein eigenen nennen darf sowie dass er aufgrund seines ungerichteten Aufmerksamkeitsstrahls *resp.* seiner unmittelbaren Sorgeenthobenheit eine – mit dem Psychiater Klaus DÖRNER gesprochen – ausgeprägte „passive Sorgeempfänglichkeit für die fremde Sorge“[739] aufweist. Nachdem wir nun unter Bezugnahme auf den Forschungsdiskurs zum prosozialen Verhalten den Beweis erbringen konnten, dass der emotionale Zustand der Zufriedenheit nicht nur auf den von SCHMIDT-ATZERT inaugurierten Ebenen des subjektiven Empfindens, der köperlichen Prozesse sowie des nonverbalen Ausdrucksgeschehens zu mehr oder minder signifikanten Veränderungen führt, sondern darüber hinaus auch auf der so genannten konativen Ebene eine spezifische Geneigtheit zum hilfreichen Verhalten zur Schau trägt, möchte der Autor die Ausführungen zu diesem Themenkomplex mit dem Hinweis abschließen, dass das der Zufriedenheitsemotion diametral gegenüberstehende Gegenwartsphänomen des Burnouts – welches den Gipfel einer Unzufriedenheitskarriere darstellt – in zwischenmenschlichen Hilfsbeziehungen vornehmlich durch einen Entsubjektivierungsprozess charakterisiert ist[740], indessen Kielwasser Hilfe in Nichthilfe umschlägt.

Versuchen wir nun in den nachfolgenden Zeilen aus der Vielzahl der im Rahmen dieses umfangreichen Unterkapitels zusammengetragenen Wissensbausteine die unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten zentrale Erkenntnisessenz herauszudestillieren, so beruht die nach Ansicht des Autors bedeutendste Erkenntnis der vorausgehend geleisteten Forschungsarbeit in der Einsicht, dass die Zufriedenheit als eine spezifische *Wohlbehaglichkeitsemotion* verstanden werden kann, die mit mehr oder minder signifikanten Veränderungen auf den Ebenen des subjektiven Gefühlsempfindens, der Physiologie, des Ausdrucksgebarens sowie der Verhaltensgeneigtheit einhergeht. Wie aus dem Folgenden Schaubild, dass die grundlegenden Erkenntnisse dieses Unterkapitels nochmals in komprimierter Form veranschaulichen soll, unschwer entnommen werden kann, ist es uns auch im Rahmen unserer Forschungsreise in die Gefilde der Emotions- und Ausdruckspsychologie nicht gelungen, den Geneseprozesses der Zufriedenheitsemotion näher zu erhellen. Es bleibt jedoch zu hoffen, dass die nachstehend zu verhandelnden psychologischen Forschungsarbeiten zum Konstrukt des »*subjektiven Wohlbefindens*« einige aufschlussreiche Antworten sowohl auf die Fragestellung *„Wie kommt eigentlich der emotionale Zustand der Zufriedenheit zustande?“* als auch auf die nach wie vor offene Frage nach den zentralen Merkmalen, anhand derer die Konstrukte ‚Glück’ und ‚Zufriedenheit’ sauber voneinander abgegrenzt werden können, zu erhalten.

---

[738] siehe dazu insbesondere die Arbeiten von HOYER 1996 sowie 2000a-c

[739] DÖRNER 2001

[740] vgl. BERGNER 2006: 32 und SOSNOWSKY 2007: 129. Ferner sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass das multidimensionale Konstrukt *Burnout* im Rahmen des nach wie vor als quantitatives Standardinstrument zur empirischen Burnout-Erfassung dienenden *»Maslach Burnout Inventory«* (MBI) von MASLACH & JACKSON (1981) vermittels der Indikatoren (I) *‚Emotionale Erschöpfung’*, (II) *‚Depersonalisation’* (Entmenschlichung) sowie (III) *‚reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit’* operationalisiert wird (siehe dazu auch die deutsche Fassung des MBI von BÜSSING & PERRAR 1992).

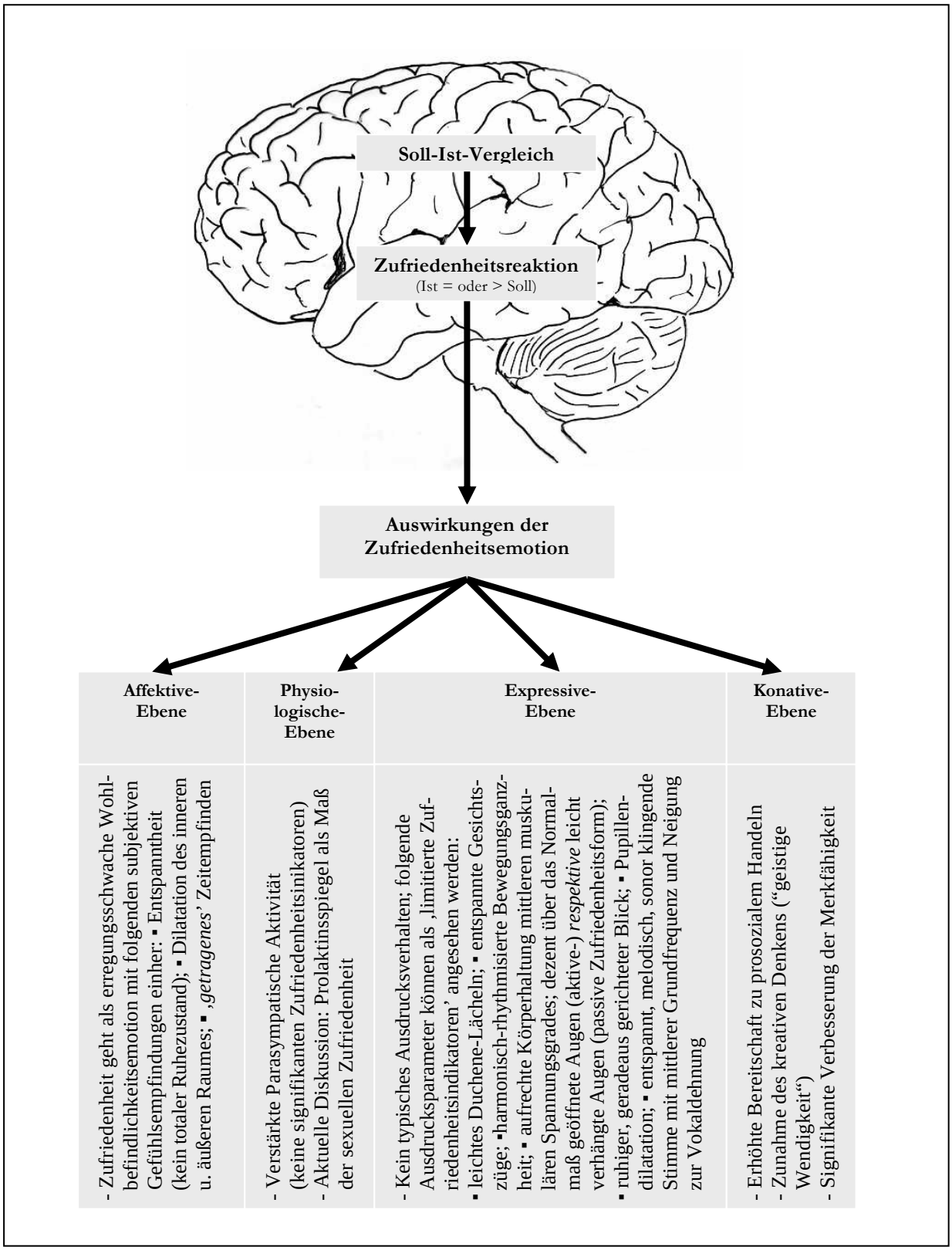


Abb. 19.: Zufriedenheitsentstehungs- und -auswirkungsmodell[741] [742]

[741] Da zur Veranschaulichung des Zufriedenheitsbildungs- und reaktionsprozesses in dem obigen Schaubild eine grobe anatomische Skizze der menschlichen Gehirnstruktur aufgenommen wurde, möchte der Autor im Rahmen dieser Fußnote nachstehend in knappen Worten den gegenwärtigen neurobiologischen Erkenntnisstand hinsichtlich der für die Genese von Zufriedenheitsgefühlen zuständigen Gehirnarsenale nachzeichnen. Durchmustert man nun die spezifische Forschungsliteratur zur '*neurophysilogischen Biologie der Zufriedenheit*' (siehe dazu insbesondere die Studien von DAVIDSON 1992; DAVIDSON et al. 1992a&b sowie 2004 als auch die Übersichtsarbeiten von HATMANN et al. 2002, BERNS 2006 und ERNST 2006) so gilt es einerseits als hinreichend belegt, dass der präfrontale Cortex bei allgemein positiv getönten Emotionen eine verstärkte Aktivierung aufweist und das sich andererseits die Hinweise verdichten, dass der untere Teil des Striatums, namentlich der so genannte '*Nucleus accumbens*', möglicherweise als neurophysiologische Geburtsstätte der Zufriedenheit fungiert.

[742] Aus Gründen der Textstraffung soll an dieser Stelle nur *in nuce* auf das innerhalb des Schaubildes unter der Rubrik '*affektive Auswirkungen der Zufriedenheitsemotion*' verbuchte Phänomen der '*getragenen Zeitempfindung*' eingegangen werden. Konkret formuliert bedeutet dies, dass der Verfasser im

2.6.7 Das Konstrukt »*Zufriedenheit*« im Rahmen der Wohlbefindendheitsforschung

Nachdem wir uns in den voranstehenden Unterkapiteln nun ausführlichst mit der Karriere des Zufriedenheitsbegriffs in den unterschiedlichsten psychologischen Schul- und Forschungsrichtungen beschäftigt haben, wobei das Hauptaugenmerk auf die Aussagen zur Enitität und Genese der Zufriedenheit gelegt wurde, soll nachfolgend der Versuch unternommen werden, anhand der umfangreichen empirischen Literatur zu den artverwandten Themenkomplexen »*Lebensqualität*«, »*subjektives Wohlbefinden*«, »*Lebenszufriedenheit*« sowie »*gesundheitsbezogene Lebensqualität*« insbesondere zu einer dezidierten Abgrenzung der in der nationalen wie internationalen Forschung zuhauf synonym verwandten Konstrukte »*Zufriedenheit*« und »*Glück*« zu gelangen.[743] Bevor wir zur Realisierung dieses definitorischen Untersuchungsvorhabens genauer auf den von Philipp MAYRING konzipierten »*Vier-Faktoren-Ansatz des Subjektiven Wohlbefindens*«[744] eingehen, sollen eingangs noch in knapper Form die historischen Entwicklungslinien nachgezeichnet werden, welche dazu geführt haben, dass sich die obig genannten Themengebiete derzeit – ihrer mangelhaften begrifflichen Abgrenzung zum Trotz – einer so hohen Popularität erfreuen. Die nachfolgenden Ausführungen zur Diskursgeschichte sind dabei vom Verfasser primär mit der Intention niedergeschrieben worden, dem Leser einerseits ein historisches Gespür für die empirische Ermittlung der Zufriedenheit, die innerhalb der Gerontopsychologie sowie der Sozialindikatorenforschung immerhin bis in die Anfänge der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zurückreicht, zu vermitteln, sowie andererseits eine konzeptionelle Diskursübersicht zu entwickeln, auf deren Grundlage sich Mittels des im weiteren

---

Folgenden einige Argumente anführen wird, welche die Annahme eines '*getragenen Zeitempfindens*' im Zustande der emotionalen Zufriedenheitsbeseeltheit stützen. Vorab sei jedoch mit Nachdruck auf dem Umstand hingewiesen, dass die nachfolgenden Ausführungen ausschließlich hypothetischen Charakter besitzen, da sich die insgesamt spärlich ausnehmenden Forschungsarbeiten zum subjektiven Zeiterleben im Rahmen unterschiedlicher emotionaler Gemütsverfassungen *bis dato* vornämlich mit den Modifikationen des subjektiven Zeitempfindens innerhalb pathologischer Affektzustände (siehe zum Zeiterleben in schizophrenen Psychosen insbesondere CIOMPI 1961 & 1988; FISCHER 1929 & 1930; HANNIBAL 1960 und TELLBACH 1990; bezüglich des Zeitempfindens innerhalb depressiver Erkrankungen allen voran GEBSATTEL 1954; MUNDT 1998 und STRAUS 1960; zur subjektiven Zeitwahrnehmung innerhalb drogeninduzierter Rauschzustände die mitunter äußert bizarren Berichte von BERINGER 1927; COCTEAU 1998; HUXLEY 1994; JÜNGER 2008 und VESPER 2003) sowie erregungsintensiven Wohlbehaglichkeitsemotionen (hinsichtlich der Zeitperzeption in Momenten des Glücks siehe sowohl die Schilderungen bei BOLLNOW 1983: 93; Ders. 1988: 163ff. als auch bei CSIKSZENTMIHALYI 2006) beschäftigt haben. Nehmen wir nun zur Ergründung des besonderen Zeiterlebens innerhalb der Gemütsverfassung der Zufriedenheit auf die in der spezifischen Literatur geläufige Metapher vom "*Fluss der Zeit*" (vgl. z.B. STRAUS 1960: 126) Bezug, so kann in einem ersten Schritt anhand der obig aufgelisteten Literatur *ad notam* genommen werden, dass der subjektive Zeitfluss *respektive* Zeitstrom einerseits im Rahmen von Unbehaglichkeitsemotionen (z.B. Trauer, Langeweile) als *massiv entschleunigt* (träger, zähflüssiger Zeitfluss; Zeit wird zum unangenehmen Gegenstand der Reflexion) und andererseits vor dem Hintergrund erregungsintensiver Wohlbehaglichkeitsemotionen (insbesondere Glücks- bzw. Flowerfahrungen) als *enorm beschleunigt* („die Zeit vergeht wie im Fluge"; der Glückliche klammert die Zeit aus seinem Erfahrungshorizont aus; laut BOLLNOW „(…) vergisst [der Glückliche, T.K.] die Zeit und lebt insofern in einem Zustand der Zeitlosigkeit" [BOLLNOW 1988: 176]) erlebt wird. Entgegen der Annahme BOLLNOWS, dass die Zeit innerhalb der Zufriedenheitsbeseeltheit genauso wahrgenommen bzw. pointiert formuliert nicht wahrgenommen wird wie im Zustande des Glücksempfindens (vgl. BOLLNOW 1988: 172), sprechen meines Erachtens die innerhalb des vorliegenden Kapitels herausgearbeiteten Erkenntnisse zur Entität und Genese der Zufriedenheitsemotion – insbesondere das ihr zuzurechnende geringe Erregungspotential sowie die ihr notwendigerweise *ex ante* zugrunde liegende Reflexionsleistung (Soll-Ist-Abgleich) – weniger für ein gänzlich enthobenes *respektive* aufgelöstes-, als vielmehr für ein getragenes Zeitbewusstsein. Versuchen wir nun diese Annahme anhand der Metapher vom "*Fluss der Zeit*" zu verdeutlichen, so zeigt sich, dass das Floss des vom emotionalen Zustand der Zufriedenheit durchpulsten Menschen von dem Fluss namens Zeit, weder, wie es bei beispielsweise in Gefühlsverfassungen der Trauer und Langeweile der Fall wäre, allzu schleppend und bleiern, noch, wie es *exempli causa* der Vorherrschaft von Glücksgefühlen zu eigen wäre, allzu geschwind und rasant, aufgenommen wird, sondern von einer gleichmäßig-ruhigen Flussgeschwindigkeit in Empfang genommen wird, die es dem vom Fluss sorglos-getragenen Bootseigner ermöglicht, die Zeithorizonte der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – welche innerhalb des Gleichnisses durch das zurückliegende, vorliegende und kommende Fahrwasser verkörpert werden – unbeschwert zu überblicken.

[743] Als unrühmliche, zeitnahe Beispiele für eine unzureichende Abgrenzung der Konstrukte ‚Glück' und ‚Zufriedenheit' erweisen sich insbesondere die populärwissenschaftlichen Bestseller von Stefan KLEIN (2003), Richard LAYRAD (2005), Mathias BINSWANGER (2006) und Sonja LYUBOMIRSKY (2008). Während sowohl LAYRAD in seinem Buch »*Die Glückliche Gesellschaft*« als auch BINSWANGER und LYUBOMIRSKY in ihren Schriften »*Die Tretmühlen des Glücks*« sowie »*Glücklich sein*« erst gar nicht den Versuch unternehmen die beiden Konstrukte ‚Glück' und ‚Zufriedenheit' inhaltlich voneinander zu trennen (vgl. LAYARD 2005: 43, 46; BINSWANGER 2006: 20, 25 und LYUBOMIRSKY 2008: 42), so kann ihrem Kollegen Stefan KLEIN wenigstens das Bemühen zugute gehalten werden, die zur Disposition stehenden Konstrukte mit unterschiedlichen Bedeutungsgehalten auszustaffieren. Wie der nachstehend wiedergegebene Passus aus dem Buch »*Die Glücksformel*« allerdings beweist, scheitert der von KLEIN vorgenommene Abgrenzungsversuch daran, dass er die Zufriedenheit gewissermaßen als retrospektives Glücksmaß verstanden wissen möchte: „Wenn wir unser Leben beurteilen, machen wir sehr oft den Fehler, Zufriedenheit mit Glück zu verwechseln. Was ist der Unterschied? Glück erleben wir im selben Moment, indem wir eine Erfahrung machen. Glück gibt es also nur in der Gegenwart. Zufriedenheit ist das, was wir davon im Kopf behalten, entsteht also in der Rückschau. Glück verhält sich zur Zufriedenheit wie ein Kinofilm zu einer Filmkritik, die in wenigen Wochen ein Urteil über den Streifen abgibt" [KLEIN 2003: 222].

[744] vgl. MAYRING 1987: 371, 367 sowie Ders. 199b: 53

Kapitelverlaufs darzustellenden Vier-Faktoren-Ansatzes von MAYRING die einzelnen Konstrukte voneinander separieren lassen.

Bemüht man sich die historischen Wurzeln der gegenwärtig von vielerlei Mündern schlagwortartig bedienten Konstrukte der »*Lebensqualität*«, des »*subjektives Wohlbefinden*« sowie der »*Lebenszufriedenheit*« freizulegen, so stößt man in Gestalt der Gerontopsychologie, der Sozialindikatorenforschung und der Gesundheitspsychologie auf insgesamt drei Forschungsgebiete, in denen die voranstehend notierten Konstrukte seit geraumer Zeit intensiv diskutiert werden.

Die Gerontopsycholgie befasst sich bereits seit Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts mit der empirischen Erfassung der Lebenszufriedenheit alter Menschen, da gemäß der Theorie des »*erfolgreichen Alters*«[745] eine hohe Lebenszufriedenheit als bester Indikator für einen gelungenen Anpassungsprozess an die mit dem fortgeschrittenen Alter einhergehenden gewandelten Lebensumstände angesehen werden kann.[746] Zur empirischen Messung der Lebenszufriedenheit – die laut FERRING & FILIPP „(…) eine der populärsten Kriteriumsvariablen innerhalb der gerontologischen Forschung (…)“[747] darstellt – nutzte die Gerontopsychologie *bis dato* vorwiegend standardisierte Fragebögen, als deren bekanntester der von WIENDIECK 1970[748] ins deutsche übersetzte »*Life-Satisfaction-Index*« von NEUGARTEN et al.[749] angesehen werden kann. Weitere in mehr oder minder unmittelbarer Reaktion auf das Instrument von WIENDIECK entwickelte Fragebögen – wie z.B. der »*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*« von CLOSS & KEMPE[750]– knüpfen ungeachtet ihrer methodischen Neuerungen insofern direkt an den WIENDIECKSCHEN Ansatz an, als dass sie ausnahmslos durch eine unzureichende theoretische Konturierung des Zufriedenheitsbegriffs gekennzeichnet sind.[751] Zieht man hingegen – da sowohl in dem Aufsatz von WIENDIECK als auch in dem von CLOSS & KEMPE keine klaren Aussagen zur Entität und Genese der Zufriedenheit getroffen werden – die den obig aufgeführten Instrumenten zugrunde liegende Itemstruktur zur Zufriedenheitsbestimmung heran, so lässt sich erkennen, dass die Autoren unter dem Konstrukt »*Lebenszufriedenheit*« vorrangig einen Gemütszustand verstehen, der sich anlässlich einer positiven Bilanzierung zwischen Lebenserwartungen und Erwartungserfüllungen (Soll-Ist-Abgleich) einstellt. Entsprechend findet sich *bspw.* in der deutschen Version des »*Life-Satisfaction-Index*« folgende Items: (Nr.16) »*Wenn ich an mein Leben zurückdenke, so habe ich nur wenig von dem erreicht, was ich erstrebte*« – sowie – (Nr. 18) »*Ich habe viel von dem erreicht, was ich vom Leben erwartet hatte*«[752]. Ehe wir uns nun in den nachstehenden Zeilen mit dem zweiten, aus der Perspektive der Zufriedenheitsforschung, historisch interessanten Ansatz – namentlich der Gesundheitspsychologie – befassen werden, sei abschließend angemerkt, dass sich die gerontopsychologische Lebenszufrie-

---

[745] vgl. BALTES & BALTES 1989, 1990

[746] vgl. ADAMS 1969; 1971; BASLER & KEIL 2002; DALBER 1992; ERLEMEIER 1980; HEINECKEN & SPÄTH 1980; KUHLMEY 2002; SCHADE 2002 und THOMAE 1979, 1983, 1984, 1985, 1988 und 2000

[747] FERRING & FILIPP 1997: 83. Siehe auch FERRING / FILIPP & SCHMIDT 1996: 141

[748] vgl. WIENDIECK 1970. Siehe darüber hinaus die kritischen Schriften zum *LSI* von HOYT & CREECH 1983; LIANG 1984 und SCHREINER & HEEMSKERK 1972, die in ihren Replikationsstudien allesamt zu unterschiedlichen Faktorenstrukturen kamen.

[749] vgl. NEUGARTEN / HAVIGHURST & TOBIN 1961

[750] vgl. CLOSS & KEMPE 1986

[751] Eine absolute Ausnahme zum damaligen Forschungszeitpunkt bildete die von LÖHR & WALTER postulierte Zufriedenheitsdefinition, welche sie ihrer im Jahre 1974 entwickelte *LZ-Skala* zugrunde legten. So definierte das Autorenduo „Zufriedenheit (…) als die subjektive Bewertung von Situationen hinsichtlich der Realisierbarkeit intendierter Zustände“ [LÖHR & WALTER 1974: 83]. Und weiter: „Unter „Lebenszufriedenheit“ sei nun die von einer Person getroffene Bewertung ihrer gegenwärtigen Gesamtsituation hinsichtlich aller von ihr als relevant erachteten Befriedigungsmöglichkeiten zu verstehen“ [ebenda: 84]. Inwiefern dieser Lebenszufriedenheitsdefinition einen Anspruch auf Gültigkeit zukommt, kann an dieser Stelle vernachlässigt werden. Als bedeutsam ist einzig und allein der Tatbestand festzuhalten, dass sich einige wenige Autoren bereits in der Frühzeit der gerontologischen Lebenszufriedenheitsforschung um die inhaltliche Ausstaffierung ihres Forschungskonstruktes bemühten.

[752] WIENDIECK 1970: 217

denheitsforschung von einer derart theorieblinden, rein an operationalen Gesichtspunkten orientierten Definition des Konstrukts Zufriedenheit, wie wir sie in den Arbeiten von WIENDIECK plus CLOSS & KEMPE aufgespürt haben, erst in Form der von FERRING / FILIPP & SCHMIDT im Jahre 1996 angefertigten »*Skala zur Lebensbewertung*«[753] dezidiert verabschiedet hat, da FERRING und Mitarbeiter das Konstrukt Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente (Soll-Ist-Abgleich) unter das übergeordnete Konstrukts »subjektives Wohlbefinden« subsumierten.[754]

Obzwar die Sozialindikatorenforschung diskursgeschichtlich älteren Datums ist und unter chronologischen Aspekten folgerichtig an dieser Stelle eigentlich näher beleuchtet werden müsste, werde wir im Folgenden aus heuristischen Gründen zuerst versuchen den Stellenwert und die Bedeutung des Konstrukts Zufriedenheit innerhalb der Gesundheitspsychologie nachzuzeichnen.

In der Gesundheitspsychologie findet das Konstrukt (Lebens-) Zufriedenheit insbesondere infolge der Verabschiedung des umfassenden Gesundheitsbegriffs durch die WHO[755], des kontinuierlichen Anstiegs chronischer Erkrankungen[756], der verbreiteten Skepsis gegenüber klassischen klinischen Beurteilungsmaßstäben[757] sowie des bisweilen unzureichenden Katalogs an subjektiven Informationskriterien zu Therapieentscheidungsprozessen seit Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts unter dem Banner der »*gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung*«[758] eine verstärkte empirische Berücksichtigung. Simplifiziert formuliert versucht die Forschung zum Thema »*gesundheitsbezogene Lebensqualität*« mittels des Methodenspektrums der empirischen Sozialforschung zu ergründen, wie (chronisch) erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv einschätzen und erleben. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können dann, je nach zugrunde gelegter Untersuchungspopulation, *bspw.* zur gesundheitspolitischen Steuerung oder informierten Therapieentscheidung genutzt werden. Der neuralgische Punkt der »*gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung*« besteht nun darin, dass *bis dato* keine befriedigende nominale Definition des Begriffs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorliegt, so dass der Begriff *in praxi* ausschließlich operational definiert wird.[759] Zwar hat sich laut BULLINGER in der Forschung der Konsens weitestgehend durchgesetzt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt anzusehen ist, welches sowohl „(…) körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten (…) beinhaltet“[760], doch kann dieser Sachverhalt nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine glasklare inhaltliche Abgrenzung zu den verwandten Konstrukten des subjektiven Wohlbefindens sowie der Lebenszufriedenheit im Rahmen der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung bisher nicht stattgefunden hat.[761]

---

[753] vgl. FERRING / FILIPP & SCHMIDT 1996

[754] Lebenszufriedenheit wird von diesem Autorentrio somit „(…) als Ergebnis eines Urteilsprozesses gefasst, in den Bewertungen der eigenen Person und des eigenen Lebens einfließen. Dabei wird angenommen, dass Menschen einen individuellen Standard konstruieren, den sie für sich als angemessen wahrnehmen und anhand dessen sie ihre aktuelle Lebenslage bewerten“ [ebenda: 141-142].

[755] vgl. FAHRENBERG et al. 1986: 348; DAIG & LEHMANN 2007: 5 sowie STOSBERG 1994: 108

[756] vgl. DAIG & LEHMANN 2007: 6

[757] vgl. BULLINGER 2002: 308

[758] siehe zum Konstrukt der »*gesundheitsbezogenen Lebensqualität*« – welches in der fachspezifischen Literatur sowohl unter dem nahe liegenden Akronym '*gLQ*' als auch unter dem englischen Kürzel '*HrQoL*', dass für Health-related Quality of Life steht, verhandelt wird – und deren empirischer Erforschung insbesondere die Artikel von BÜCHI & SCHEUER 2004; BULLINGER 1988, 1997 und 2002; BULLINGER et al. 1993 und 1995 sowie DAIG & LEHMANN 2007 und RADOSCHEWSKI 2000.

[759] vgl. BULLINGER 2002: 311 sowie DAIG & LEHMANN 2007: 6

[760] BULLINGER 2002: 311

[761] Zur weiteren Illustration der beinahe anarchistisch anmutenden Begriffs- *respektive* Konstruktvermischungen innerhalb der empirischen Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung sei der Leser auf die tabellarische Abbildung gängiger deutschsprachiger Instrumen-

Nachdem die voranstehende Aufarbeitung der historischen Handhabung des Konstrukts (Lebens-) Zufriedenheit in den Diskursen der Gerontopsychologie und der Gesundheitspsychologie sowohl hinsichtlich einer genauen inhaltlichen Umreißung des Zufriedenheitsbegriffs als auch in Bezug auf eine klare Abgrenzung der Zufriedenheit von verwandten Konstrukten wie Wohlbefinden, Glück und Lebensqualität *in globo* nicht von Erfolg gekrönt war, wenden wir uns zur Beantwortung dieser Ungewissheiten abschließend der sozialwissenschaftlichen Sozialindikatorenforschung samt der darin zum Vorschein kommenden Konzepte der »*Lebensqualität*« und des »*subjektiven Wohlbefindens*« zu. Wurde der Wohlstand einer Gesellschaft bis in die 60er des 20. Jahrhunderts maßgeblich über ökonomische Parameter – insbesondere in Gestalt des „*realen Bruttosozialproduktszuwachses*“[762] – definiert, so zeichnete sich in Deutschland seit Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ein Trend dahingehend ab, neben den rein monetär-materiellen Variablen vermehrt auch soziale Indikatoren (z.B. Bildungsstandards, Gesundheitsniveau, Kriminalitätsaufkommen, Wohnraum, Erwerbslage usw.) als zentrale Wohlfahrtskriterien zu berücksichtigen.[763] Lanciert wurde dieser Richtungswechsel, welcher von Helmut SWOBODA mit der griffigen Formel »*Vom Wohlstand zum Wohlbefinden*«[764] versehen wurde, hauptsächlich durch die politische Inauguration des Begriffs der Lebensqualität, der über den rein materiellen Wohlstandsbegriff hinausreicht und sich nachdrücklich für die Berücksichtigung des subjektiven Sich-Wohl-Fühlens der Bürger als zentralen Wohlstandsindikator stark macht.[765] Entsprechend hat sich laut Wolfgang GLATZER im Rahmen der Lebensqualitätsforschung „(…) weitestgehend die Meinung durchgesetzt, dass für die Beurteilung von Lebensqualität weder objektive noch subjektive Komponenten alleine ausreichen. Erst die Kenntnis der Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden ermöglicht eine angemessene Beurteilung von Lebensqualität“[766]. Anschlussfähig an das Zitat von GLATZER kann das Konstrukt »*Lebensqualität*« folglich als ein eine Art Metakonstrukt beschrieben werden, welches sich aus den zwei Subkonstrukten der »*objektiven Lebensqualität*« (z.B. Wirtschaftliche Lage, Öffentliche Sicherheit, Arbeitslosenstatistik, Lebenserwartung, Wohnverhältnisse usw.) und des »*subjektiven Wohlbefindens*« (z.B. Glück, Zufriedenheit, Zukunftserwartungen, Einsamkeit usw.) zusammensetzt. Ehe nachstehend eingehender auf MAYRINGS »*Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens*« – welches nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit das, neben dem Ansatz von BECKER[767], derzeit elaboriertste Modell des subjektiven Wohlbefindens darstellt – Bezug genommen werden soll, wollen wir vorab die obig getätigten Aussagen zur dimensionalen Aufschlüsselung des Metakonstrukts »*Lebensqualität*« anhand einer Abbildung des Modells zum subjektiven Wohlbefinden von GLATZER & ZAPF ergänzend veranschaulichen.

---

te zur Erfassung der »*gesundheitsbezogenen Lebensqualität*« von DAIG & LEHMANN, die von Fragebögen zur Lebenszufriedenheit über Befindlichkeitsskalen bis hin zu Stimmungsfragebögen reicht, verwiesen (vgl. DAIG & LEHMANN 2007: 12). Siehe darüber hinaus den von SCHUMACHER / KLAIBERG & BRÄHLER im Jahre 2003 herausgegebenen Sammelband über »*Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*«, der in Analogie zu der Bestandaufnahme angewandter Messinstrumente zur Lebensqualitätsermittlung von DAIG & LEHMANN ein ähnliches buntes Spektrum unterschiedlichster Skalen abbildet.

[762] vgl. BUTTLER 1976: 9

[763] vgl. GLATZER 1992: 49-50; INGELHART 1979: 24 und ZAPF 1977: 414

[764] vgl. SWOBODA 1973

[765] vgl. MAYRING 1991a

[766] GLATZER 1992: 50. Siehe darüber hinaus auch PETERS & ZEUGIN 1979: 48-49

[767] vgl. BECKER 1991: 14

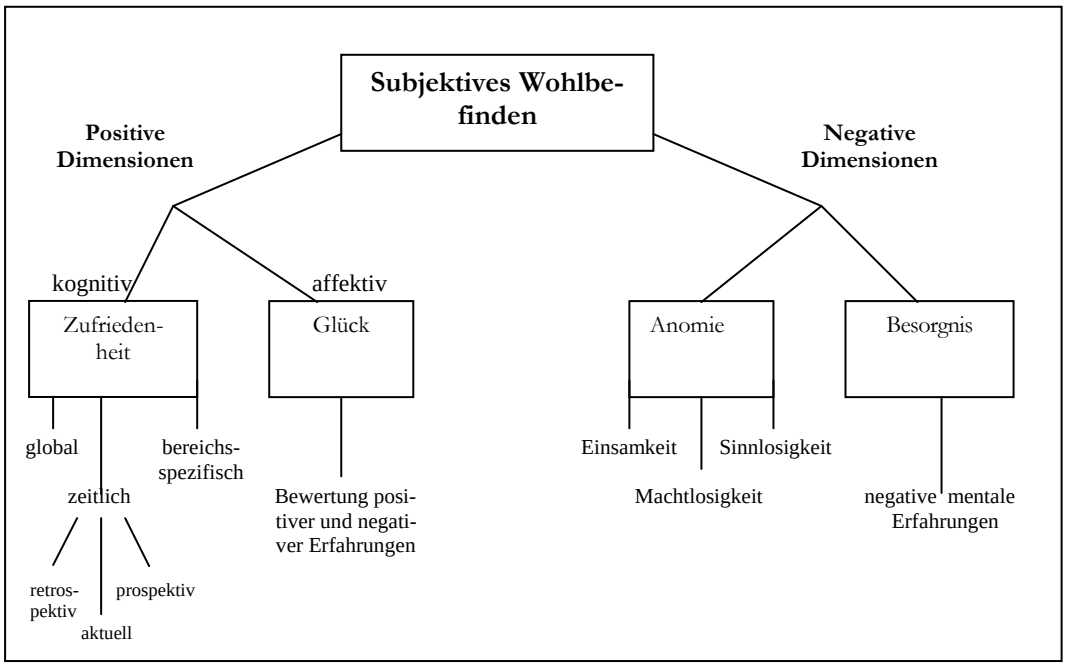


Abb. 20: Konstruktoperrationalisierung subjektives Wohlbefinden nach GLATZER & ZAPF[768]

Wie aus der Modellabbildung unschwer zu entnehmen ist fächern GLATZER & ZAPF in ihrem Ansatz das Konstrukt subjektives Wohlbefinden in eine positive und eine negative Dimension auf. Aufgrund der kapitelleitenden Fragestellung, was die (Teil-) Konstrukte »*Zufriedenheit*« und »*Glück*« voneinander unterscheidet, werden wir uns in den nachfolgenden Zeilen ausschließlich der Erörterung der positiven Dimensionen des Wohlbefindendheitsmodells von GLATZER & ZAPF zuwenden. Nimmt man das Modell von GLATZER & ZAPF nun näher in Augenschein, so erkennt man unweigerlich, dass die »*Zufriedenheit*« im Vergleich zum »*Glück*« eine eher kognitive Bewertung darstellt, die laut GLATZER „(…) insbesondere von sozialen Vergleichen mit wichtigen Bezugsgruppen [abhängt, T.K.] sowie davon (…), was jemand wünscht, erwartet, erhofft und anstrebt“[769]. Dem entgegen bildet das Konstrukt »*Glück*« einen eher affektiven Zustand, der sich GLATZER zufolge „(…) aus dem Verhältnis positiver und negativer mentaler Erfahrungen und Erlebnisse eines Individuums zu ergeben“[770] scheint. Nachdem nun die bisweilen häufig synonym gebrauchten Konstrukte (Lebens-) »*Zufriedenheit*« und »*Glück*« erfolgreich voneinander separiert worden sind, soll in einem nächsten Schritt – ehe das Modell von MAYRING ausführlicher besprochen wird – die in der voranstehenden Abbildung des Ansatzes von GLATZER & ZAPF vorfindbaren Teildimensionen des Lebenszufriedenheitskonstrukts näher beleuchtet werden. Von besonderem Interesse sind dabei die bereichsspezifischen Zufriedenheitskomponenten, in deren Differenzierung gemäß MAYRING die wissenschaftliche Hauptleistung der sozialwissenschaftlichen Wohlbefindendheitsforschung begründet liegt.[771] So fragen GLATZER & ZAPF entsprechend ihres Wohlbefindendenheitsmodells nicht bloß nach der gegenwärtigen allgemeinen Lebenszufriedenheit[772], einschließlich der vergangenen und zukünftigen[773],

[768] vgl. GLATZER & ZAPF 1985; orientiert an der graphischen Darstellung von MAYERL 2001: 5

[769] vgl. GLATZER 1992: 54-55

[770] ebenda: 55. Ein häufig angewandter Fragebogen, dessen Itemstruktur auf eben diesem Operationalisierungsmodus beruht, stellt die von Norman BRADBURN entwickelte *'Affect Balance Scale'* dar (vgl. BRADBURN 1969; zur deutschsprachigen Adaption dieser Skala siehe NOELLE-NEUMANN1996: 18).

[771] vgl. MAYRING 1991a: 38

[772] Das entsprechende Item im Wohlfahrtssurvey lautet: “Was meinen Sie, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig – alles in allem – heute mit Ihrem Leben?“ [GLATZER 1992: 67].

[773] Neben der von GLATZER & ZAPF angewandten empirischen Methodologie des Wohlfahrtssurveys wird in den nachstehend aufgelisteten Instrumente zur Erfassung der Lebenszufriedenheit ebenfalls zuzüglich der aktuellen, sowohl die retrospektive als auch die prospektive Lebenszufriedenheit eruiert: »*Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit*« (FLL) von NORD-RÜDIGER & KRAAK (1979 und 1989); »*Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit*« (FLZ) von

sondern sie versuchen darüber hinaus auch die gebiets- *resp.* bereichsspezifische Lebenszufriedenheit – z.B. Berufszufriedenheit, Freizeitzufriedenheit, Wohnzufriedenheit, Ehezufriedenheit usw.[774] – zu ermitteln. Vor diesem Hintergrund sei angemerkt, dass die bereichspezifische Lebenszufriedenheitsforschung nicht ausschließlich eine reine Domäne der sozialwissenschaftlichen Wohlbefindenheitsforschung darstellt, da z.B. auch im Rahmen der Klinischen Psychologie Teildimensionen der Lebenszufriedenheit wie etwa Körperzufriedenheit[775], Partnerschaftszufriedenheit[776], Zufriedenheit mit dem Sexualleben[777] oder auch die Zufriedenheit mit dem Sozialen Netzwerk und der Sozialen Unterstützung[778] seit längerer Zeit zentrale Diagnose- und Evaluationskriterien bilden.

Abschließend möchte der Autor nun noch kurz den »*Vier-Faktoren-Ansatz des Subjektiven Wohlbefindens*« von Philipp MAYRING vorstellen, da dieser einerseits aufgrund seiner immanenten state-trait-Differenzierung über das obig dargestellte Modell von GLATZER & ZAPF hinausragt und andererseits nach ein exzellentes Konstruktfundament herzustellen vermag, auf dessen Basis sich weitere Konstruktabgrenzungen – z.B. zu *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* und *seelischer Gesundheit* – vornehmen lassen.[779] Analog zu dem Modell von GLATZER & ZAPF schlüsselt MAYRING das Metakonstrukt Lebensqualität ebenfalls in die Subkonstrukte der objektiven Lebensbedingungen und des subjektiven Wohlbefinden auf[780], wobei er in weiterer Übereinstimmung zu GLATZER & ZAPF die »*Zufriedenheit*« als die kognitive und das »*Glück*« als die affektive Teilkomponente des subjektiven Wohlbefindens ausweist. Der entscheidende Unterschied zum Modell von GLATZER & ZAPF besteht, neben einer partiellen Modifikation der negativen Wohlbefindendheitsdimensionen, nun darin, das MAYRING in seinem Ansatz zwischen einem *aktuellen Wohlbefinden* (state) und einem *habituellen Wohlbefinden* (state) differenziert.

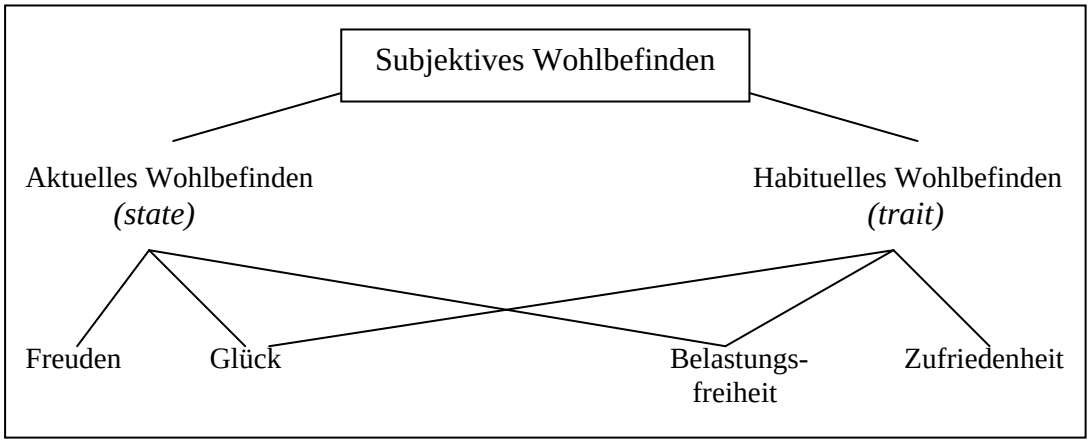


Abb. 21: Vier-Faktoren-Ansatz des Subjektiven Wohlbefindens nach MAYRING[781]

Diese Binnendifferenzierung hat *bspw.* für die Teildimension »*Glück*« zur Folge, dass eine unilaterale Definition bzw. monodimensionale Operationalisierung des Konstrukts »*Glück*«[782] zugunsten einer bilateralen Definition *resp.* multidimensionalen Operationalisierung aufgegeben werden sollte. Konkret formu-

FAHRENBERG et al. (1986); »*Skala zur Lebensbewertung*« von FERRING / FILIPP & SCHMIDT (1996); »*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*« von TRAUTWEIN (2004). Ausschließlich die retrospektive Bewertung des eigenen Lebens versucht der »*Lebenszufriedenheits-Graph*« von FERRING & FILIPP (1997) zu messen.

774 vgl. GLATZER 1984: 192-205. Zur differenzierten Erfassung der Freizeitzufriedenheit siehe ferner HECKER & GRUNWALD 1980: 359 sowie OPASCHOWSKI 2006: 287-292

775 vgl. FERNANDEZ-ARANDA 1996; FORSTER 2002; BENNINGHOFEVEN et al. 2005

776 vgl. BALCK 1982; HOHMANN 1988; KIRCHLER 1989

777 vgl. BÜSING et al. 2001; KLAIBERG / BRÄHLER & SCHUMACHER 2001; KLAIBERG et al. 2001; SCHORS. & SODEMANN 1990a&b sowie SCHRÖDER et al. 1994;

778 vgl. AMANN 1990

779 vgl. dazu vor allem MAYRING 1987: 371-372

780 vgl. MAYRING 1991b: 52-53

781 vgl. ebenda: 53

782 vgl. dazu die Übersicht von 1-Item-Meßinstrumenten zur Glückserfassung bei MAYRING 1987: 368

liert bedeutet dies, dass innerhalb des Teilkonstrukts *Glück* „(…) zwischen einer ‚state'-Komponente (aktuelles, intensives und tiefes, die ganze Persönlichkeit umfassendes emotionales Glückserleben) und einer ‚trait'-Komponente (langfristiges, auf Glückserleben aufgebautes, im Lebenslauf entwickeltes Lebensglück) unterschieden werden"[783] muss, damit ein höchstmaß an Inhaltsvalidität erzielt werden kann.

Ehe wir nun unsere Expedition im nachfolgenden Kapitelunterpunkt – samt der eingangs aufgeworfenen Metafragestellungen, die uns nach wie vor als orientierungstifende Fixsterne dienlich sein sollen – auf dem wissenschaftlichen Terrain der Soziologie fortsetzen werden, soll den Forschungsreisenden an dieser Stelle eine kurze Rast gegönnt werden, damit die im Verlaufe der Durchquerung des Wissensgefildes der Psychologie sorgsam aufgelesenen Wissensbausteine einer abschließenden Werttaxierung unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten zugeführt werden können. Versuchen wir nun also in möglichst bündiger Form die Frage zu beantworten, welche besonderen Erkenntnisse unsere ausgedehnte Forschungsreise in die unterschiedlichsten Teilgebiete der Psychologie zutage gefördert hat, so erweisen sich rückblickend insbesondere die folgenden *fünf* Einsichten sowohl für die allgemeine als auch spezielle Zufriedenheitsforschung als außerordentlich bedeutungsgewichtig: *Erstens* konnte im Rahmen des vorliegenden Kapitelunterpunktes der Nachweis erbracht werden, dass es sich bei dem Seelen- bzw. Gemütszustand der Zufriedenheit weder um einen ephemeren Affekt noch eine bloße Stimmung, sondern um eine *erregungsschwache Wohlfühlemotion* handelt, die mit mehr oder weniger signifikanten Veränderungen auf den Ebenen des subjektiven Gefühlslebens, der Physiologie, des Ausdrucksgebaren sowie der Verhaltensgeneigtheit einhergeht. Auf den Plätzen *zwei* und *drei* der Erkenntnis-Hitliste des hiesigen Kapitelunterpunktes rangieren einerseits die gewonnen Eindrücke hinsichtlich des affektiven Erlebens innerhalb des emotionalen Gemütszustandes der Zufriedenheit sowie andererseits die unter großer Kraftanstrengung zusammengetragenen '*limitierten nonverbalen Zufriedenheitsindikatoren*'. Ohne nun abermals die enorme Potenzialität der zuletzt genannten Erkenntnisse für eine progressive Entwicklung der Zufriedenheitsforschung *en detail* herausstreichen zu wollen, sei vor dem Hintergrund der obig aufgeworfenen Frage nach den bedeutendsten Erkenntnisleistungen dieses Kapitelunterpunktes nichtsdestotrotz mit Nachdruck auf den Sachverhalt verwiesen, dass mit der geleisteten Zusammenstellung denkbarer nonverbaler Zufriedenheitsindikatoren – welche mitnichten rein kompilatorischer Natur war – innerhalb der allgemeinen wie speziellen Zufriedenheitsforschung ein absolutes Neuland erschlossen wurde. Inwieweit allerdings dieses frisch abgesteckte Forschungsgebiet von der Zufriedenheitsforschung – *bspw.* zur Entwicklung alternativer Messinstrumente oder zur Überprüfung des *bis dato* sträflich vernachlässigtem psychometrischen Gütekriteriums der Konstruktvalidität im Rahmen einer *Multitrait-Multimethod-Matrix*-Studie – ertragreich bewirtschaftet werden kann, bleibt abzuwarten. Wenden wir uns nun abschließend noch den beiden verblieben, nicht weniger gehaltvollen Wissensfrüchten, die wir von den üppigen, die psychologischen Forschungslandschaft säumenden Erkenntnisbäume abgeerntet haben, zu, so kann an *vierter Stelle* die Einsicht zur Kenntnis genommen werden, dass binnen des hiesigen Kapitelunterpunktes die grundlegenden Unterschiede zwischen den zumeist synonym gehandhabten Konstrukten des »*Glücks*« und der »*Zufriedenheit*« herausgestrichen werden konnten. Anknüpfend an das zentrale Differenzkriterium zwischen diesen beiden Konstrukten, in Worten die der Zufriedenheit im Kontrast zum Glück vorausgehende kognitive Bewertungsleistung, können wir nun die *fünfte* und somit letzte wichtige Reiseerkenntnisse aus dem Gebiet der Psychologie darlegen, die in der spartanischen anmutenden Ein-

[783] MAYRING 1991b: 52

sicht Gestalt annimmt, dass jedwede Zufriedenheits- *resp.* Unzufriedenheitsemotion notwendigerweise auf einem Soll-Ist-Abgleich beruht. *Expressis verbis* sei der Leser in diesem Zusammenhang jedoch wiederholt auf den Umstand aufmerksam gemacht, dass im psychologischen Zufriedenheitsdiskurs bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine einmündigen Aussagen hinsichtlich der konkreten inhaltlichen Ausstaffierung der Soll-Dimension getätigt wurden. Konkret formuliert bedeutet dies, dass in den psychologisch fundierten Zufriedenheitsmodellen unter der Soll-Dimension ein derart heterogenes Spektrum unterschiedlichster Referenzgrößen – welches von Wünschen, Hoffnungen und Erwartungen, über Bedürfnisse Zielvorstellungen und Ansprüche bis hin zu Plänen, Absichten und sozialen Vergleichsmaßstäben reicht[784] – Anwendung findet, dass sich aus den im Verlaufe des vorliegenden Kapitelunterpunktes vorgestellten Zufriedenheitsgeneseansätzen keinesfalls eine verbindliche Antwort auf die Frage nach dem Entstehungsprozess der Zufriedenheit *resp.* nach dem spezifischen intrapsychischen Vergleichsstandard des Zufriedenheitsurteils bilden lässt.

2.7 Das Konstrukt der Zufriedenheit im soziologischen Diskurs

Konnten im vorausgehenden Kapitelabschnitt durch die Analyse der Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs innerhalb des psychologischen Diskurses bereits zwei der am Anfang dieses Kapitels aufgeworfenen zentralen Fragestellungen, nämlich die Ungewissheiten hinsichtlich der konzeptionellen Abgrenzung der zuhauf synonym verwandten Begriffe *Glück* und *Zufriedenheit* sowie die *bis dato* maßgeblich *ex negativo* vorgenommene Kennzeichnung der wesensmäßigen Eigenschaften der *Zufriedenheit*, hinreichend beantwortet werden, so zielt der nachfolgende soziologische Untersuchungsgang primär darauf ab, dem Leser vermittels unterschiedlichster Theoriemodelle zur Genese des Konstrukts »*Arbeitszufriedenheit*«, einen Einblick in die Vielfalt der in der Literatur kursierenden kognitiven Bewertungsschemata, die der Zufriedenheitsausbildung vorgelagert sind, zu ermöglichen. Darüber hinaus soll dem Leser anhand eines kurzen Aufrisses über die Geschichte der empirischen Arbeitszufriedenheitsforschung, welche bis in das Jahr 1912 zurückreicht, die Möglichkeit eingeräumt werden, ein – über den Tellerrand der PZF hinausragendes – historisches Gespür dafür zu entwickeln, seit wann und insbesondere vor welchen sozialpolitischen Rahmenbedingungen die Frage nach der menschlichen (Arbeits-)Zufriedenheit für das System der Wissenschaft aktuell wurde. Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die Ausführungen zur Geschichte der Arbeitszufriedenheitsforschung nicht nur dem genannten "didaktisch-pädagogischen" Zwecke geschuldete sind, sondern ferner auf einem genuin aufklärerischen Impetus zurückreichen, da die historischen Ursprünge der Arbeitszufriedenheitsforschung, welche bis auf die Geburtswehen der empirischen Sozialforschung zurückreichen, in der einschlägigen Literatur zur Arbeits- und PZF allzu häufig übergangen *bzw.* falsch wiedergegeben werden.[785]

Ehe wir nun jedoch im Folgenden eingehender auf den *schillernden Begriff der 'Arbeitszufriedenheit'*[786] Bezug nehmen, sollen – in Analogie zu den vorausgehenden Kapiteln – vorab sowohl die Werke einiger

[784] zur Verdeutlichung des mitunter äußerst willkürlichen und pragmatischen Umgangs mit den unter der Soll-Dimension verbuchten Vergleichsstandards sei an dieser Stelle *pars pro toto* auf die der wissenschaftlichen Redlichkeit Hohn sprechenden Ausführungen des Autorenduos KRAAK & NORD-RÜDIGER verwiesen, die im Rahmen einiger erläuternder Angaben bezüglich ihrer Vorgehensweise bei der Entwicklung des so genannten »*Fragebogens zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit*« (FLL) dem Leser glauben machen wollen, dass Sie die Termini Bedürfnisse, Ziele und Werte innerhalb ihres Modells deshalb synonym verwenden müssten, da in der Literatur angeblich keine klaren semantischen Abgrenzbarkeitskriterien verfügbar seien, vermittels derer die obig angeführten Begrifflichkeiten voneinander separiert werden könnten (vgl. KRAAK & NORD-RÜDIGER 1979: 480).

[785] siehe z.B. die fälschliche, metachronistische Datierung des Beginns der Arbeitszufriedenheitsforschung in der »*Kieler Zufriedenheitsstudie*« (vgl. KROPE et al. 2002) sowie der Studie von Stefan HUBER (1983: 18), welche beiderseits die Entstehung der Arbeitszufriedenheitsforschung mit den legendären »*Hawthorne-Untersuchungen*« – die in den 20er Jahren des 20 Jh. durchgeführt wurden – beginnen lassen. Eine kritische Aufarbeitung dieser Form der Arbeitszufriedenheitsgeschichtsschreibung findet sich vor allem bei NEUBERGER 1985a: 185.

[786] vgl. WIENDIECK 1980: 202

Soziologen, die unter dem Klassiker-Label geführt werden, als auch die seit Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts insbesondere in den USA aufkommende Emotionssoziologie[787] daraufhin untersuchen werden, inwiefern der Begriff der Zufriedenheit in diesen Diskursen eine klare inhaltliche Konturierung erfährt *resp.* inwieweit sich in diesen Wissensfeldern Theoriearchitekturen auftürmen, welche für die Zufriedenheitsforschung von nachhaltiger Bedeutung sein könnten.

Ziehen wir zur Gewahrwerdung dessen, was unter dem Terminus Zufriedenheit zu verstehen ist, die geläufigen emotionssoziologischen Ausführungen Max WEBERS und Norbert ELIAS heran, so stellt sich schnell Ernüchterung ein, da sich weder in den Ausführungen WEBERS zum Idealtypus des »affektiven Handelns«[788], noch in der Zivilisationstheorie von ELIAS[789] eine dezidierte Erörterung des Zufriedenheitsbegriffs ausfindig machen lässt. Allenfalls könnte die Figurationssoziologie von ELIAS für die Zufriedenheitsforschung dahingehend fruchtbar gemacht werden, als dass in Anschluss an das ELIASSCHE Theorem der im Zuge des Zivilisationsprozess voranschreitenden Affektkontrolle die spekulative These aufgestellt werden könnte, dass der moderne Mensch aufgrund seines mannigfaltigen Eingewobenseins in unterschiedliche Interdependenzgeflechte befähigt sein muss, seine Unzufriedenheitsgefühle sozialverträglich zu kanalisieren. Da wir uns im Rahmen dieses Kapitels allerdings vornehmlich mit der Entität und Genese der Zufriedenheit beschäftigen, soll die voranstehend formulierte These, die *bspw.* zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen Zufriedenheitsangaben in empirischen Erhebungen herangezogen werden könnte, für den Moment nicht weiter verfolgt werden. Greifen wir nun neben der nationalen auch auf die internationale soziologische Literatur zurück, so findet sich einzig und allein in dem Hauptwerk »*Elementarformen sozialen Verhaltens*« des Soziologen George Caspar HOMANS ein eigenständiges Kapitel über die Zufriedenheit aus tauschtheoretischer Perspektive.[790] Da der HOMANSCHE Ansatz zur Zufriedenheitsgenese jedoch einerseits innerhalb des hiesigen Kapitels – im Rahmen der Darstellung unterschiedlicher kognitiver Ansätze zur Entstehung der Arbeitszufriedenheit – kurz skizziert wird und andererseits im nachfolgenden dritten Kapitel – vor dem Hintergrund heterogener Modelle zur Genese der PZ – gründlich besprochen werden soll, verzichten wir an dieser Stelle aus Gründen der Redundanzvermeidung auf eine minutiöse Darstellung der homanschen Zufriedenheitstheorie.

Nehmen wir nun abschließend, bevor wir uns der Arbeitszufriedenheitsforschung zuwenden, zur Beantwortung unserer kapitelleitenden Fragestellungen: ‚*Was ist Zufriedenheit?*' und ‚*Wie entsteht Zufriedenheit?*' die schmale Literatur der Emotionssoziologie in Augenschein, so werden wir im Rahmen dieser noch jungen Bindestrich-Soziologie ebenfalls mit dem althergebrachten Sachverhalt konfrontiert, dass der Zufriedenheitsbegriff in den einschlägigen emotionssoziologischen Konzepten inhaltlich nicht vom Terminus des Glückes separiert wird. Zum Beleg dieses Tatbestandes sei *pars pro toto* auf das elaborierte sozialstrukturelle Emotionskonzept von Theodore D. KEMPER verwiesen, der „Begriffe wie Freude, Zufriedenheit, Gemochtsein etc. (…) als Synonyme zum Glücksbegriff"[791] gebraucht. Obwohl somit festgehalten werden muss, dass die Emotionssoziologie der Zufriedenheitsforschung *in puncto* Begriffsexplikation keinen Erkenntniszuwachs angedeihen lässt, nimmt es Wunder, dass die in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts landesübergreifend für Furore sorgende Emotionstheorie der amerikanischen Soziologin Arlie

[787] vgl. GERHARDS 1986: 760 und Ders. 1988a: 11
[788] vgl. WEBER 1972: 12ff.
[789] vgl. ELIAS 1980a&b
[790] vgl. HOMANS 1968: 224-239
[791] GERHARDS 1986: 763

Russell HOCHSCHILD[792] in der bisherigen (Patienten-) Zufriedenheitsforschung an keiner dem Autor bekannten Stelle rezipiert worden ist. Diese Bestandaufnahme wiegt nach Ansicht des Autors vor dem Hintergrund umso schwerer, als dass einige Strukturelemente des HOCHSCHILDSCHEN Ansatzes – wie z.B. das Konzept der *Gefühlsnorm* – durchaus zur Verfeinerung bestehender Zufriedenheitsmodelle beitragen könnten. Darüber hinaus ließe sich mittels der von HOCHSCHILD in ihrem Buch »*Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*« ausformulierten Kompetenz der *Gefühlsarbeit*, die insbesondere für Angestellte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen unterschiedlichster Couleur von basaler Bedeutung ist[793], nachzeichnen, inwieweit wir mit dem Begriff *resp.* dem Gefühl der Zufriedenheit nicht nur in unserem Alltagsleben (siehe Kapitel 2.1), sondern auch im Berufsleben konfrontiert werden. Da eine erschöpfende Darstellung der HOCHSCHILDSCHEN Emotionstheorie und deren möglichen Zweckdienlichkeit für die Zufriedenheitsforschung im Rahmen dieser Arbeit leider nicht geleistet werden kann, seien jene Leser, die sich vertiefend mit diesen möglichen Anknüpfungspunkten beschäftigen möchten, auf die Ausführungen in der Fußnote 794 verwiesen, in der nebst einer knappen Zusammenfassung der Kernaussagen des HOCHSCHILDSCHEN Ansatzes die obig aufgezeigten Verbindungslinien zwischen diesem Emotionsansatz und der Zufriedenheitsforschung rudimentär skizziert werden.[794]

2.7.1 Das Konstrukt Zufriedenheit im Rahmen der Industriesoziologie

Bevor im nachstehenden ausgiebig auf die Handhabung des Zufriedenheitsbegriffs im Rahmen der Arbeitszufriedenheitsforschung, die laut Literatur infolge der legendären amerikanischen Hawthorne-Untersuchungen[795] in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts einsetzte[796], eingegangen werden

---

[792] vgl. HOCHSCHILD 1979 und 1990

[793] vgl. DUNKEL 1988, 1994 sowie GIERSENBAUER & GLASER 2006

[794] Die Soziologin Arlie Russell HOCHSCHILD zielt in ihrem bekannten Buch »*Das gekaufte Herz*« primär darauf ab, die Entfremdungsgefahren der postindustriellen Dienstleistungsgesellschaft freizulegen. Lapidar formuliert kann das Buch somit als eine pessimistische Korrektur der äußerst optimistisch verfassten Schriften zur Dienstleistungsgesellschaft von Jean FORASTÉ (1969) und Daniel BELL (1975), die in der heraufziehenden Tertiarisierung eine neue Qualität der Arbeitsbeziehung erblickten, welche zu einer wahren Humanisierung des Erwerbslebens führen sollte (vgl. FRANK 1973 und GROSS 1983). Diese allzu euphorische Grundhaltung versucht HOCHSCHILD in ihrer Schrift durch die Verzahnung von Theorie und Empirie zu erschüttern, wobei sie sich in ihren Darstellungen vorrangig auf den Beruf der Flugbegleiterin – zu deren Ausbildung und Berufsalltag sie ein imposantes empirisches Datenmaterial generiert hat – stützt. HOCHSCHILDS kritische Zeitdiagnose fußt nun auf der Annahme, dass Menschen, die in personenbezogenen Dienstleistungsberufen arbeiten, zunehmest von ihren Arbeitgebern ausformulierte Gefühlsnormen vorgeschrieben bekommen, die sie im Berufsalltag via Gefühlsarbeit zu verwirklichen haben. So werden bspw. die Flugbegleiterinnen in diversen Ausbildungskursen dahingehend instruiert, dass ihr authentisches Lächeln, welches in Workshops ausgiebig einstudiert wird, gleichsam ihr größtes Kapital bildet. Die Einlösung dieser in die Berufsrolle eingeschriebenen Erwartungen geschieht nun laut HOCHSCHILD über den Mechanismus der Gefühlsarbeit. Unter Gefühlsarbeit versteht HOCHSCHILD die Fähigkeit des Menschen, seine eigenen Gefühle durch die Techniken des Oberflächenhandelns (*surface-acting*) und des inneren Handelns (*deep acting*) an die vom Unternehmen vorgegebenen Gefühlsnormen (*feeling rules*) anzupassen. Der *casus knaxus* besteht nun darin, dass die modernen Dienstleistungsunternehmen von ihrem Angestellten erwarten, dass sie die vorgeschriebenen Gefühlsnormen nichts mittels der Technik des Oberflächenhandelns, sondern – und hier geht HOCHSCHILD über die von Erving GOFFMANN (2004) postulierten Strategien der Ausdruckskontrolle hinaus – über die Techniken des inneren Handelns verwirklicht werden sollen. In Anlehnung an die Methode der »*Psychotechnik*« des russischen Theaterregisseurs Konstantin STANISLAWSKI (2002) subsumiert HOCHSCHILD unter die Techniken des inneren Handelns all jene Kunstgriffe, die es Menschen beispielsweise über die Mechanismen der Autosuggestion oder der Reattribuierung ermöglichen, in beruflichen Alltagssituationen die geforderte Gefühlsnormen nicht bloß zu mimen sondern diese selbst zu fühlen.[794] Die *instrumentale Haltung*[794] gegenüber dem menschlichen Gefühlsleben avanciert bei HOCHSCHILD zum zentralen Signum personenbezogener Dienstleistungsberufe, welches für die in diesem Arbeitssektor beschäftigten Personen mit erheblichen Kosten verbunden ist. So kommt HOCHSCHILD zum dem Schluss, dass sich der *Gefühlsarbeiter* durch die permanente Anwendung der Emotionsmanipulierenden Techniken des inneren Handelns zunehmend von seiner eigenen Gefühlswelt entfremdet. Zur Erläuterung der Gefühlsentfremdungshypothese siehe BECK-GERNSHEIM 1990: 10; DUNKEL 1988: 73; HOCHSCHILD 1990: 45; TREIBEL 2006: 294 sowie den kritischen Aufsatz von BOGNER & WOUTERS 1990. Darüber hinaus sei der interessierte Leser in diesem Zusammenhang auf eine ebenso seichte wie tiefgründige Erzählung von Heinrich BÖLL mit der Überschrift »*Der Lacher*« verwiesen. Diese im Jahre 1955 von BÖLL niedergeschriebene Erzählung, indem die Selbstentfremdung eines *‚berufsmäßigen Lachers*' beschrieben wird, kann *mutatis mutandis* als literarische Exemplifizierung der kritischen Zeitdiagnose HOCHSCHILDS gelesen werden. Entsprechend gelangt der Protagonist der Erzählung am Ende der Erzählung zu der traurigen Einsicht: „So lache ich auf vielfältige [berufliche, T.K.] Weise, aber mein eigenes Lachen kennen ich nicht" [BÖLL 2007b: 367]. Die bedeutende soziologische Leistung HOCHSCHILDS kann synoptisch nun insbesondere darin gesehen werden, dass sie im Rahmen ihrer Emotionstheorie den marxschen Entfremdungsbegriff für die kritisch-analytische Durchdringung der personenbezogenen Dienstleistungsberufe fruchtbar gemacht hat und in diesem Zuge die möglichen Kakophonien des zuhauf ausschließlich von positiven Tönen begleiteten Diskurs der Tertiarisierung herausstreichen konnte. In Bezug auf die Zufriedenheitsforschung erscheint die skizzierte Emotionstheorie HOCHSCHILDS – wie bereits obig erwähnt wurde – sowohl zur Vervollständigung der in Kapitel 2.1 vorgenommenen Ausführungen über die alltäglichen Kontaktpunkte mit dem Konstrukt Zufriedenheit wie auch zur weiteren Differenzierung der unabhängigen Variablen N (Soziale Normen) und E (Erwartungen) des im Unterpunkt 2.5.5 explizierten sozialpsychologischen Zufriedenheitsmodells von Peter HOFSTÄTTER ertragreich zu sein. Zu guter letzt sei der Leser vor diesem thematischen Hintergrund noch auf die höchst interessante Studie von SRNKA et al. (2006) verwiesen, die im Rahmen ihrer Untersuchung unter anderem feststellten, dass das „*genormte Lächeln*" (MILLS 1955: 254) des Verkäufers auf Kundenseite zu einer tendenziell geringeren Zufriedenheit führt: „Unsere Daten Belegen, dass Kunden vorgespielte Sympathie erkennen. Dies schlägt sich tendenziell in niedriger Zufriedenheit der Kunden mit dem Verkaufsgespräch wieder" [SRNKA / EBSTER & KOESZEGI 2006: 52].

[795] vgl. ROETHLISBERGER & DICKSON 1939 sowie ROETHLISBERGER 1966

soll, möchte der Autor in einem ersten Schritt – in der gebotenen Kürze – einige Studien des historischen Vorläufers der Arbeitszufriedenheitsforschung, die unter dem Terminus der »*Arbeitsfreude*« firmieren, vorstellen; da diese 'Pionierstudien' in der Geschichtsschreibung zur Arbeitszufriedenheitsforschung häufig außen vor gelassen werden.[797]

Das wissenschaftliche Interesse an der empirischen Ermittlung des Konstrukts »*Arbeitsfreude*« reicht bis auf die von Karl MARX im Jahre 1880 durchgeführte Fragebogenstudie »*Zur Lage der Arbeiter in Frankreich*«[798] zurück und erfuhr in den nachfolgenden Jahren durch die von Max WEBER geleitete Untersuchung des Vereins für Sozialpolitik »*Über Auslese und Anpassung (Berufswahl und Berufsschicksal) der Arbeiterschaft der geschlossenen Großindustrie*«[799] sowie insbesondere durch die von dem Arbeiterautodidakten[800] Adolf LEVENSTEIN via Fragebogen durchgeführten Erhebung bezüglich des Einflusses der Technisierung auf das Seelenleben der Arbeiter[801] eine inhaltliche und methodologische Präzisierung. Die von Hendrik DE MAN im Jahre 1928 publizierten Aussagen von 78 Industriearbeitern und Angestellten unter dem programmatischen Titel »*Der Kampf um die Arbeitsfreude*«[802] bildete das vorläufige Ende der systematischen Erhebungen zur Arbeitsfreude, ehe sich im deutschsprachigen Raum in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts – lanciert durch die amerikanischen '*job-satisfaction-studies*' – eine analoge Forschungsrichtung ausdifferenzierte, die nunmehr den Begriff der Arbeitsfreude durch den Terminus der Arbeitszufriedenheit ersetzte.[803] Ehe wir nun nachstehend *in nuce* auf die einzelnen empirischen Erhebungen von MARX bis DE MAN eingehen, sollen vorderhand in knappen Worten der gesellschaftspolitische und soziale Kontext skizziert werden, vor dessen Hintergrund die Frage nach der *Arbeitsfreude* für die Wissenschaft relevant wurde. In komprimierter Form kann die gegen Ende des 19. Jahrhunderts vorherrschende gesellschaftliche Großwetterlage mit der politischen Vokabel der »*Sozialen Frage*« *resp.* der »*Arbeiterfrage*« umschrieben werden, d.h. dass sich die damalige Gesellschaft zunehmend mit den misanthropischen Schattenseiten der Industrialisierung in Gestalt einer massiven Verelendung (Pauperismus) der Arbeiterklasse konfrontiert sah. Diese rein physische Verarmung der Arbeiterklasse führte gepaart mit der forcierten Entfremdung der Arbeiterschaft von ihrem Arbeitsgegenstand infolge der '*Zersplitterung der Arbeitsaufgaben*'[804] durch die wissenschaftliche Betriebsführung *à la* TAYLOR[805] zu einem erheblichen Unfrieden der Arbeiter, welcher sich in einem anwachsenden Widerstand gegenüber den Betrieben manifestierte. Der Begründer der deutschen Betriebssoziologie Götz BRIEFS spricht in diesem Zusammenhang gar von einer *chinesischen Mauer des Misstrauens*, die sich zwischen Arbeit und Kapital aufgebaut habe.[806] Darüber hinaus umschreibt BRIEFS das in den 20er Jahren des vorausgegangenen Jahrhunderts dominierende Betriebsklima sehr treffend „(…) als das geheime, dumpfe Grollen unter dem Boden der Betriebe, als eine über dem Betrieb liegende gewittrige Atmosphäre"[807]. Die sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts um den Gegenstand der Arbeitsfreude etablierende Forschungsdomäne zielt nun – ausgenommen der Ansätze von MARX, WEBER und LEVENSTEIN – primär darauf ab, durch die theore-

---

[796] vgl. ALBERS 1993: 164 und 1975: 483. Es sei an dieser Stelle noch kurz auf die Arbeit von HOPPOCK verwiesen, der im Jahre 1935 bereits 35 amerikanische Studien zum Themengebiet *'job-satisfaction'* auflistete [vgl. HOPPOCK 1935].
[797] vgl. NEUBERGER 1985a: 185
[798] vgl. MARX 1985. Eine überaus lesenswerte Beschreibung des MARXCHEN Untersuchungsvorhabens bietet WEIß 1966
[799] vgl. WEBER 1924. Eine methodenkritische Analyse der WEBERSCHEN Studie findet sich u.a. bei SCHAFFER 2002: 35-39
[800] vgl. HECKMANN 1979: 59
[801] vgl. LEVENSTEIN 1912
[802] vgl. DE MAN 1927
[803] vgl. ALBERS 1975: 483; Ders. 1993: 165; FERBER 1958: 1 sowie GALLWEK 1987: 19
[804] FRIEDMANN1959:28
[805] vgl. TAYLOR 1977
[806] vgl. BRIEFS, zitiert nach HINRICHS & LOTHAR 1976: 67-68
[807] BRIEFS 1976: 145

tische[808] und empirische[809] Durchdringung ihres Untersuchungsobjektes Strategien verabschieden zu können, mit denen die im Zuge der Industrialisierung eingeebnete Arbeitsfreude – welche *bspw.* schon in der zweiten Strophe des Gedichtes »*Die schlesischen Weber*« von Heinrich HEINE durch die Wortabfolge: „Sie sitzen am Webstuhl und fletschen die Zähne“[810] zum Ausdruck kommt – wiederbelebt werden kann. Es kann an dieser Stelle somit schon einmal festgehalten werden, dass die empirische Ermittlung der Arbeitsfreude primär keinem, wie es die Formel des »*Kampfes um die Arbeitsfreude*«[811] nahe legt, systemnegierenden-kommunistischen Zwecke diente, sondern mit der herrschaftsstabilisierenden Intension einer Pazifizierung der deutschen Arbeiterklassen betrieben wurde.[812] Nachdem nun die gegen Ende des 19. Jahrhunderts vorherrschende gesellschaftspolitische Lage in groben Umrissen dargestellt wurde, sollen nachstehend die einzelnen empirischen Untersuchungsansätze zum Konstrukt Arbeitsfreude von MARX bis DE MAN etwas detaillierter besprochen werden.

Wie bereits an obiger Stelle formuliert wurde, setzt nach Ansicht des Autors die Forschung zur Arbeitsfreude mit der von Karl MARX im Jahre 1880 durchgeführten »*Enquête Ouvrière*« ein. Diese Annahme mag dem in der Geschichte der empirischen Sozialforschung geschultem Leser auf dem ersten Blick äußerst widersinnig erscheinen, da MARX in seinen insgesamt 100 offene Items umfassenden Fragebogen keine expliziten Fragen zum Themengebiet der Arbeitsfreude aufnahm. Der entscheidende Grund, weshalb die MARXSCHE Fragebogenstudie – die übrigens aufgrund einer miserablen Rücklaufquote nie ausgewertet wurde[813] – der Meinung des Verfassers zufolge nach den Ausgangspunkt der empirischen Forschungsarbeiten zur Arbeitsfreude bildet, liegt demnach weniger in ihrer inhaltlichen Ausstaffierung *resp.* Zielsetzung, als vielmehr in ihrer revolutionären Methodologie begründet. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich Karl MARX mit seiner Fragebogenstudie erstmalig in der Geschichte der Sozialforschung direkt an die Arbeiter selbst wandte und somit das methodologische Fundament der nachfolgenden empirisch ausgerichteten Studien von WEBER, LEVENSTEIN und DE MAN aufschüttete. Vor dieser einschneidenden methodologischen Innovation durch den MARXSCHEN Untersuchungsansatz wurden in der Sozialforschung ausschließlich so genannte schriftliche Expertenbefragungen durchgeführt. Als Experten – die auch als Vertrauensmänner oder Sachverständige bezeichnet wurden[814] – galten je nach Thema *bspw.* Lehrer, Geistliche, Rechtsanwälte, Gutsbesitzer, Unternehmer und Beamte.[815] Eben solche Expertengruppen erhielten dann von diversen Forschungseinrichtungen – wie z.B. dem im Jahre 1872 gegründeten Vereins für Socialpolitik – einen Fragebogen zugesandt, den sie nach bestem Wissen und Gewissen zu auszufüllen hatten.[816] Es kann somit zur Kenntnis genommen werden, dass der eigentlich betroffene Untersuchungszielgruppe – so z.B. die Population der Landarbeiter in den frühen deutschen Enqueten von LENGERKE[817] und GOLZ[818] – bis zu der Fragebogenerhebung von MARX gezielt das Stimmrecht bzw. die Subjektstellung verweigert wurde.[819] Nachdem die

[808] vgl. RHIEL 1862; HERKNER 1905; Ders. 1921; HORNEFFER 1928 sowie LANG & HELLPACH 1922
[809] vgl. LEVENSTEIN 1912; DE MAN 1927 und WEBER 1924
[810] HEINE 1972: 343
[811] vgl. DE MAN 1927
[812] vgl. HINRICHS 1981: 149
[813] vgl. DIEKMANN 2004: 87; KERN 1982: 82 sowie SCHNELL / HILL & ESSER 1999: 26-27
[814] vgl. OBERSCHALL 1997: 40
[815] vgl. BONß 1980: 17 und HECKMANN 1979: 52
[816] vgl. WEYRATHER 2003: 25ff.
[817] vgl. LENGERKE 1849
[818] vgl. GOLTZ 1975
[819] vgl. BONß 1980: 16-17 und OBERSCHALL 1997: 42. Es sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass ein Mitglied des ‚*Vereins für Socialpolitik*' namens Gottlieb SCHNAPPER-ARNDT – der heutzutage als der Urvater der Fragebogentheorie gilt (vgl. OBERSCHALL 1997: 52-53 sowie PETERSEN et al. 2004: 738) – in einer im Jahre 1888 verfassten methodologischen Schrift diese Form der Datenerhebung via "Expertenbefragung" bereits massiv anzweifelte (SCHNAPPER-ARNDT 1975). Der Vollständigkeit halber sei in diesem Zusammenhang auf den Sachverhalt verwiesen, dass MARX mit seiner Fragebogen-

mehr oder minder indirekte Bedeutung der Fragebogenstudie MARXENS für die empirische Eruierung der Arbeitsfreude in den vorausgehenden Zeilen hinreichend dargelegt wurde, sollen nachfolgend die Untersuchungen von Max WEBER und Adolf LEVENSTEIN auf ihren Aussagengehalt hinsichtlich des Konstrukts Arbeitsfreude hin analysieren werden.

Wenden wir uns zuerst dem Studiendesign der von Max WEBER geleiteten Fragebogenerhebung des Vereins für Socialpolitik zur Untersuchung der Lage der Industriearbeiterschaft[820], die in Analogie zu der Fragebogenerhebung von MARX ebenfalls aufgrund einer kläglichen Rücklaufquote fast vollständig – bis auf die Arbeit von Marie BERNAYS[821] – Fehlschlug[822], zu. Lässt man die unverkennbaren inhaltlichen Probleme der Fragebogenkonzeption – wie sie z.B. in der äußerst suggestiv gestellten Frage 13: „*Ist Ihre Arbeit etwa besonders anstrengend?*“[823] zum Vorschein kommen – einmal außen vor, so zeigt sich die technische Innovation dieser Studie, zu der WEBER im Jahre 1908 eine umfassende »Methodologische Einleitung« verfasste, insbesondere darin, dass die Arbeiter erstmalig in der Enquetegeschichte des Vereins für Socialpolitik selbst befragt werden sollten. Nimmt man jedoch den eingesetzten Fragebogen[824] sowie die von WEBER formulierte »*Methodologische Einleitung*«[825] hinsichtlich der Definition und Operationalisierung des Konstrukts »*Arbeitsfreude*« näher in Augenschein, so stellt sich rasch das Gefühl der Ernüchterung ein, da die Erfassung der Arbeitsfreude von den Außenmitarbeitern der Studie nicht über den Fragebogen, sondern über das ungezwungene Gespräch mit den Arbeitern und deren Beobachtung erfasst werden sollte. Entsprechend dieser äußerst marginalen Bedeutungszuweisung der Arbeitsfreude innerhalb des WEBERSCHEN Untersuchungsplans findet sich in der »*Methodologische Einleitung*« keine detaillierte Explikation zur Entität und Genese der Arbeitsfreude.[826] Zur Unterfütterung der aus methodischer Perspektive als unlängliche zu bezeichnenden Erfassung der Arbeitsfreude im Rahmen der WEBERSCHEN Farbrikarbeiter-Enquete sei an dieser Stelle auf die vermeintlichen Erkenntnisse Marie BERNAYS verwiesen, die in ihrer Untersuchungen an einer Gladbacher Spinnerei die überaus interessante Beobachtung gemacht haben will, dass „(…) die ‚zufriedenen Arbeiter' (…) die in jeder Hinsicht untüchtigsten; die (…) ‚unzufriedensten' Arbeiter [hingegen, T.K.] die brauchbarsten“[827] sind. Diese Beobachtungsergebnisse disqualifizieren sich jedoch allein schon durch den Tatbestand, dass BERNAYS an keiner Stelle ihrer schriftlichen Ausführungen angibt, an welchen physiologischen Parametern *resp.*

---

aktion über das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse hinaus einen pädagogischen Zweck verfolgte, d.h. die Dramaturgie des Fragebogen wurde von MARX so angelegt, dass der Arbeiter durch das Ausfüllen des Fragebogens zu einem möglichst gestärktem Klassenbewusstsein kommen sollte (vgl. WEIß 1966: 135). Aufgrund dieses ineinander Verwobenseins von Ermittlungs- und Vermittlungscharakter kann die MARXSCHE Erhebung ein historischer Vorläufer der '*aktivierenden Befragung*' angesehen werden kann. Als weitere Vorläufer der aktivierenden Befragung – die als so genannte "*Demokratisierungsstrategie von unten*" vorzugsweise in der Gemeinwesenarbeit Anwendung findet (vgl. dazu insbesondere ALSINSKY 1973, 1974 und 1984; HAUSER & HAUSER 1971 sowie LÜTTRINGHAUS & RICHERS 2003) – können darüber hinaus die historisch höchst interessanten Untersuchungen von Karl dem GROßEN (vgl. PETERSEN et al. 2004) sowie Max WEBERS (vgl. HECKMANN 1979: 55 sowie WEBER 1926: 144) angesehen werden.

820 vgl. WEBER 1924

821 vgl. BERNAYS 1910

822 Zur Verdeutlichung des miserablen Fragebogenrücklaufs sei nachstehend ein Passus aus dem Werke Anthony OBERSCHALLS zur Geschichte der empirischen Sozialforschung in Deutschland zitiert: „Von 1909 bis 1911 mühte sich ein Dutzend eifriger Außenmitarbeiter, die Untersuchung durchzuführen, bis sie schließlich ein enttäuschendes Ende nah. Der Hauptgrund dafür war, dass weitaus die meisten Arbeiter sich weigerten, die Fragebogen auszufüllen. Ein Dr. Hess, der die Umfrage in einem großen Berliner Werk zu betreuen hatte, bekam von 3 500 Fragebogen nur 181 ausgefüllt zurück, ein anderer Mitarbeiter, Dr. Deutsch, erhielt 238 von 2 500, wieder ein anderer, Dr. Schumann, 173 von 1800. Ein Außenmitarbeiter, Dr. Darmstädter, war so entmutigt, als er nur 100 von 4 000 Fragebogen zurückbekam, dass er einfach aufgab. Anscheinend waren die Arbeiter voller Misstrauen, selbst dort, wo man die Gewerkschaften hatte überreden können, die Umfrage wenigstens nicht zu verurteilen“ [OBERSCHALL 1997: 203].

823 vgl. SCHAFFER 2002: 37

824 vgl. ebenda: 37-38

825 vgl. WEBER 1924

826 vgl. HECKMANN 1979: 56. Zu einer ähnlich lautenden Einschätzung bezüglich des eher randständigen Stellenwertes der Arbeitsfreude innerhalb der von WEBER geleiteten Fabrikarbeiter-Enquete gelangt OBERSCHALL: „Der ganze Bereich der sozialen Struktur innerhalb der Fabrik, die Vorliebe bestimmter Arbeitsgruppen für verschiedene Arten der Beschäftigung, ihre Einstellung gegenüber sozialem Aufstieg und ihre Zufriedenheit mit dem Lohn und ihrer Arbeit, ihre Beziehungen zu den Arbeiterkameraden – das alles Stand nicht im Brennpunkt der Analyse und wurde im Untersuchungsplan nur zweitrangig mit Aufmerksamkeit bedacht“ [OBERSCHALL 1999: 203].

827 BERNAYS 1910: 349

nonverbalen Verhaltenskomponenten (z.B. Grad der Mundstellung etc.) sie die (Un-) Zufriedenheit der Arbeiterschaft dingfest gemacht hat.[828]

Die erste wirklich systematische Erhebung der Arbeitsfreude via Fragebogen wurde von einem einfachen Arbeiter namens Adolf LEVENSTEIN, der zuvor bereits einige Essays und Gedichte literarisch und philosophisch begabter Arbeiterkollegen – mit denen er eine umfangreiche Korrespondenz unterhielt – veröffentlichte[829], im Jahre 1912 unter dem Titel »*Die Arbeiterfrage*« publiziert.[830] LEVENSTEIN verschickte seinen eigens konzipierten Fragebogen, mit dem er primär die subjektive Einstellung der Arbeiterschaft zu ihrer täglichen industriellen Arbeit sowie den Einfluss der Technik auf das Seelenleben der Arbeiter untersuchen wollte, zwischen den 1907 und 1911 an insgesamt 8.000 Arbeiter und erhielt – vermutlich aufgrund seines Bekanntheitsgrades innerhalb der Arbeiterklasse – mit insgesamt 63% eine ungemein hohe Rücklaufquote.[831] In Bezug auf die Erfassung der Arbeitsfreude findet sich in LEVENSTEINS Fragebogen, der insgesamt 25 offen formulierte Items umspannt, in Gestalt der Fragenummer 13: „*Macht Ihnen Ihre Arbeit Vergnügen, oder haben Sie kein Interesse an derselben?*“; eine zentrale Fragestellung. Laut OBERSCHALL wurde diese Fragestellung von den Arbeitern in einem Verhältnis von 8:1 negativ bewertet.[832] Vor dem Hintergrund der Auswertung eben dieser Fragestellung moniert Holm GOTTSCHLACH, dass das umfangreiche Material zum Themenkomplex der Arbeitsfreude von LEVENSTEIN nicht systematisch ausgewertet wurde.[833] Aufgrund dieses Misstandes unterzog GOTTSCHLACH das Antwortmaterial einer inhaltsanalytischen Lesart, wobei er insgesamt vier unterschiedliche Haltungstypen voneinander separierte.[834] Ohne näher auf die von GOTTSCHLACH zu Tage geförderten Haltungstypen einzugehen, findet sich laut GOTTSCHLACH in den Aussagen der Arbeiter am häufigsten ein ausschließlich negatives Verhältnis des Arbeitssubjekts zu seiner konkreten Arbeit.[835] Positive Grundhaltungen gegenüber ihrer Tätigkeit finden sich GOTTSCHLACH zufolge zumeist bei Arbeitsvorgängen, die entweder eine Facharbeiter-Qualifikation erfordern oder aber durch eine größere Abwechslung und weniger körperliche Belastungen gekennzeichnet sind.[836] Bevor nun abschließend noch die empirische Studie »*Der Kampf um die Arbeitsfreude*« von Hendrik DE MAN vorgestellt werden soll, kann hinsichtlich der LEVENSTEINSCHEN Untersuchung zur Arbeitsfreude nicht ohne verblüffen festgehalten werden, dass sich LEVENSTEIN, entgegen des damals vorherrschenden Geistesklimas, einer Stellungsnahme bezüglich der zur Reanimation der Arbeitsfreude zu verabschiedenden Maßnahmen enthielt.[837]

---

[828] Nicht ohne Zynismus kann an dieser Stelle zur Entlastung der obig aufgefahrenen Kritik an den Untersuchungsergebnissen BERNAYS jedoch die Vermutung angestellt werden, dass BERNAYS vermittels ihrer Beobachtungen bereits frühzeitig auf eine Erkenntnis gestoßen ist, die erst in den 60er Jahren des 20 Jh. durch die Forschungsergebnisse des österreichischen Soziologen Fred Edward FIEDLER einen nachhaltigen Einzug in den Wissenskorpus der Organisationssoziologie erhielt. So gelangte FIEDLER im Rahmen seiner Studien zum Einfluss von unterschiedlichen Führungsstilen auf das Leistungsvermögen der Arbeiter u.a. zu der Einsicht, dass vorherrschende Arbeitsunzufriedenheit die Leistungsbereitschaft – analog zu den Ergebnissen BERNAYS – durchaus erhöhen kann. Die Erkenntnisse FIEDLERS bezüglich des Einflusses von Unzufriedenheit auf die Leistungsbereitschaft gehen nun aber insofern weit über die Annahmen BERNAYS hinaus, als dass er feststellen konnte, dass der unzufriedenheitsbedingte Anstieg der Leistungsmotivation nur äußerst kurzweiliger Natur ist. Konkret gesagt erhöht sich die Leistungsbereitschaft massiv unzufriedener Arbeiter laut FIEDLER nur für äußerst kurze Zeit, eher sie anschließend auf Null zurückgefahren (so genannter '*Leistungs*'- respektive '*Führungshusen*') wird (vgl. FIEDLER 1967).

[829] vgl. LEVENSTEIN 1908 und 1909

[830] vgl. LEVENSTEIN 1912

[831] Anthony OBERSCHALL vermutet gar, dass die Rücklaufquote noch höher gewesen wäre, wenn nicht die sozialistische Presse seine Untersuchung zwischenzeitlich diskreditierte hätte (vgl. OBERSCHALL 1997: 160)

[832] vgl. OBERSCHALL 1997: 169

[833] vgl. GOTTSCHLACH 1979: 450. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass LEVENSTEIN einen nachhaltigen Einfluss auf die empirischen Studien der Frankfurter Schule – insbesondere der »*Studien über Autorität und Familie*« (vgl. HORKHEIMER 1936) sowie der sozialpsychologischen Untersuchung »*Arbeiter und Angestellte am Vorabdend des Dritten Reichs*« (vgl. FROMM 1983) – hatte.

[834] vgl. ebenda: 457

[835] vgl. ebenda: 450

[836] vgl. ebenda: 451-452

[837] so sah beispielsweise Heinrich HERKNER in seiner im Jahre 1905 veröffentlichten theoretischen Schrift zur Arbeitsfreude einen möglichen Ausweg zur Überwindung der Arbeitsunlust in der Spezialisierung zum Facharbeiter [vgl. HERKNER 1905: 29]. Anschlussfähig an diese Überzeugung schildert HERKNER

Werfen wir nun zur Abrundung der Ausführungen zum Begriff der Arbeitsfreude einen kurzen analytischen Blick auf die von Hendrik DE MAN im Jahre 1927 veröffentlichte Schrift »*Der Kampf um die Arbeitsfreude*«, so werden wir schnell des Umstandes gewahr, dass sich DE MAN sowohl *in puncto* theoretischer Fundierung des Konstrukts Arbeitsfreude als auch hinsichtlich seiner normativen Grundhaltung bezüglich der zur Wiederherstellung der verloren gegangenen Arbeitsfreude notwendigen Techniken, dezidiert von seinen obig dargestellten Vorläufern – speziell Adolf LEVENSTEINS – abgrenzte. Mit seinem in militanter Wortwahl verfassten Studientitel, der *prima facie* eher an ein Pamphlet des 'Luddismus' oder des 'Syndikalismus' erinnert, kündigt DE MAN bereits seine arbeitswissenschaftliches Selbstverständnis, welches er in einer ungehinderten Entfaltung der menschlichen Arbeitsfreude auf der Basis kapitalistisch-marktwirtschaftlicher Produktionsverhältnisse lokalisiert sah, an. Dementsprechend schilderte DE MAN seine persönliche Motivationsquelle für die Studie – unter Bezugnahme auf zentrale Begrifflichkeiten des Frontmannes der frühen deutschen Arbeiterbewegung Ferdinand LASSALLE[838] – wie folgt: „Mein Interesse an dem Problem der industriellen Arbeitsunlust entspringt dem heißem Wünsche, Wege zu finden, die die arbeitende Menschheit von der Verdammnis der sinn- und lustlosen Fron befreien können. (…) neben der derzeit dringenden Frage, wie der „verdammten Bedürfnislosigkeit" der Massen abzuhelfen sei, gibt es eine noch viel dringendere, nämlich die, wie die bestehenden Bedürfnisse mit den bestehenden Mitteln besser befriedigt werden können"[839]. Wenden wir uns nachfolgend kleinschrittig den einzelnen Inhalten der Studie »*Der Kampf um die Arbeitsfreude*«, die DE MAN auf der Grundlage von insgesamt 78 durch Arbeiter und Angestellte beantworteten Fragebogen anfertigte, zu, so soll das analytische Hauptaugenmerk weniger auf das durchaus streitbare Untersuchungsdesign als vielmehr auf die wichtigsten Ergebnisse der Erhebung gelegt werden. Als zentrales Untersuchungsergebnis der DE MANSCHEN Studie kann die im zweiten Abschnitt der Schrift abgelichtete schematische Übersicht über die fördernden und hemmenden Elemente der Arbeitsfreude – die DE MAN im Stile der *Grounded Theory*[840] induktiv aus den Fragebogenaussagen ableitete – angesehen werden.[841] Nimmt man nun die von DE MAN zum Wiederaufflammen der Arbeitsfreude ins Felde geführten "*Therapeutika*" genauer in Augenschein, so erkennt man unweigerlich, dass DE MAN vorrangig auf eine sozial-ethische Kompensationstheorie abhebt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass DE MAN den einzig gangbaren Weg zur Transformation von Arbeitsunlust in Arbeitsfreude in einer gesamtgesellschaftlich zu installierenden Arbeitsgrundhaltung, die den sozialwertbildenden Charakter jeglicher Arbeit *in toto* anerkennt, begründet sah.[842]

Bevor nun im nachfolgenden die in seit 50er Jahren des 20. Jahrhunderts massiv einsetzenden Forschungsarbeiten zum Konstrukt der Arbeitszufriedenheit dargestellt werden sollen, möchte der Autor noch kurz die von Willy HELLPACH im Jahre 1912 angefertigte »*Tafel der Elementarformen von Arbeitsfreu-*

---

einige Jahre später seine innerbetrieblichen Erfahrungen zur Arbeitsfreude – in der Tradition eines handwerklich fundierten Arbeitsbegriffs – folgender maßen: „Jedenfalls ist mir das größte Maß von Arbeitsfreude in denjenigen Berufen entgegengetreten, welche der Individualität des Arbeiters noch eine gewisse Entfaltung gönnen; in denen Arbeiter das fertige Stück als Werk seiner Hand, seiner Geschicklichkeit, seiner Berufstüchtigkeit ansehen darf; in denen die Arbeiten in ihrem entscheidenden Teil durch die Hand *eines* Arbeiters ausgeführt werden, in denen so gewissermaßen noch eine persönliche Beziehung zwischen Arbeiter und Produkt besteht" [HERKNER 1921: 34].

838 das mittlerweile geflügelte Wort der »*verdammten Bedürfnislosigkeit*« nutze LASSALLE erstmalig in einer Rede am 17.Mai 1863 (vgl. LASSALLE 1970: 505).

839 DE MAN 1927: 288

840 vgl. STRAUSS & CORBIN 1996

841 vgl. DE MAN 1926: 145ff.

842 entsprechend findet sich in DE MANS Studie folgende Aussage: „Wenn ich Gewicht darauf lege, die Frage nach der Möglichkeit der Verwandlung oder Wiedererweckung von Arbeitsmotiven im Zusammenhang mit dem Arbeitspflichtgefühl wenigstens zu stellen, so leitet mich dabei die Überzeugung, dass die Lösung des Problems der Arbeitsfreude letzten Endes von der Verbreitung eines neuen Arbeitsethos abhängt, dessen Grundlage die Idee der Arbeitspflicht als Schuld an der Gemeinschaft wäre. Um es gerade heraus zu sagen: das Problem der Arbeitsfreude ist unlösbar, wenn man die sittliche Pflicht zur Arbeit für das Gemeinwohl nicht jedem anderen Arbeitsmotiv voranstellt. Ohne dieses Motiv die Arbeit zu einer reinen Freude gestalten zu wollen, wäre eine Quadratur des Zirkels" (DE MAN 1927: 183).

de«[843] vorstellen, da diese mitsamt ihrer Binnendifferenzierung eine wesentliche Ergänzung des obig abgebildeten Schemas von DE MAN bildet. HELLPACH splittete das Konstrukt Arbeitsfreude in insgesamt fünf Teilkomponenten auf, wobei er zwischen der Eignungs-, Schaffens-, Übungs-, Erzeugungs- und Lohnfreude unterschied. „Wer immer nun das viel missbrauchte Schlagwort: W i e d e r e r w e c k u n g d e r A r b e i t s f r e u d e im Munde führt" – so intoniert HELLPACH – „müsste sich und uns Rechenschaft darüber ablegen, w e l c h e Arbeitsfreude er verloren oder verkümmert glaubt und welche er wiedererwecken zu können meint. Erst dann lässt sich" – laut HELLPACH – „das Wie? und die Chance des Erfolges ernsthaft prüfen"[844]. Wenngleich HELLPACH auch keinerlei Anstrengungen hinsichtlich der empirischen Verifizierung seiner *Elementarformen der Arbeitsfreude* unternahm, kann das segmentierte Modell der Arbeitsfreude von Willy HELLPACH aus der historischen Warte der (Arbeits-) Zufriedenheitsforschung gewissermaßen als der erste zaghafte Versuch einer systematischen Operationalisierung des (multidimensionalen) Konstrukts Arbeitsfreude angesehen werden.

Wenden wir uns nun der sich in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg langsam entwickelnden Arbeitszufriedenheitsforschung (AZ-F), die insbesondere durch die Ergebnisse der in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts durchgeführten legendären Interviewstudien in den amerikanischen Hawthorne-Werken lanciert wurde[845], zu, so gilt es vorab die Frage zu beantworten, warum der historisch geläufige Begriff der Arbeitsfreude in den einschlägigen Forschungsarbeiten der Nachkriegszeit zunehmend[846] durch den Terminus der Arbeitszufriedenheit (AZ) ersetzt wurde. Für diesen Begriffswandel werden in der Literatur zur AZ-F vorrangig drei zentrale Gründe verantwortlich gemacht: *Erstens* wird die Ausklammerung des Terminus der Arbeitsfreude aus den neuren industriesoziologischen Forschungsuntersuchungen dadurch erklärt, dass der Begriff aufgrund seines emotionalen Konnotationsgehaltes als schlichtweg unwissenschaftlich empfunden wurde.[847] *Zweitens* wird der Begriffswandel darauf zurückgeführt, dass der Begriff der Arbeitsfreude einem infolge der Industrialisierung obsolet gewordenen handwerklichen Arbeitsbegriff aufsitze.[848] Zu guter letzt wird *drittens* der Übersetzungsvorgang des amerikanischen Konstrukts »*job-satisfaction*« für den Siegeszug des AZ-Begriffs verantwortlich gemacht.[849] Diese in der AZ-Literatur vorfindbare Enumeration wirkt nach Ansicht des Autors insofern unvollständig und befremdlich, als dass an keiner dem Autor bekannten Stelle in der Literatur die doch nahe liegende Vermutung geäußert wird, dass der Begriff der Arbeitsfreude aufgrund der nationalsozialistischen Instrumentalisierung des Affix *Freude* innerhalb der NS-Freizeitgemeinschaft »*Kraft durch Freude*« (KdF)[850] in den Nachkriegsjahren nicht salonfähig war und folglich sukzessive aus dem alltäglichen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch verbannt wurde.

Betrachten wir nun das mittlerweile unüberschaubar gewordene Forschungsvolumen zum Konstrukt AZ, welches laut einer Schätzung von BARRET bereits im Jahre 1972 die astronomische Zahl von über 4.000 Publikationen überschritt[851], unter den kapitelleitenden Fragestellungen nach der Entität und Ge-

---

[843] LANG & HELLPACH 1922: 100

[844] LANG & HELLPACH 1922: 141

[845] vgl. ROETHLISBERGER 1966 sowie ROETHLISBERGER & DICKSON 1939

[846] Vereinzelte Studien nutzen den Begriff der Arbeitsfreude auch noch nach dem 2. Weltkrieg: So z.B. FERBER 1951; 1961; 1969; FÜRSTENBERG 1991; GÖRSDORF 1958; HAHN 1965; JASPERS 1998: 57-61 und NOELLE-NEUMANN 1984

[847] vgl. MIKL-HORKE 1989: 142; FÜRSTENBERG 1991

[848] vgl. ALBERS 1993: 16; FERBER 1959: 1 und FÜRSTENBERG 1991

[849] vgl. ALBERS 1975: 483; FERBER 1959: 1 und GAWELLEK 1987: 19

[850] Eine ausführliche Beschreibung über die Entstehung und Funktion der KdF im Nationalsozialismus findet sich sowohl bei WEIß (1993) als auch in den biographischen Ausführungen Renate WALDS über ihren Vater Robert LEY, der als Initiator der KdF-Gemeinschaft gilt (vgl. WALD 2004: 63ff.).

[851] vgl. BARRET 1972; zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt WEINERT, demzufolge sich die Anzahl der veröffentlichten Forschungsarbeiten zum Konstrukt Arbeitszufriedenheit im Jahre 2004 auf ca. 5 000 beläuft (vgl. WEINERT 2004: 246).

nese der Zufriedenheit, so stellt sich zunächst erst einmal die Frage, welchen Motiven diese rasante Forschungsexpansion geschuldet ist. Wurden die historischen Vorläufer der AZ-Studien in Gestalt der empirischen Untersuchungen zur Arbeitsfreude noch mit dem primären Wunsch vollzogen, aus den Ergebnissen strategische Maßnahmen zur Stilllegung des innerbetrieblichen Klassenkampfes deduzieren zu können, so sind die in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts flächendeckend einsetzenden AZ-Studien zumeist gänzlich durch optimiertes Produktivitätsstreben determiniert. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die neuerliche Erfassung der AZ nicht etwa auf eine vermeintlich philanthropische Gemütsverfassung vereinzelter Produktionsmittelbesitzer – für welche die Zufriedenheit ihrer Arbeiter im Sinne der Humanisierung des Arbeitslebens einen Selbstzweckcharakter hat – zurückreicht, sondern fast ausnahmslos als Mittel zur Erreichung wertvoller Unternehmensergebnisse eingesetzt wird.[852] Gemäß dem Motto "*Glückliche Kühe geben mehr Milch*"[853] ging man von der These aus, dass eine ausgeprägte Arbeitszufriedenheit zu einer höheren Arbeitsleistung führe. Neben dieser Annahme eines positiven Zusammenhangs zwischen AZ und Arbeitsleistung, welche in der einschlägigen Literatur als empirisch gesichert gilt[854], existiert jedoch noch eine ganze Bandbreite weiterer unternehmensrelevanter Verhaltensdimensionen, die maßgeblich durch die unabhängige Variable der Arbeitszufriedenheit moderiert werden. Zur Illustration der gestiegenen Attraktivität einer zufriedenen Arbeiterschaft für die Betriebsleitung sollen nachstehend die dysfunktionalen Auswirkungen bestehender Arbeits*un*zufriedenheit (AuZ) auf das Arbeitsverhalten dargestellt werden. Ungeachtet der zum Teil äußerst instabilen und inkonsistenten empirischen Befundlage wird persistierende AuZ in der Literatur u.a. mit den folgenden negativen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht: längere Fehlzeiten[855], Kündigungsneigung[856], Beschwerdehäufigkeiten[857], Qualitätsmängeln[858], Absentismus[859], innerer Kündigung[860], Ausschuss- bzw. Schrottproduktion[861] sowie einer erhöhten Fluktuationsrate.[862] Darüber hinaus wird von einer nicht minder hohen positiven Korrelation zwischen AuZ und Arbeitsunfällen ausgegangen.[863]

Ehe nun im Folgenden einzelne Definitions- und Genesemodellen der AZ vorgestellt werden sollen, kann an dieser Stelle schon einmal *ad notam* genommen werden, dass die nach dem zweiten Weltkrieg massiv einsetzenden industriesoziologischen Forschungsbemühungen in der menschlichen AZ vordringlich eine ökonomisch gehaltvolle Ressource erblickten, die es zum Zwecke eines bestmöglichen Arbeitsergebnisses auszuschöpfen galt. So zielten *bspw.* auch die im Zuge der *Human-Relations-Bewegung* verabschiedeten Maßnahmen zur Humanisierung des industriellen Arbeitslebens, die vom einfachen '*Job Enlargement*' bis

---

[852] Zur reinen Instrumentalisierung der Arbeitszufriedenheit für unternehmerische Zwecke siehe insbesondere ALBERS 1993: 166; NEUBERGER 1984: 48-50; NEUBERGER 1987b: 149; NEUBERGER 1977b: 144; NEUBERGER 1985a: 186; VILMAR 1975: 36 und WIENDIECK 1980: 193. Vor diesem Hintergrund findet sich bei VON ROSENSTIEL der kluge Einwand, „(…) dass es die ernsthafte Berücksichtigung der Humanziele verbietet, in der Arbeitszufriedenheit nur ein Mittel zum Zweck zu sehen. Sehr wohl kann sie aber auch als Mittel zum Zweck betrachtet werden" [VON ROSENSTIEL 2007: 440]. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass Götz BRIEFS bereits im Jahre 1928 mit seinem Ausspruch „*Arbeitsfreude ist keine bloße Messer- und Gabelfrage*" zu einer analogen Einsicht gelangte (vgl. BRIEFS 1928: 147).

[853] vgl. NEUBERGER 1984: 50; WEINERT 2004: 440 sowie VON ROSENSTIEL 1975: 85

[854] vgl. VON ROSENSTIEL 1975: 72. Laut NEUBERGER bewegen sich die gefundenen Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung jedoch auf einem bescheidenen Niveau, dass den Korrelationskoeffizienten von 0.3 nur selten übersteigt (vgl. NEUBERGER 1985a: 200). Entsprechend geht man in der Literatur häufig von der Prämisse aus, das AZ eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für hohe Arbeitsleistung ist (vgl. ALBERS 1975: 484; Ders.1993: 166 sowie IAFFALDANO & MUSCHINSKY 1985).

[855] vgl. ALBERS 1975: 484; FISCHER & LÜCK 1972: 64; WEBER 1975: 44; BRUGGEMANN et al. 1975: 138 und VON ROSENSTIEL 2007: 442

[856] FISCHER & LÜCK 1972: 72 sowie BRUGGEMANN et al. 1975: 140

[857] NEUBERGER 1977b: 144

[858] SCHMIDT 1976: 236

[859] vgl. ALBERS 1975: 485; GAWELLEK 1987: 8 und NEUBERGER 1984: 47

[860] vgl. BRINKMANN & STAPF 2005 sowie PIPPKE 1998

[861] FISCHER & LÜCK 1972: 64; ALBERS 1993: 165 und BRUGGEMANN et al. 1975: 138

[862] vgl. GAWELLEK 1987: 8 und NEUBERGER 1977b: 144

[863] vgl. ALBERS 1975: 484; GRAF et al. 1957; MITTENECKER 1962; VON ROSENSTIEL 1975: 90 sowie Ders. 2007: 440. Keinen Zusammenhang zwischen Arbeitsunzufriedenheit und Arbeitsunfällen konnte hingegen SCHMIDT feststellen (vgl. SCHMIDT 1976: 236).

hin zur '*Teilautonomen Gruppenarbeit*' reichen[864], primär darauf ab, die negativen Auswüchse einer überdrehten Zersplitterung der Arbeitsverrichtungen[865] durch die Restitution der AZ zu überwinden.

Blickt man nun zur Beantwortung der Frage, was in der Industriesoziologie eigentlich genau unter dem Begriff der AZ verstanden wird, in die einschlägige nationale wie internationale Literatur, so wird man unweigerlich mit dem Tatbestand konfrontiert, dass es der AZF trotz ihrer myriadenartig anmutenden Publikationsfülle *bis dato* nicht gelungen ist, eine konsensfähige Definition ihres Untersuchungsgegenstandes zu verabschieden.[866] „Es besteht" – so der bekannte deutsche AZ-Forscher Oswald NEUBERGER – „keineswegs Einhelligkeit darüber, was unter Arbeitszufriedenheit zu verstehen ist"[867]. Die Gründe für das laut NEUBERGER in der Arbeitszufriedenheitsforschung vorherrschende „(…) fast babylonische Begriffschaos"[868] liegen jedoch meines Erachtens nur bis zu einem gewissen Grad in der schier unübersichtlichen Fülle heterogener AZ-Definitionen begründet, da der Begriff der AZ zuzüglich zu seiner uneinheitlichen Explikation in der entsprechenden Literatur häufig mehr oder minder synonym zu den Begriffen Arbeitsfreude[869], Berufsfreude[870], Werkszufriedenheit[871], Berufszufriedenheit[872], Betriebs-[873] und Organisationsklima[874], Arbeitsmoral[875] und Commitment [876] verwandt wir. Lässt man diese nach wie vor bestehenden Begriffbestimmungs- und Differenzierungsprobleme für den Moment einmal außen vor, so können die von NEUBERGER[877], ALBERS[878] und VON ROSENSTIEL[879] vorgeschlagenen allgemeinen AZ-Definitionen zu der folgenden Arbeitsdefinition zusammengefasst werden:

> *Unter dem Begriff der Arbeitszufriedenheit ist die kognitiv-evaluative Einstellung des Arbeitnehmers zu seiner gegenwärtigen beruflichen Arbeitssituation insgesamt und/oder deren einzelnen Teilaspekten (z.B. Aufstiegszufriedenheit, Lohnzufriedenheit etc.) zu verstehen.*

Nimmt man diese "*eklektizistische*" Arbeitsdefinition nun – ungeachtet ihrer reaktionären Subsumierung des AZ-Konstrukts unter ein allgemeines Einstellungskonzept[880] – genauer in Augenschein, so erkennt man, dass der Ausbildung des Gemütszustandes der AZ in Analogie zur Lebenszufriedenheitsforschung ein kognitiver Bewertungsmechanismus vorangestellt wird. Die in der AZF vorfindbaren kognitiven Erklärungsmodelle zur Genese der AZ gehen jedoch insofern über die im vorausgehenden Kapitel dargestellten kognitiven Mechanismen zur Entfaltung der Lebenszufriedenheit hinaus, als dass

---

[864] vgl. VILMAR 1973c und 1975: 33

[865] vgl. FRIEDMANN 1959: 3. Den signifikanten Einfluss der Arbeitszersplitterung auf die Unzufriedenheit des Arbeitnehmers veranschaulicht FRIEDMANN anhand einiger lesenswerter Beobachtungen in unterschiedlichen europäischen Fabriken (vgl. ebenda: 20-22).

[866] vgl. BRUGGEMANN et al. 1975: 13; FISCHER & LÜCK 1972: 69; GAWWELLEK 1987: 42 und NEUBERGER 1985a: 184

[867] NEUBERGER 1987b: 139

[868] NEUBERGER 1974a: 140

[869] vgl. ALBERS 1993: 161; GAWELLEK 1987: 8; MEYER 1982: 205 sowie NOELLE-NEUMANN 1984

[870] vgl. SPRANGER 1924: 241

[871] vgl. HINRICHS 1981: 149

[872] vgl. BLANCKENBURG 1958; BRUGGEMANN et al. 1975: 16-17; GIEGLER 1985; GRIMMER 1995; HOFSTÄTTER 1986: 85-86; KLEINBECK 1977; KRAMPEN 1978, 1981; KRAMPEN & SCHWAB 1980; KUNDI et al. 2001; LITTIG 1980; MERZ 1979 und 1980 sowie URBAN 1992. Unter Berufszufriedenheit wird in der Literatur zumeist die durchschnittliche Arbeitszufriedenheit *respektive* die Zufriedenheit mit der Berufswahl verstanden (vgl. CRITES 1969: 473).

[873] vgl. ADORNO & DIERKS 1955; ALBERS 1980; BRIEFS 1934; FRIEDBURG 1966; GÖTTE 1962; KROEBER-KENNTH 1957; LOIDOLT 1959c und PAUL 1951/52

[874] vgl. FISCHER 1989: 17ff. Ein in der Literatur vielfach berücksichtigter Abgrenzungsversuch zwischen den Konstrukten Betriebs- und Organisationsklima findet sich bei VON ROSENSTIEL, der die beiden Begrifflichkeiten entlang des Kontinuums „wertend" (BK) versus „nicht-wertende" (OK) voneinander separiert (vgl. VON ROSENSTIL 2006: 381ff.).

[875] vgl. NEUBERGER 1985a: 185-186 und VON ROSENSTIEL 2007: 430

[876] vgl. VON ROSENSTIEL 2007: 431 und WEINERT 2004: 247; „Die Konzepte Arbeitszufriedenheit und Commitment dürfen" – so WEINERT – „nicht verwechselt werden. Arbeitszufriedenheit ist die Einstellung der Mitarbeiter gegenüber ihrer Arbeit oder ihrer Arbeitssituation. Beim Commitment hingegen liegt der Schwerpunkt auf den Einstellungen des Mitarbeiters gegenüber der gesamten Organisation" [WEINERT 2004: 247].

[877] vgl. NEUBERGER 1977a: 67

[878] vgl. ALBERS 1993: 161

[879] vgl. VON ROSENSTIEL 2007: 430

[880] siehe zur inhaltlichen Abgrenzung des Zufriedenheitsterminus vom Einstellungskonstrukt insbesondere die einleuchtenden Ausführungen innerhalb des betriebswirtschaftlichen Zufriedenheitsdiskurses, welche im nachfolgenden Kapitelunterpunkt (2.7) eingehender erläutert werden.

sie neben den in der Lebenszufriedenheitsforschung gängigen Theorien des '*Sozialen Vergleichs*'[881] und der '*Erwartungserfüllung*'[882] weitere kognitive Ansätze feilbieten. So wird AZ in der einschlägigen Literatur unter anderem als Resultat einer Assimilation an bestehende '*Soziale Normen*'[883], eines '*fairen Austauschs*'[884] (z.B. zwischen Arbeitseinsatz und Lohnhöhe oder allgemeiner Gerechtigkeitsnormen) einer *Befriedigung „genuiner" Bedürfnisse*[885] oder einer zweckdienlichen '*Attribuierungsleistung*'[886] aufgefasst. Versuchen wir nun aus diesen heterogenen AZ-Erklärungsmodelle, auf die im nachfolgenden dritten Kapitel vor dem Hintergrund unterschiedlichster Ansätze zur Genese der PZ nochmals eindringlicher Bezug genommen wird, eine allgemeingültige Strukturformel *resp.* einen Minimalkonsens[887] zu deduzieren, so wird man des Umstandes gewahr, dass die Vielzahl der in der Literatur vorherrschenden AZ-Modelle allesamt auf einem schlichten Soll-Ist-Vergleich basieren.[888] Entsprechend kondensierte das Autorentrio BRUGGEMANN / GROSKURTH & ULICH aus dem Überangebot an verschiedenen Erklärungsmodellen zur Genese der AZ folgende allgemeine Strukturformel: „Arbeitszufriedenheit ist Ausdruck der Relation von Motiven, Bedürfnissen, Ansprüchen usw. einerseits und von Merkmalen der Arbeitssituation andererseits. Diese *beiden* Variablen-Gruppen fungieren in dem Modell *als Determinanten* der AZ. Die Relation stellt sich vom Standpunkt des Arbeitenden aus dar als eine Relation von Soll-Wert (beschrieben eben von Ansprüchen usw.) und Ist-Wert (den Merkmalen). Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit ist hier dann verstanden als eine Soll-Wert/Ist-Wert-Differenz unterschiedlicher Größe"[889]. Zu einer ähnlich gelagerten Einschätzung gelangt NEUBERGER, wenn er zu bedenken gibt, dass es „im Grunde (…) keine Zufriedenheit *mit* ohne Zufriedenheit *als* möglich [ist, T.K.]: Wenn es keinen intrapersonalen Vergleichs- oder Anspruchsstandard gäbe" – so der weise Einwand NEUBERGERS – „wäre Zufriedenheit undenkbar (…)"[890]. Ausgehend von diesem *begrifflichen Minimalkonsens*[891], demzufolge AZ als Übereinstimmungsmaß einer Soll-Größe – in der sich sowohl konkrete Erwartungen an die Erwerbsarbeit (z.B. Lohnerwartungen etc.) als auch allgemeine Sozialnormen etc. einnisten können[892] – mit einer

---

[881] So gelangten z.B. sowohl FORM & GESCHWENDER (1962) als auch FISCHER & LÜCK (1972) zu der interessanten Einsicht, dass sich Befragte, deren Väter eine höhere berufliche Stellung als sie selbst bekleideten, eine signifikant niedrige Arbeitszufriedenheit gegenüber solchen Befragten zeigen, die eine höhere berufliche Position als ihr Vater inne hatten.

[882] vgl. ALBERS 1993: 163

[883] Eine Bezugnahme auf '*Soziale Normen*' zur Erklärung der (hohen) Arbeitszufriedenheit findet sich in dem arbeitssoziologischen Klassiker »*Industriearbeit und Arbeiterbewußtsein*« von KERN & SCHUMANN; „Wenn so viele Arbeiter ihre Tätigkeit positiv bewerten und Zufriedenheit dokumentieren, so erklärt sich das zum Teil aus der Bedeutung, die der für unsere Gesellschaft zentralen Leistungsnorm und Arbeits- und Berufsorientierung auch innerhalb der Arbeiterschaft zukommt. Wo Erfolg in der Arbeit identifiziert wird, kann das Eingeständnis von Arbeitsunzufriedenheit leicht als allgemeine Erfolglosigkeit, als generelles Versagen interpretiert werden. Kritik an der Arbeit fällt dann fast zwangsläufig mit der Kritik an der eigenen Person zusammen: wem es nicht gelingt, die als unbefriedigend erkannte Situation zu beseitigen, stellt sich selbst in Frage. Der mit seiner Arbeit Unzufriedene muß angesichts der herrschenden gesellschaftlichen Normen damit rechnen, als Versager zu gelten, weil er in einer Situation verharrt, die ihm selbst als problematisch erscheint. Sich mit einer Arbeit zu arrangieren, 'alles in allem' zufrieden zu sein, auch wenn viele Einzelheiten negativ erscheinen, ist in dieser Situation leicht ein Gebot positiver Selbstinterpretation" [KERN & SCHUMAN 1973: 184]. Entgegen dieser Einschätzung geht der bekannte Lebensqualitätsforscher Wolfgang GLATZER davon aus, dass in der Gesellschaft gemeinhin keine generellen Erwartungen hinsichtlich positiver Zufriedenheitsäußerungen herrschen: „Die Artikulation von Unzufriedenheit" – so GLATZER – „ist sozial weitgehend akzeptiert, und in manchen Gruppen scheint eher die Erwartung zu bestehen, Unzufriedenheit offen zu zeigen" [GLATZER 1984: 239]. Kritisch zu der Annahme GLATZERS siehe u.a. MOGEL 1995: 42 sowie NOELLE 1977: 271]. Ohne an dieser Stelle nun für eine der beiden aufgezeigten polaren Einstellungen Partei ergreifen zu wollen, so kann in diesem Zusammenhang nichtsdestotrotz der beruhigende Sachverhalt zur Kenntnis genommen werden, dass in unserer Gesellschaft – entgegen den literarischen Horror-Szenarien von Stanislaw LEM (1978) und Heinrich BÖLL (2007a) – weder so genannte V-Leute (»*Verteidiger der allgemeinen Glückseligkeit*«) noch arglistige Polizisten mit harter Hand darüber wachen, dass kein Mitbürger ungestraft ein trauriges, unglückliches Gesicht aufsetzt.

[884] vgl. ADAMS 1963, 1965 und HOMANS 1968

[885] vgl. GROSKURTH 1974: 285 sowie PAWLOWSKY & FLODELL 1984

[886] vgl. BORG 1990; BORG & WÄCHTERHÄUSER 1990 sowie KRAMPEN 1981. Zum Einfluss '*internaler Kontrollüberzeugungen*' auf die allgemeine Lebenszufriedenheit siehe vor allem SCHUMACHER / LAUBACH & BRÄHLER 1995: 4, 10, 25 sowie TAYLOR 1995: 80ff. und TAYLOR & BROWN 1988

[887] vgl. GAWELLEK 1987: 20-22

[888] vgl. BRUGGEMANN et al. 1975: 52; BÜSSING 1991: 89; GAWELLEK 1987: 20; GEBERT & VON ROSENSTIEL 1981: 64ff und NEUBERGER 1985a: 188

[889] BRUGGEMANN et al. 1975: 52. Siehe ferner GROSKURTH 1974: 285

[890] NEUBERGER 1985a: 188

[891] GAWELLEK 1987: 21

[892] Laut GAWELLEK resultiert das in der Arbeitszufriedenheitsforschung oftmals beklagte *Begriffschaos* insbesondere daraus, dass es in der Literatur hinsichtlich der Soll-Größe keine Übereinstimmung gibt (vgl. GAWELLEK 1987: 21). Zu einer analogen Bestandsaufnahme gelangten BRUGGEMANN & GROSSKURTH: „Allgemein kann gesagt werden: Arbeitszufriedenheit ist das Resultat irgendwelcher und irgendwie entstandener Ansprüche an die Arbeitssi-

Ist-Größe aufgefasst werden kann, soll im Folgenden – in Anlehnung an die AZ-Rahmenmodelle von BRUGGEMANN et al. (1975)[893] und GAWLLEK (1987)[894] sowie des Drei-Komponenten-Modells der Einstellungsforschung[895] – ein Grundmodell der Arbeitszufriedenheit konzipiert und abgebildet werden, welches neben den rein kognitiv-evaluativen Elementen auch die Verhaltenskomponenten der Arbeits(*un*)zufriedenheit berücksichtigt.

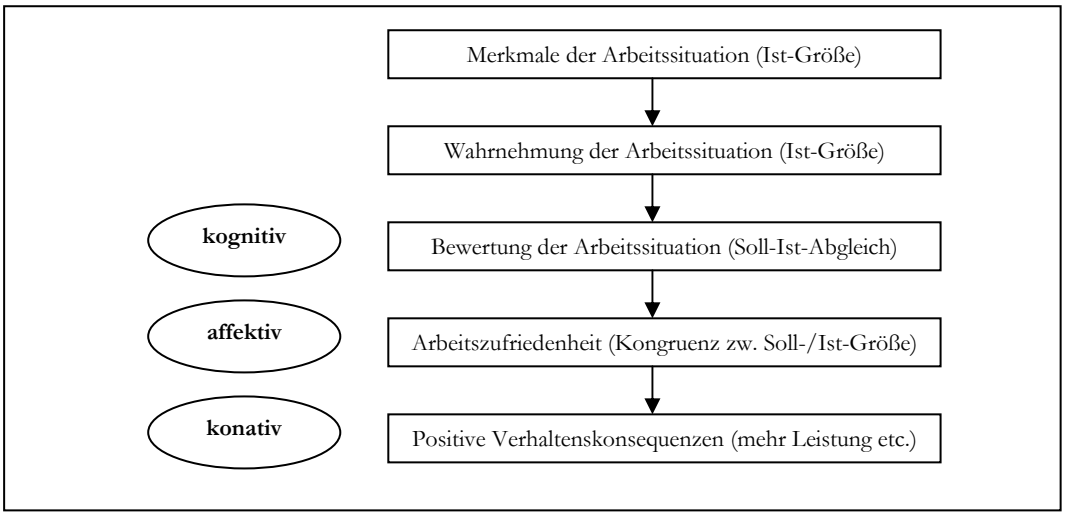


Abb. 22: Grundmodell der Arbeitszufriedenheit

Anhand diesem Grundmodel der AZ können wir nun, ehe abschließend noch kurz auf die in der Arbeits- und PZF vielfach rezipierten *Arbeitszufriedenheitsformen* von Agnes BRUGGEMANN[896] eingegangen werden soll, den etwaigen Erkenntniszuwachs der AZF für die allgemeine Zufriedenheitsforschung taxieren. Konnte in den voranstehenden Kapitelunterpunkten bereits zu Tage gefördert werden, dass die Zufriedenheit im Gegensatz zum Glück auf einer eher kognitiven Bewertung fußt, so kann eine der Hauptleistungen der AZF zur Erweiterung des Wissenskorpus der allgemeinen Zufriedenheitsforschung darin gesehen werden, dass sie aus der reichhaltigen Fülle ihrer zur Erklärung der Arbeitszufriedenheitsausbildung angebotenen kognitiven Theorien in Form des Soll-Ist-Modells eine spartanische Strukturformel dechiffrierte, die jedwedem Zufriedenheitsmodell notwendigerweise zugrunde liegen muss.[897] Darüber hinaus kann der AZF zu Gute gehalten werden, das sie erstmalig im Rahmen der allgemeinen Zufriedenheitsforschung auf die mit dem Gemütszustand der (Un-)Zufriedenheit unmittelbar verzahnten Verhaltenskonsequenzen aufmerksam machte. Synoptisch kann an dieser Stelle somit schon einmal festgehalten werden, dass die AZF insbesondere mit der Herausschälung der Verhaltenskomponente einen Grundstein legte, der maßgeblichen Anteil an der internationalen Forschungskarriere des Konstrukts Zufriedenheit hatte. Denn – soviel sei in diesem Zusammenhang prospektiv angemerkt – sowohl die Kundenzufriedenheitsforschung im Rahmen der Betriebswirtschaft als auch die systematische Erfassung der PZ innerhalb des Diskurses der Medizinischen-Soziologie befleißigen sich des Zufriedenheitskonstrukts vornehmlich mit der Intention, vermittels der Steuerung des Zufriedenheitsaufkommen das Ver-

tuation. Diese Gemeinsamkeit der verschiedenen Ansätze zerfällt jedoch sofort, versucht man, das 'irgendwelche' und 'irgendwie' zu konkretisieren" [BRUGGEMANN & GROSSKURTH 1977: 3].

[893] vgl. BRUGGEMANN / GROSSKURTH & ULICH 1975: 52

[894] vgl. GAWELLEK 1987: 9

[895] vgl. SCHMIDT / BRUNNER & SCHMIDT-MUMMENDEY 1975: 19ff.

[896] vgl. BRUGGEMANN 1974, 1975 und 1976

[897] vgl. GAWELLEK 1987: 21 sowie NEUBERGER 1985a: 188

halten ihrer Zielgruppe (z.B. Therapietreue, Loyalität, Mund-zu-Mund-Werbung, geringeres Beschwerdeaufkommen usw.) in die gewünschte Richtung zu lenken.

Wie obig bereits angekündigt wurde, soll zum Abschluss dieses Unterkapitels noch kurzerhand auf die verschiedenen Formen der AZ nach BRUGGEMANN[898] eingegangen werden, da dieser Ansatz – trotz seiner ungenügenden empirischen Fundierung[899] – in der Literatur zur Lebens-[900], Arbeits-[901], Kunden-[902] und PZF[903] nach wie vor – insbesondere zur Erklärung des in der gesamten Zufriedenheitsforschung vorherrschenden Phänomens der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte[904] – eine breite Anwendung erfährt. BRUGGEMANN unterscheidet in ihrem 1974 erstmalig publizierten »*Modell zur Unterscheidung qualitativ verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit*«[905] insgesamt sechs eigenständige Zufriedenheitstypen. Anschlussfähig an den obig aufgezeigten kleinsten gemeinsamen Nenner der mannigfachen AZ-Definitionen geht BRUGGEMANN davon aus, dass die AZ das Resultat eines komplexen psychischen Vergleichsprozesses zwischen einer Soll- und einer Ist-Komponente ist. Das auf den vorhergehenden Seiten abgelichtet und intensiv besprochene *Grundmodell der Arbeitszufriedenheit*[906] wird von Agnes BRUGGEMANN in einem ersten Schritt nun dahingehend modifiziert bzw. präzisiert, als dass sie die im Grundmodell prinzipiell offen konzipierte Soll-Dimension in ihrem Ansatz auf die a priorische Erwartungshaltung (Anspruchsniveau) der Arbeiter an ihre jeweilige Arbeitssituation eindampft. Nehmen wir im Folgenden das zur Veranschaulichung abgebildete Modell (siehe Abb. 23/Anhang) der unterschiedlichen AZ-Formen von BRUGGEMANN genauer in Augenschein, so erkennen wir unweigerlich, dass der Soll-Ist-Vergleich – je nach Konvergenz *resp.* Divergenz zwischen den Erwartungen und der subjektiv perzipierten Arbeitssituation – erst einmal entweder in einer »*Stabilisierten Zufriedenheit*« ("Feststellung von Befriedigung"[907]) oder »*Diffusen Unzufriedenheit*« ("Feststellung von Nicht-Befriedigung"[908]) mündet. Die Ausbildung der einzelnen qualitativ unterschiedlichen AZ-Typen hängt nun laut dem Modell von BRUGGEMANN davon ab, welchen *Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen*[909] sich der Arbeiter *in statu nasendi* befleißigt. Pointiert formuliert kann die Genese der heterogenen Arbeits-(*un*)zufriedenheitstypen sowohl auf die Mechanismen der Anspruchsregulation (Erhöhung, Aufrechterhaltung, Senkung) als auch auf die verschiedenen Ausformungen des Problemlösungsverhaltens (Coping-Strategien) zurückgeführt werden (siehe Tabelle 3/Anhang). Wenden wir uns nach dieser rhapsodischen Darstellung der einzelnen Arbeits(un)zufriedenheitstypen im Folgenden eingehender den beiden Formen der »*Resignativen-*« und »*Pseudo-Arbeitszufriedenheit*« zu, so gilt es in einem ersten Schritt den Leser darauf aufmerksam zu machen, dass ein ähnlich gelagerter Sachverhalt – sprich die nachträgliche Um-

---

[898] vgl. BRUGGEMANN 1974, 1975 und 1976

[899] So konnten die von BRUGGEMANN proklamierten Arbeitszufriedenheitstypen in verschiedenen Replikationsstudien (vgl. beispielsweise SCHWATLO 1977 und FELLMANN 1980a&b sowie 1981) nicht verifizieren. Entsprechend kommt NEUBERGER zu der Einsicht, „(…) dass die Operationalisierung der AZ-Typen durch BRUGGEMANN (…) unzulänglich ist, weil die theoretisch geforderte Differenzierung in sechs AZ-Typen z.B. bei Faktorenanalysen nicht bestätigt werden konnte" [NEUBERGER 1985a: 194]. Zur Kritik an dem Modell von BRUGGEMANN siehe ferner NEUBERGER 1987b: 147 sowie GAWELLEK 1987: 39-42.

[900] vgl. FAHRENBERG 1986: 349

[901] vgl. BÜSSING 1991; BÜSSING et al. 2000 sowie FISCHER & EUFINGER 1991

[902] vgl. HANSEN & EMMERICH 1998; HOMBURG & STOCK 2001a & 2001b; LINGENFELDER & SCHNEIDER 1991b; SCHÜTZE 1992; STAUSS & NEUHAUS 1995a&b, 1996 und 1999 sowie WEINHOLD & BAUMGARTNER 1981

[903] vgl. MÜHLICH-VON STADEN et al. 1982: 29

[904] Neben dem Erklärungspotenzial für das Phänomen der konstant hohen Arbeitszufriedenheitswerte (vgl. BUNZ et al. 1974; KERN & SCHUMANN 1970: 208; LEPSIUS 1960: 42ff. und NEUBERGER 1977b: 145) versprach man sich von dem BRUGGEMANN-Modell u.a. eine Erhellung des paradox anmutenden Ergebnisses, dass sich trotz einer ausgeprägten Arbeitszufriedenheit eine Vielzahl der befragten Arbeiter nach einem Arbeitsplatzwechsel sehnen (vgl. EULER 1977: 126).

[905] vgl. BRUGGEMANN 1974

[906] siehe Abbildung 22

[907] BRUGGEMANN 1974: 283

[908] ebenda

[909] BRUGGEMANN / GROSKURTH & ULICH 1976: 135

wandlung an und für sich bestehender Unzufriedenheit in Zufriedenheit *bzw.* die in verschiedensten Untersuchungen immer wieder anzutreffende Feststellung, dass sich die Befragten trotz augenscheinlich widriger objektiver Lebensumstände in der Mehrzahl als zufrieden beschreiben – in der Lebensqualitätsforschung unter dem Terminus des »*Zufriedenheitsparadox*« verhandelt wird.[910] Anhand der Abbildung des BRUGGEMANN-Modells (Abb. 23/Anhang) sowie der tabellarischen Auflistung der einzelnen AZ-Typen (Tab. 3/Anhang) konnte bereits verdeutlicht werden, dass insbesondere die der »*Resignativen*-« und der »*Pseudo-Zufriedenheit*«, welche in der einschlägigen Literatur als Kernelemente der BRUGGEMANN-SCHEN Phänomenologie beschrieben werden[911], vorgelagerten kognitiven *resp.* wahrnehmungsbezogenen Mechanismen, die maßgeblichen Moderatoren des Transformierungsprozesses von Unzufriedenheit in Zufriedenheit bilden. Wird im Rahmen des Entstehungsprozesses der so genannten »*Pseudo-Zufriedenheit*« die Metamorphose von Unzufriedenheit in Zufriedenheit vornehmlich durch eine unbewusste Wahrnehmungsverfälschung – z.B. indem „(…) besonders einfache Arbeitsvollzüge von den Arbeitenden als ausgesprochen kompliziert, spannend und variantenreich dargestellt werden“[912] – vollzogen, so fußt die Genese der »*Resignativen Zufriedenheit*« auf einer bewusst vorgenommenen Senkung der Erwartungshaltung bzw. des Anspruchniveaus.[913] Aufgrund der innerhalb der resignativen Zufriedenheitsausbildung bewusst durchgeführten Reduktion des Erwartungsniveaus wird in der Literatur die – zum Teil empirisch gestützte[914] – Vermutung geäußert, dass die resignative Zufriedenheit *in puncto* negativer Verhaltenskonsequenzen schwerer wiegt als die unbewusste Pseudo-Zufriedenheit. So mutmaßen *bspw.* BRUGGEMANN und Mitarbeiter (1975), dass bei bestehender resignativer AZ eine erhöhte Fluktuationsneigung besteht. „Es ist zu vermuten“ – so menetekelt das Autorentrio – „dass (…) [bei vorherrschender resignativer AZ, T.K.] die Fluktuationsneigung von Bewegungen des Arbeitsmarktes nicht unberührt bleibt. Gelegenheit zum Arbeitsplatzwechsel kann eine erneute Erhöhung des Anspruchniveaus

---

[910] Das Zufriedenheitsparadox (“*Adaption*“) beschreibt laut GLATZER den Tatbestand, dass die Bürger trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen zufrieden sind (vgl. GLATZER 1992: 51). Angemerkt sei an dieser Stelle, dass das Pendant zum Zufriedenheitsparadox in dem Begriff des so genannten *Unzufriedenheitsdilemmas* (“Dissonanz“) Gestalt annimmt. Folglich wird unter dem Unzufriedenheitsdilemma der trotz objektiv guter Lebensbedingungen unzufriedene Bürger subsumiert (vgl. GLATZER 1992: 51). Abschließend sein in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass sowohl das Zufriedenheitsparadox als auch das Unzufriedenheitsdilemma in der Lebensqualitätsforschung absolute Minoritäten darstellen. So kommt GLATZER zu dem Urteilsschluss, dass „nicht im Einzelfall, aber im Durchschnitt aller Bundesbürger gilt, dass diejenigen, die bessere Lebensbedingungen haben, auch zufriedener mit ihnen sind, und dass Schlechtergestellte unzufriedener sind. “Dissonante“ (Kombination: gute Lebensbedingungen/schlechtes Wohlbefinden) und “Adaptierte“ (Kombination: schlechte Lebensbedingungen/hohes Wohlbefinden) stellen Minderheiten dar. Die Gesellschaftspolitik kann also damit rechnen, dass sich eine Verbesserung der Lebensbedingungen in einer höheren Zufriedenheit der Bürger äußert“ [GLATZER 1992: 78]. Siehe zum *‚Zufriedenheits-’* bzw. *‚Wohlbefindlichkeitsparadox’* ferner die äußerst aufschlussreichen Artikel von HERSCHBACH 2002 und STAUDINGER 2000, wobei insbesondere STAUDINGER in ihrem Aufsatz sehr eindrucksvoll die *Grenzen des ‚Wohlbefindlichkeitsparadox’* aufzuzeigen vermag: „Diese Grenzen scheinen immer dann sichtbar zu werden“ – so STAUDINGER – „wenn Lebensbedingungen gegeben sind, die die Grundbedingungen menschlicher Existenz gefährden. Im Sinne der Motivationspsychologen Maslow könnte man argumentieren, dass bestimmte vornehmlich biologisch verankerte Grundbedürfnisse, wie Essen, Trinken, Unterkunft und Sicherheit erfüllt sein müssen, damit sich die Regulationskraft des Selbst entfaltet. Ist dies nicht der Fall, so sollten sich abfallende Wohlbefindenswerte zeigen. Betrachtet man die empirische Evidenz ist dies auch im hohen Alter unter starken gesundheitlichen Einschränkungen der Fall oder beim Vergleich von Gruppen an den beiden Enden der Einkommensverteilung. Ebenso wurden schon eingangs die Grenzen der protektiven Kräfte des Selbst diskutiert, als es um das niedrige SWB [subjektives Wohlbefinden, T.K.] in Ländern ging, in denen gewisse existenzielle Notwendigkeiten nicht erfüllt waren. Unter solchen stark existenzeinschränkenden und –gefährdenden Bedingungen tritt das Wohlbefindlichkeitsparadox nicht auf. (…) Wenn gewisse Notwendigkeiten des Überlebens nicht mehr gegeben oder gefährdet sind, scheint es der Überlebenswahrscheinlichkeit wenig zuträglich zu sein, diese durch eine rosarote Brille zu verharmlosen“ [STAUDINGER 2000: 193]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der renommierte Glücksforscher Ruut VEENHOVEN (1991: 14).

[911] vgl. HANSEN & EMMEICH 1998: 223

[912] ebenda

[913] Zur Verdeutlichung der Geisteshaltung, die der Ausbildung eines resignativen Zufriedenheitsurteils zugrunde liegt, sollen nachstehend zwei Items aus dem insgesamt sechzig Seiten umfassenden Arbeitszufriedenheits-Fragebogen (SAK) von BRUGGEMANN vorgestellt werden, mittels denen BRUGGEMANN dem Typus der »*Resignativen Arbeitszufriedenheit*« empirisch habhaft werden wollte. Item 1: *„Ich bin mit meiner Stelle zufrieden – ich sage mir immer, es könnte viel schlimmer sein“*; Item 2: *„Da ich nicht zuviel erwarte, kann ich mit meiner Stelle ganz zufrieden sein“* (vgl. NEUBERGER & ALLERBECK 1978: A25). In der Studie von BRUGGEMANN stimmen insgesamt 17% diesen Items zu [vgl. BRUGGEMANN 1975: 49]. Der Vollständigkeit halber sei in diesem Kontext darauf verwiesen, dass hinsichtlich der Arbeitszufriedenheitsform der »*Pseudo-Zufriedenheit*« von BRUGGEMANN kein Operationalisierungsversuch unternommen wurde (vgl. GAWELLEK 1987: 41; sowie HANSEN & EMMERICH 1998: 224, 234). Eine kritische Auseinandersetzung mit dem von BRUGGEMANN entwickelten Fragebogen (SAK) findet sich bei FISCHER & EUFINGER 1991: 116.

[914] So kommen bspw. STAUSS & NEUHAUS in ihrem *‚Qualitativen Kundenzufriedenheitsmodell’*, in welchem sie – in unmittelbarer Anknüpfung an das Arbeitszufriedenheitsdifferenzierungsmodell von BRUGGEMANN – insgesamt fünf unterschiedliche Zufriedenheitstypen unterscheiden, zu dem Ergebnis, dass sich die »*Resignativ Zufriedenen*« auf der Verhaltensebene durch eine geringere Weiterempfehlungsbereitschaft auszeichnen: „Während 57,0% der »Stabil Zufriedenen« den Anbieter »bestimmt« weiterempfehlen, stimmen lediglich 32,0% der »Fordernd Zufriedenen« dieser Aussage zu. Von den »Resignativ Zufriedenen« sind dies sogar nur 15,4%“ [STAUSS & NEUHAUS 1996: 133]. Insgesamt konnten STAUSS & NEUHAUS in ihrer Untersuchung 11,9% »*Resignativ Zufriedene*« Kunden ausfindig machen [vgl. STAUSS & NEUHAUS 1996: 132].

und als Folge die Fluktuationsneigung begünstigen“[915]. Einer empirischen Unterfütterung dieser Annahme bleibt das Autorentrio allerdings schuldig. Zusammenfassend muss das AZ-Differenzierungsmodell von BRUGGEMANN, aufgrund der nicht vorhandenen Korrelationsstudien – die einen realiter existierenden signifikanten Zusammenhang zwischen dem Typus der »*resignativen Arbeitszufriedenheit*« und dysfunktionalen Verhaltensweisen abzusichern vermögen – sowie der gänzlich fehlenden Operationalisierung der »*Pseudo-Zufriedenheit*«[916] und den *bis dato* misslungenen Replikationsvesuchen[917] äußerst kritisch bewertet werden. Denn solange keine empirisch abgesicherten Erkenntnisse über die Auswirkungen »*resignativer Arbeitszufriedenheit*« auf das konkrete Arbeitsverhalten vorliegen, muss man nach Ansicht des Autors in der Zufriedenheitsforschung von der mitunter zynisch anmutenden ’*Als-Ob-Prämisse der Zufriedenheit*’ ausgehen, d.h. „(…) dass Zufriedenheit, auch wenn sie sich wissenschaftlich nicht an eine „gute“ Realität binden lässt, eben doch als Zufriedenheit vorhanden ist“[918]. In Anlehnung an das Thomas-Theorem des symbolischen Interaktionismus lässt sich der vorausgehende Satz dahingehend verfeinern, dass es für eine pragmatisch orientierte Zufriedenheitsforschung vorderhand weniger von Interesse ist zu erfahren, auf welchem Wege die Zufriedenheitsurteil zustande gekommen *resp.* wie die einzelnen Zufriedenheitstypus in der jeweiligen Stichprobe verteilt sind, als vielmehr, dass die Befragten sich mit ihrer Arbeitssituation zufrieden erklären und somit ähnliche Verhaltenskonsequenzen an den Tag legen. Versucht man nun den unter dem so genannten Thomas-Theorem firmierenden Satz „*Wenn Menschen Situationen als real definieren, sind auch ihre Folgen real*“[919] im Lichte des obig aufgeworfenen Gedankenganges zu reformulieren, so kann gefolgert werden, das *„Wenn Menschen ihren Gemütszustand hinsichtlich der Arbeitssituation mit der Vokabel ’zufrieden’ real definieren, so sind auch ihre auf diesen Gemütszustand folgenden Verhaltenskonsequenzen als real zu bezeichnen.“* Ferner ist man in diesem Zusammenhang geneigt, den Terminus des Glücks aus dem bekannten Aphorismus Mark AURELS, demnach „Niemand (…) glücklich [ist, T.K.], der sich nicht dafür hält“, durch den Begriff der Unzufriedenheit zu substituieren. Getreu einer derartigen Abänderung des angeführten Bonmots von AUREL wäre also *niemand unzufrieden, der sich nicht selbst dafür hält.*[920]

---

[915] BRUGGEMANN / GROSKURTH & ULICH 1976: 141

[916] vgl. GAWELLEK 1987: 41

[917] vgl. NEUBERGER 1985a: 194 sowie Ders. 1987b: 146; Neben den missratenen Versuche, die Bruggemannsche-Typenlehre innerhalb der Arbeitszufriedenheitsforschung zu replizieren, sei der Leser an dieser Stelle auf eine Studie von FAHRENBERG et al. 1986 hingewiesen, in der die Autoren die Bruggemannschen Zufriedenheitstypen erfolglos auf den Untersuchungsgegenstand der Lebenszufriedenheit übertrugen (vgl. FAHRENBERG et al. 1986: 349, 352-352, 354).

[918] IPSEN 1978: 52

[919] THOMAS & THOMAS 1928: 114

[920] Vorwegnehmend sei an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass sich der Autor der vorliegenden Arbeit dezidiert von all jenen Erklärungsversuchen distanziert, die den empirischen Tatbestand einer kontraintuitiven *respektive* „regelwidrigen Zufriedenheit“ [NOELLE-NEUMANN 1977: 212], dies meint die Angabe von Zufriedenheitsurteilen trotz einer objektiv ungünstigen Lebenssituation, vermittels FEUDIANISCHER und MARXISTI-SCHER Termini eskamotieren wollen. Bemühungen dieser Art finden wir beispielsweise bei Erich FROMM und Peter GROSKURTH: „Gibt es irgendwelche empirischen Beweise dafür“ – so fragt FROMM – „dass die meisten Menschen heute von ihrer Arbeit nicht befriedigt sind? Wenn wir diese Frage zu beantworten versuchen, müssen wir unterscheiden zwischen dem, was die Menschen *bewusst* darüber *denken*, ob sie zufrieden sind, und was sie in dieser Beziehung *unbewusst fühlen.* Aus den Erfahrungen der Psychoanalyse geht hervor, dass das Gefühl, unglücklich und unbefriedigt zu sein, tief verdrängt sein kann. Jemand kann sich bewusst ganz zufrieden vorkommen, und seine unglücklich Grundstimmung kann sich nur in Träumen, in der psychosomatischen Krankheit, in Schlaflosigkeit und vielen anderen Symptomen äußern. Die Neigung zu verdrängen, dass man unglücklich und unbefriedigt ist, wird noch stark gefördert durch das weit verbreitete Gefühl, dass nicht zufrieden sein soviel bedeute, wie dass man »ein Versager«, dass man »komisch«, erfolglos ist und so weiter (…). Aber selbst die Daten, die sich auf die bewusste Zufriedenheit mit dem Job beziehen, sind recht aufschlussreich. Bei einer entsprechenden Umfrage auf nationaler Ebene äußerten sich 85 Prozent der Angehörigen freier Berufe und leitender Angestellter zufrieden und erfreut über ihren Beruf, gegenüber 64 Prozent der Angestellten und 41 Prozent der Fabrikarbeiter (…). Wir finden in diesen Zahlen eine signifikante Diskrepanz zwischen den Angehörigen freier Berufe und leitenden Angestellten einerseits und Arbeitern und kleinen Angestellten auf der anderen Seite. Bei den erstgenannten ist nur eine Minderheit unzufrieden – bei den letztgenannten über die Hälfte. Hinsichtlich der Gesamtbevölkerung bedeutet das, grob gesprochen, dass mehr als die Hälfte der berufstätigen Bevölkerung mit ihrer Arbeit bewusst unzufrieden ist und keine Freude daran hat. Wenn wir die unbewusste Unzufriedenheit mitberücksichtigen würden, wäre der Prozentsatz beträchtlich höher. Bei den 85 Prozent der »zufriedenen« Angehörigen freier Berufe und leitender Angestellter hätten wir zu untersuchen, wie viele von ihnen unter psychisch bedingtem hohen Blutdruck, unter Magengeschwüren, Schlaflosigkeit, nervöser Überreizung und ständiger Angespanntheit leiden. Wenn es auch hierüber keine genauen Daten gibt, kann doch kein Zweifel darüber bestehen, dass angesichts dieser Symptome die Zahl der wirklich zufriedenen Menschen, die Freude an ihrer Arbeit haben, noch viel kleiner sein dürfte, als aus den oben angegebenen Zahlen hervorgeht“ [FROMM 1981: 278-279]. Macht FROMM in dem rezitierten Passus noch den *deus ex machina* der *unbewussten Unzufriedenheit* für die hohen Zufriedenheitswerte verantwortlich, so glaubt GROSKURTH die Mehrzahl der zufriedenen Arbeiterschaft von einer *doppelten Entfremdung* infiziert sind, die den Arbeitern in Analogie zum Geisteskranken aufgrund der Ausbildung psychischen Form der Entfremdung keinen Einblick in die objektiven Entfremdungsprozesse erlaubt (vgl. GROSKURTH 1974: 287 sowie ISRAEL 1972: 106-107). Zu einer kritischen Besprechung des Diskurses *„falsch-hoher-Zufriedenheitswerte“* siehe ferner HOFSTÄTTER 1986: 130-131.

Ungeachtet der vorgetragenen Kritik an dem *Modell der heterogenen Arbeitszufriedenheitstypen* weisen die Ausführungen Agnes BRUGGEMANNS jedoch sowohl für die AZF im Speziellen als auch für die Zufriedenheitsforschung im Allgemeinen insofern einen bedeutenden theoretischen Erkenntniszuwachs auf, als dass sie allen voran mit den beiden Formen der »*Resignativen*-« sowie der »*Pseudo-Zufriedenheit*« in konzeptioneller Hinsicht auf den Tatbestand aufmerksam machte, dass eine *"objektiv"* – aus der Perspektive Dritter – als inhuman zu titulierende Arbeitssituation auf der Seite des Arbeitnehmers nicht notwendigerweise eine Gemütsbewegung der AuZ anstoßen muss. Wenngleich auch das numerische Aufkommen »*Resignativ Zufriedener*« in empirischen Studien zur Lebens-, Arbeits- und Kundenzufriedenheit als geringfügig einzustufen ist, so führt doch *bspw.* im Kontext der Arbeitszufriedenheitsforschung allein die Möglichkeit eines "*knechtisch zufriedenen Menschen*"[921] zur Disqualifizierung des Konstrukts AZ als alleini-

[921] VILMAR 1975: 36; In diesem Zusammenhang sei auf den historischen Passus eines unbekannten Redners auf einer Gewerkschaftstagung in den Anfängen des 20. Jahrhunderts verwiesen, der in Anschluss an das LASSALLESCHE Diktum der »*verdammten Bedürfnislosigkeit*« die „(…) Bedürfnislosigkeit und die Zufriedenheit der Arbeiterinnen als Verbrechen" [POPP 1922: 84] geißelte. Ferner sei vor diesem Hintergrund an ein aus dem Jahre 1845 stammendes Revolutionsgedicht *respektive* -lied mit dem Titel »*Deutsche Zufriedenheit*« erinnert, indem das bürgerliche Lebensideal der Zufriedenheit äußerst stark persifliert wird. Da dieses aus zufriedenheitstheoretischer Perspektive äußerst wertvolle Gedicht jedoch leider in keiner der vom Autor der vorliegenden Arbeit exzerpierten Schriften der allgemeinen und speziellen Zufriedenheitsforschung gewürdigt wurde, soll dieses der Vergessenheit anheim gefallene Gedicht nachstehend in seinem ganzen Umfang wiedergegeben werden:

Deutsche Zufriedenheit

Mitbürger, ach! Sei doch zufrieden
Und schickt euch in die böse Welt;
Das Los, das euch von Gott beschieden,
Trag jeder als ein Christ, ein Held.
Wer nur den lieben Gott lässt walten,
Der lässt auch alles hübsch beim alten:
Es gibt auf Erden weit und breit
Nichts Schönres als – Zufriedenheit!

Wenn sie ins Wanderbuch euch schreiben,
Viel Schand und Schimpf und Schimpf und Schand,
Wenn sie euch mit Gendarmen treiben
Gleich Vagabunden aus dem Land,
So lasst euch dieses nicht verdrießen,
Ein Wort kann alles ja versüßen:
Es gibt auf Erden weit und breit
Nichts Schönres als – Zufriedenheit!

Wenn ihr als armer Schlucker lungert,
Wenn's Hemd euch durch die Hosen blickt,
Wenn ihr vorm Haus des Reichen hungert,
Und wenn der Frost euch kneipt und zwickt,
Bedenkt: es kann ja hier auf Erden
Doch nicht ein jeder glücklich werden.
Den Großen Glück und Herrlichkeit,
Dem Volke – die Zufriedenheit!

Von Gottes Gnaden ist der König;
Wir sind nur seinetwegen dar,
Und murren wir einmal ein wenig –
Man schießt uns tot – halleluja!
So tät man's, so sei's, so muß es bleiben:
Drum, liebes Volk, sei doch gescheit,
Bewahre die – Zufriedenheit!

Und habt ihr alles auch verloren,
Und wird es euch so schwer und bang,
Und zieht man 's Fell euch über die Ohren –
Bedenkt – 's ist nur ein Übergang.
Lasst schinden, quälen euch und treten,
Ihr dürft ja – singen noch und beten,
Ihr habt – wie glücklich ihr doch seid!
Ja immer noch – Zufriedenheit!

Zufriedenheit sei meine Freude,
Zufriedenheit sei meine Lust,
In meinem abgeschabten Kleide
Herrsch dies Gefühl in meiner Brust!
Und bin ich gleich verlumpt, verdorben,

gem Prüfstein der Arbeitshumanität.[922] In letzter Konsequenz muss die Erkenntnis, dass von Arbeitszufriedenheitsurteilen niemals eins zu eins auf eine realiter existierende humane Arbeitssituation geschlossen werden kann, *in praxi* dazu führen, dass Ausmaß der Arbeitszufriedenheit nunmehr ausschließlich als relativer Indikator der Humanität des Arbeitslebens nebst anderen gehandhabt wird. Dem entgegen würde eine Introhniserung des Arbeitszufriedenheitskonstrukts zum alleinigen, absoluten Indikator der Arbeitshumanität der Gefahr Vorschub leisten, dass das progressiv kritisch-emanzipatorische Potenzial der Arbeitszufriedenheitsmessung zu einer *herrschaftsstabilisierenden Pseudo-Strategie der Humanisierung*[923] degeneriert.

2.8 Das Konstrukt der Zufriedenheit im betriebswirtschaftlichen Diskurs

Wenden wir uns im Folgenden mitsamt unserer kapitelleitenden Ausgangsfragestellungen „*Was ist Zufriedenheit?*" und „*Welche Komponenten bedingen ihren Entstehungsprozess?"* an den Diskurs der Betriebswirtschaft so gilt es in einem ersten Schritt das zur Disposition stehende semantische Untersuchungsfeld einzugrenzen, da innerhalb der einschlägigen betriebswirtschaftlichen Literatur eine Heerschar unterschiedlichster Begriffe koexistiert, denen das Affixoid der Zufriedenheit anhaftet. So kursieren in der betriebswirtschaftlichen Literatur neben den synonym verwandten Begriffen der Kunden-, Konsumenten- und Verbraucherzufriedenheit[924] *bspw.* Termini wie Händlerzufriedenheit[925], Herstellerzufriedenheit[926], Versorgungszufriedenheit[927] und Beschwerdezufriedenheit.[928] Vor dem Hintergrund dieses '*Begriffsdschungels*' wird sich der Autor in den nachfolgenden Ausführungen ausschließlich auf die Forschungsergebnisse zur Kundenzufriedenheit (KuZ), die im Gegensatz zur Händlerzufriedenheit auf die Anbieter-Kunden-Beziehung abhebt, stützen.

Vor Hunger endlich gar gestorben,
So schreibt mir aufs Grab groß und breit:
Der Kerl starb an – *Zufriedenheit!!*

†Amen†

[o.A. 1972: 185-187]

Das die Arbeiterbewegung in der Zufriedenheit eine revolutionsfeindliche Gemütsbewegung *respektive* eine „biedermeierbürgerliche Besänftigungsideologie" [URBACH 1975: 108] erblickte, zeigt sich zudem in dem 1930 niedergeschriebenen Gedicht »*Lob eines Revolutionärs*« von Bertold BRECHT: denn „wo er [der Idealtypus des Revolutionärs, T.K.] sich zu Tisch setzt" – so BRECHT – „setzt sich die Unzufriedenheit zu Tisch. (…)" [BRECHT 1953: 240].

[922] vgl. WIENDIECK 1980: 205 sowie TITZE 1975: 44

[923] Der Begriff »*Pseudo-Strategien der Humanisierung*« ist den Ausführungen des Nestors der deutschen kritisch-emanzipatorischen Arbeitssoziologie Fritz VILMAR entlehnt (vgl. VILMAR 1973c: 23 und 1975: 34).

[924] Betrachtet man die ersten deutschsprachigen betriebswirtschaftlichen Aufsätze und Monographien zum Thema Zufriedenheit, so erkennt man, dass das amerikanische Konstrukt „*Consum-er Satisfaction*" anfänglich mit den Begriffen der Kosumenten- und Verbraucherzufriedenheit (vgl. ANDREASEN 1982; BRUHN 1982; HANSEN & SCHOENHEIT 1987; KAAS & RUNOW 1984, 1987; MEFFERT & BRUHN 1979, 1981; RUNOW 1982 sowie WEINHOLD & BAUMGARTNER 1981) übersetzt wurde. Der gegenwärtig dominierende Terminus der Kundenzufriedenheit setzte sich hingegen erst in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend durch. Inwieweit der 'Siegszug' des Präfix »*Kunde*« dem Umstand einer gewandelten bewußteren und kritischen Einstellung der Abnehmerschaft hin zum „*mündigen Verbraucher*" (vgl. dazu SCHERHORN 1974) geschuldet ist, wird in der entsprechenden Literatur leider an keiner mir bekannten Stelle diskutiert.

[925] Das Konstrukt der Händlerzufriedenheit umfasst das Zufriedenheitsurteil von Händlern (z.B. Kfz-Werkstatt) gegenüber bestimmten Herstellerleistungen (z.B. Einhaltung versprochener Lieferzeiten). Ausführlich dazu MÜLLER 1996 sowie Ders. 1998: 242.

[926] Wolfgang MÜLLER zufolge „(…) ist es bei der Gestaltung vertikaler Marketingsysteme (insbesondere bei Franchising-Systemen) gebräuchlich, auch das Zufriedenheitsurteil von Herstellern dahingehend zu analysieren, in welcher Weise Handelspartner die erwünschten Leistungsbeiträge erbringen" [MÜLLER 1995, 1998: 243]. Derartige Zufriedenheitsurteile werden in der Literatur unter dem Terminus der Herstellerzufriedenheit, die im Kontext zunehmender Outsourcing-Praktiken mehr und mehr an Bedeutung gewinn, verhandelt.

[927] Unter das Konstrukt der Versorgungszufriedenheit, werden in der einschlägigen Literatur all jene Zufriedenheitsangaben subsumiert, die sich auf die Bewertung der konsumbezogenen Nahversorgung (z.B. Einkaufsmöglichkeiten etc.) beziehen (vgl. BAUER & FINCK 1980; BEESKOW 1985; DICHTEL et al. 1982; FINCK 1990; FINCK & NIEDETZKY 1980; KAGERMEIER 1991 sowie WEINHOLD & BAUMGARTNER 1981: 43ff.).

[928] Die Beschwerdezufriedenheit, als zentrale Zielgröße des unternehmerischen Beschwerdemanagements, kann als Resultat einer Übereinstimmungen zwischen den Erwartungen des Kunden an die Beschwerdelösung und den realiter zustande gekommenen Beschwerdeergebnis aufgefasst werden (vgl. HANSEN / JESCHKE & SCHÄBER 1995: 80-81 sowie HENNING-THURAU 1999: 214). Zur Exemplifizierung der ökonomischen Relevanz der Beschwerdezufriedenheit werde ich im nachstehend in knapper Form einige Ergebnisse der Studie von HENNING-THURAU (1999) hinsichtlich des Einflusses von Beschwerde(un)zufriedeneit auf das Weiterempfehlungsverhalten (Mund-zu-Mund-Werbung) vorstellen: So fand HENNING-THURAU in seiner Untersuchung nicht nur heraus, dass unzufriedene im Gegensatz zu zufriedenen Beschwerdeführer in quantitativer Hinsicht häufiger mit anderen Personen über ihre Beschwerde sprachen, sondern dass darüber hinaus rund ein Viertel der unzufriedenen Beschwerdeführer anderen Personen dringlichst von der Inanspruchnahme der betreffenden Leistung („Boykott-Empfehlung") abrieten (vgl. HENNING-THURAU 1999: 227-228). Zuzüglich der Auswirkungen auf das Weiterempfehlungsverhalten speist sich die Bedeutsamkeit der Beschwerdezufriedenheit für den Unternehmenserfolg aus dem in der Literatur vielfach vorgetragenen Rechenweg, dass die Neukundenakquirierung etwa vier- bis sechsmal kostenintensiver sei als die Kundenbindung (vgl. HOMBURG / SIEBEN & STOCK 2004: 25; KAMISKE et al. 1994: 181 sowie TÖPFER & CHINA 1997: 11).

Versuchen wir zuvorderst die Frage zu beantworten, welche historischen und zeitgenössischen Umstände dazu geführt haben, dass dem Konstrukt der »*Kundenzufriedenheit*« seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in Theorie und Praxis der Betriebswirtschaft eine nach wie vor ungebrochene Aufmerksamkeit[929] zuteil wird, so nimmt es nicht Wunder, dass die Beliebtheit dieses Forschungskonstruktes zur Gänze in seinen ökonomischen Vorteilen lokalisiert liegt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Betriebswirte in der Kundenzufriedenheit *ex professo* eine bedeutsame unternehmerische Zielgröße erspähten, die es zur Realisierung eines maximalen wirtschaftlichen Erfolges zu verwirklichen gilt.[930] Der zufrieden gestellte Kunde – so die einhellige, empiriegesättigte Meinung in der Literatur – kauft nicht nur mit hoher Wahrscheinlichkeit beim selben Anbieter wieder ein (Kundenbindung)[931], sondern betreibt darüber hinaus in Form von Mund-zu-Mund-Propaganda kostenlos Werbung für das jeweilige Unternehmen[932], weist eine höhere Fehler-[933] und Preistoleranz[934] auf und lässt sich eher zu Zusatzkäufen (Cross-Buying)[935] verleiten.

Ihren Ausgangspunkt nimmt die Kundenzufriedenheitsforschung (KuZ-F) in der sich anfangs der 70er Jahre des vorausgehenden Jahrhundert in den USA entwickelnden so genannten '*Consumer Satisfaction/Dissatisfaction-Forschung*'.[936] Als entscheidende Gründe, die zu Ausdifferenzierung dieser Forschungsrichtung Anlass gaben, werden in der Literatur neben einschneidenden Veränderungen der Markt- und Konkurrenzverhältnisse[937] infolge einer zunehmenden Globalisierung insbesondere die konsumkritischen Aktionen der Konsumerismusbewegung, die Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts in den USA ihren Höhepunkt erlebte[938], genannt. Entgegen der bereits in den Anfängen der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts anhebenden amerikanischen *'Consumer Satisfaction/Dissatisfaction-Forschung*' löste das Konstrukt Kundenzufriedenheit in der – mit Helmuth PLESSNER gesprochen – „*verspäteten Nation*“[939] Deutschlands, nach einer zögerlichen Rezeption der amerikanischen Forschungsergebnisse Ende der 70er Jahre[940] sowie vereinzelter eigenständiger empirischer Untersuchungen Auftakts der 80er Jahre[941],

---

[929] So erschienen laut HOMBURG & RUDOLPH (1997) allein in den USA, dem Wiegeland der Kundenzufriedenheitsforschung, im Zeitraum von 1975 bis 1990 weit über 700 Veröffentlichungen zum Thema Kundenzufriedenheit (vgl. HOMBURG & RUDOLPH 1997: 33).

[930] vgl. STAUSS & NEUHAUS 1996: 129.

[931] vgl. GIERL & BARTIKOWSKI 2002: 51; HERMANN / WRICKE & HUBER 2000: 131; HOMBURG & RUDOLPH 1997: 48-49; STAUSS & NEUHAUS 1996: 129 sowie WIEDMANN / HENNINGS & TILLEKE 2006: 40. Auf der Grundlage verschiedener empirischer Untersuchungen, die aufzeigen, dass einige Kunden trotz bestehender Zufriedenheit den Anbieter wechseln (vgl. GIERL 1993; REICHENHELD 1993 sowie REICHENHELD & ASPINALL 1994) bzw. das nur marginale Zufriedenheitsunterschiede zwischen treuen Kunden und wechselnden Kunden gefunden wurden (vgl. KIRCHLER / SOBOTKA & RODLER 2002: 367), wird die in der Kundenzufriedenheitsforschung ursprünglich angenommene Auffassung, dass eine hohe Kundenzufriedenheit zwangsläufig in einer ausgeprägten Kundenbindung mündet zunehmend kritisiert (vgl. HENNING 1996: 142; HOMBURG & WERNER 1998: 132 sowie STAUSS & NEUHAUS 1996: 129). Analog zur Einschätzung des Einflusspotenzials der Arbeitszufriedenheit auf die Arbeitsleistung scheint sich in der Kundenzufriedenheitsforschung die Ansicht durchzusetzen, dass die Zufriedenheit der Kunden eine notwendige aber keinesfalls hinreichende Voraussetzung für eine stabile Bindung des Kunden an das jeweilige Unternehmen darstellt (vgl. EGGERT & HELM 2002: 63; HENNING 1996: 142-143 sowie WIEDMANN / HENNINGS & TILLEKE 2006: 40). Neben der Kundenzufriedenheit haben laut der einschlägigen Literatur allen voran die Variablen »*Commitment*«, »*Vertrauen*« und »*Variety Seeking*« einen signifikanten Einfluss auf die Kundenbindung (vgl. DILLER 1992: 1182; HENNING 1996: 142; sowie MARQUART / KOCH & PECHTL 2006: 382-383).

[932] vgl. EGGERT & HELM 2002: 63, 65; GIERL & BARTIKOWSKI 2002: 51; KRAFFT 1999: 519; MEYER & DORNACH 1998: 39; RANAWEERA & PRABHU 2003 und RICHINS 1983. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass das Weiterempfehlungsverhalten sowohl zufriedener als auch unzufriedener Kunden vor dem Hintergrund der „*elektronische Mundwerbung*“ via Internet zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. dazu insbesondere HENNING-THURAU 2004 sowie HENNING-THURAU & HANSEN 2001).

[933] HOMBURG & WERNER 1998: 131

[934] vgl. ADAM et al. 2002; ANDERSON 1996; DILLER 2000; HOMBURG & RUDOLPH 1995: 43; MATZLER et al. 2003: 145 und STOCK 2003a.. Es sei in diesem Zusammenhang ferner auf die empirische Studie von HOMBURG & KOSCHATE (2004) verwiesen, die herausfanden, dass zufriedene Kunden hinter einer Preiserhöhung eher ein positives Motiv des Anbieters vermuteten (vgl. HOMBURG & KOSCHATE 2004: 326).

[935] vgl. MATZLER et al. 2003: 145 sowie WIEDMANN / HENNINGS & TILLEKE 2006: 40

[936] vgl. WEINHOLD & BAUMGARTNER 1981: 3. Zu einer analogen zeitlichen Einordnung gelangen ferner ARNOLD 1998: 126; KAAS & RUNOW 1984: 451; LINGENFELDER & SCHNEIDER 1991a: 109; MATZLER 2000: 5 und MÜLLER 1998: 242

[937] In diesem Zusammenhang finden sich in der Literatur u.a. folgende Schalwörter: Zunehmende Wettbewerbsintensität; Steigende Geschwindigkeit der Markenentwicklung; Wandel des Verkäufer- zum Käufermarkt; Geringere Produktlebenszeiten; Marktsättigung; Austragung des Wettbewerbs über die weichen Kennzahlen der Servicequalität (vgl. HANSEN & EMMERICH 1998: 221 sowie KAMISKE et al. 1994: 181).

[938] vgl. SELTER 1982: 23. Siehe ferner AAKER 1982; LINGENFELDER & SCHNEIDER 1991a: 109; MEYER 2002: 35 und SCHÜTZE 1992: 121

[939] vgl. PLESSNER 1962

[940] So findet sich in der deutschsprachigen Literatur zur „Kundenzufriedenheit“ nur ein einziger Zeitschriftsaufsatz, der sich in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts dem Thema Kundenzufriedenheit annahm (vgl. WIEKEN 1977). Der Vollständigkeit halber sei noch auf den Artikel „*Griesgram im Griff*“ von MEFFERT & BRUHN aus dem Jahre 1979 verwiesen, die im Rahmen eines internationalen Forschungsprojekts zum Thema Beschwerdeverhalten in Kooperation

erst in den 1990er Jahren einen wahren Forschungsboom aus.[942] Blickt man zur Gewahrwerdung der Motive, die für die rasante Konjunktur des KuZ-Konstrukts im deutschen Sprachraum verantwortlich zumachen sind, in die entsprechende Fachliteratur, so werden allen voran die Folgenden drei Gründe zur Erklärung herangezogen. *Erstens* wird der Anfang der 90er Jahre in lautstarker und emotional gefärbter Tonalge geführte mediale Diskurs über die »*Servicewüste Deutschland*« dafür verantwortlich gemacht, dass die Unternehmen vermehrt aus ihrem „*Kundenvergessenen-Dornröschenschlaf*“[943] aufschnellten.[944] *Zweitens* wird die ansteigende Beliebtheit der KuZ auf die im Zuge der Verwaltungsmodernisierung verabschiedeten '*Neuen Steuerungsmodelle*', in denen Kundenorientierung- und KuZ eine zentrale Größe bekleiden[945], zurückgeführt. *A fortiori* wird *drittens* der maßgebende Grund für den neuerlich entflammten Forschungsenthusiasmus um das Konstrukt *»KuZ«* in der Ausgangs der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts im deutschen Sprachraum einsetzenden '*Total-Quality-Management-Bewegung*' gesehen.[946] Ohne an dieser Stelle erschöpfend auf die einzelnen Strukturelemente des ganzheitlichen TQM-Konzeptes einzugehen, kann die dem KuZ-Konstrukt im Rahmen des TQM-Ansatzes zuteil werdende Nimbusstellung einerseits an dem prononcierten subjektiven Qualitätsverständnis, demnach nunmehr „Qualität (…) durch den Kunden definiert und bestimmt“[947] wird, abgelesen werden, sowie andererseits an der herausragenden Bedeutung der Kundenzufriedenheit innerhalb der umfangreichen Bewertungskriterien des seit 1988 in den USA verliehenen '*Malcom Baldrige National Quality Awards*'[948] für die Unternehmen mit der einträglichsten TQM-Implementierung. So entfallen von den maximal pro Unternehmen zu akkumulierenden 1.000 Gesamtpunkten insgesamt rund 300 Punkte auf die KuZ[949], d.h. „(…) dass allein bis zu einem Drittel aller in das Gesamturteil eingehender Bewertungspunkte durch ein optimales Programm zur Messung von Kundenzufriedenheit erzielt werden kann“[950].

Wenden wir uns im nachfolgenden der theoretischen Fundierung der KuZ zu, so sollen uns die im vorausgehenden Kapitelunterpunkt (2.7.1) geleisteten Ausführungen zur theoretischen Einbettung des Konstrukt »*Arbeitszufriedenheit*« als Referenzmodell dienlich sein, d.h. dass der Schwerpunkt der nachstehenden Ausführungen insbesondere darauf gelegt wird, inwiefern sowohl konzeptionelle Berührungspunkte zwischen den Konstrukten Arbeits- und Kundenzufriedenheit existieren, als auch inwieweit die theoretische Aufschlüsselung des KuZ-Konstrukts über das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit hinausragt. Pointiert formuliert sind die künftigen Notationen mit der Intention verfasst worden, innerhalb des KuZ-Diskurses mögliche Erkenntniszuwächse für die allgemeine Zufriedenheitsforschung auszuloten.

Versucht man in einem ersten Schritt die gemeinsamen Schnittmengen der Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung hinsichtlich der theoretischen Fundierung des Zufriedenheitskonstrukts herauszu-

---

mit dem Unfrageinstitut Emnid eine Untersuchung zum konsumbezogenen Unzufriedenheitsaufkommen in der deutschen Bevölkerung durchführten (vgl. MEFFERT & BRUHN 1979: 106).

941 vgl. insbesondere die Studien von BRUHN 1982; WEINHOLD & BAUMGARTNER 1981 und RUNOW 1982.

942 HANSEN / JESCKE & SCHÄBER 1995: 78; MATZLER 2000: 5 und MAYER 2002:34. Als Indizien für den aufkeimenden Kundenzufriedenheitsboom können meines Erachtens zuzüglich des seit Anfang der 90er Jahre in den einschlägigen betriebswirtschaftlichen Periodika wie z.B. *Marktforschung & Management*, *Marketing ZFP*, *Harvard Manager*, *Der Markt, Absatzwirtschaft*, *Planung & Analyse, Zeitschrift für Betriebswirtschaft* sowie dem *Jahrbuch für Absatz- und Verbrauchsforschung* zu verzeichnende Anstiegs des Forschungsvolumens zum Thema Kundenzufriedenheit insbesondere die Installation des branchenübergreifenden deutschen Kundenmonitors (vgl. MEYER & DORNACH 1992a&b sowie 1998) sowie der Verleihung des europäischen Qualitätspreises (*European Quality Award*), die beiderseits erstmalig im Jahre 1992 auf den Plan traten, gewertet werden.

943 In Anlehnung an den Buchtitel des Bestsellers „*Die kundenfeindliche Gesellschaft*“ von Minoru TOMUNGA (1996) könnte man diesem Zusammenhang gar von einem „*kundenfeindlichen-Dornröschenschlaf*“ sprechen, deren sich die Unternehmen bis in die Anfänge der 90er Jahre hinein bequemten.

944 vgl. HOMBURG & RUDOLPH 1995: 44 sowie MEYER 2002: 35

945 vgl. KLAUSENEGGER & SCHARITZER 2000: 281-282 sowie ALBERT 2006: 29

946 vgl. MATZLER 2000: 5

947 HOMBURG 1997: 237

948 vgl. HOMBURG 1994; 1997 sowie STAUSS 1994

949 vgl. GRIFFIN et al. 1995: 65 und HOMBURG 1977: 241

950 JUNG 1997: 143

klamüsern, so erkennt man unweigerlich, dass die Vielfalt der in der KuZ-F vorherrschenden Genesemodelle *dito* allesamt in ihrer Kernstruktur auf einen komplexen psychischen Soll-Ist-Wert-Abgleich rekurrieren.[951] Analog zur AZF herrscht *bis dato* weder in der nationalen noch internationalen KuZ-F auf der Ebene der theoretischen Modellbildung Einigkeit darüber, anhand welcher intrapsychischen Vergleichsstandards (Soll-Dimension) die Kunden die erfahrene Produkt- *bzw.* Dienstleistung (Ist-Dimension) auf ihre Zufriedenheit hin bewerten.[952] Wie der vorausgehende Satz bereits durchschimmern lässt, setzt sich der zentrale konzeptionelle *Erisapfel* der KuZ-F – in nahezu deckungsgleicher Übereinstimmung mit den Diskursen der Lebens- und Arbeitszufriedenheit – aus den divergierenden Ansätzen bezüglich der inhaltlichen Ausstaffierung der Soll-Komponente zusammen. Konkret gesagt, zeichnet sich die seit Anbeginn der amerikanischen *'Consumer Satisfaction/Dissatisfaction-Forschung'* in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts vehement geführte Diskussion über die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen des KuZ-Konstrukts vornehmlich dadurch aus, dass einerseits zwar im Kontrast zur Lebens- und Arbeitszufriedenheitsforschung eine enorme Fülle verschiedenartigster Vergleichsstandards sowohl beschrieben als auch empirisch überprüft wurden, andererseits jedoch aus eben diesem Sammelsurium heterogener Referenzgrößen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein integratives KuZ-Modell gebildet werden konnte.[953] Ohne an dieser Stelle nun minutiös auf die Vielzahl der im KuZ-Diskurs unter der Soll-Dimension verhandelten Konzepte eingehen zu wollen, soll der Leser nichtsdestotrotz kraft einer tabellarischen Übersicht nachstehend schlagwortartig über die unterschiedlichen Vergleichsstandards informiert werden.

Vergleichsstandard (Soll-Dimension)	**Diskussion *respektive* Anwendung bei folgenden Autoren**
Erwartungen	Miller 1977; Oliver 1980; Olson & Dover 1979; Schütze 1992; Summers & Granbois 1977; Swan & Trawick 1980; Swan / Trawick & Carroll 1982; Yi 1989; Zeithaml et al. 1992;
Wünsche	Lijander 1995; Raffée 1987; Spreng & Olshavsky 1989, 1992 und 1993; Spreng / McKenzie & Olsharvsky 1996; Woodruff et al. 1991
Hoffnungen	Westbrook & Reilly 1983
Präferenzen	Holbrook 1984; Westbrook & Reilly 1983
Ideale	Boulding et al. 1993; Fournier & Mick 1999; Holbrook 1984; Sirgy 1984; Teas 1993; Tse & Wilson 1988; Woodruff et al. 1991
Ansprüche	Lingen 1994; Runow 1982; Woodruff et al. 1991
Bedürfnisse	Lijander 1995; Westbrook & Reilly 1983; Woodruff et al. 1991; Myers 1988 sowie 1991
Werte	Westbrook & Reilly 1983; Day 2002; Runow 1982
Erfahrungsnormen	Cadotte et al. 1987; LaTour & Peat 1979 und 1980; Lijander 1995; Woodruff er al. 1983
Gerechtigkeits- und Fairnessnormen (Soziale Austauschnormen)	Adams 1963 & 1965; Bierhoff et al. 2004; Homans 1968; Müller 1998; Oliver 1993b & 1996; Oliver & De Sarbo 1988; Oliver & Swan 1989a & 1989b; Schmohr & Bierhoff 2006;
Soziale Vergleiche	Hansen & Emmerich 1998
Temporäre Vergleiche	Cadotte et al. 1987; LaTour & Peat 1979; Lijander 1995; Woodruff er al. 1983
Vergleiche mit reellen oder fiktiven Alternativ-Anbietern	Dröge et al. 1997; Felser 2004; Hagtvedet et al. 2007; Heckhausen 2000; Hermann & Seilheimer 2000; Inman et al, 1997; Inman & Zeelenberg 1998; Klauer 2006; Seilheimer et al. 2002; Taylor 1997; Tsiros & Mittal 2000; Wagenheim et al. 2002

Tab. 4: Unterschiedliche Vergleichsstandards im Rahmen von Kundenzufriedenheitsmodellen

Wenngleich die obige tabellarische Darstellung nun keineswegs den hybrisartigen Anspruch erhebt, sämtliche der im KuZ-Diskurs diskutierten Vergleichsstandards abgebildet zu haben, so lässt sich an der offenkundigen Inhomogenität der *dreizehn* angeführten Referenzgrößen[954] gleichwohl noch mal eindrucksvoll der vorausgehend bereits erläuterte Befund ablesen, dass in der KuZ-F bis zum gegenwärti-

[951] vgl. GIERL & BARTKOWSKI 2002: 51; GIERL & HÖSER 1992: 78; HANSEN & EMMEICH 1998: 221; HERMANN et al. 1998: 1228; HERMANN et al. 1999: 680; HERMANN & SEILHEIMER 2000: 14; HOMBURG & RUDOLPH 1997: 33; HOPP 2000: 35; ÖLANDER 1977: 412; POIESZ & GRUMBKOW 1988: 586; SCHÜTZE 1992: 129 und STAUSS 1999: 8

[952] vgl. DAY 1982 & 1984; SCHÜTZE 1992: 121, 129; STAUSS 1999: 6 sowie STAUSS & SEIDEL 1997: 188

[953] vgl. MÜLLER 1998: 239; KRAFFT 1999: 517

[954] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die in der Literatur vielfach herangezogenen Übersichtsarbeiten von FOURNIER & MICK (1999), WIRTZ (1993) und WOODRUFF et al. (1991) nur zwischen drei und fünf verschiedenen Vergleichsstandards differenzieren.

gen Zeitpunkt kein Konsens hinsichtlich der konkreten, inhaltlichen Ausgestaltung des Vergleichsstandards (Soll-Dimension) erzielt werden konnte.

Bevor wir nun nachstehend detailliert auf den in der KuZ-F am häufigsten Anwendung findenden Vergleichsstandard, in Worten die »*präkonsumistische Erwartungshaltung*«[955], eingehen, soll vorab noch kurz das so genannte »*Confirmation/Disconfirmation-Paradigma*« – welches als allseitig akzeptiertes Grundgenesemodell der KuZ seiner KUHNSCHEN-Endung[956] gebührend Rechnung trägt – vorstellt werden. Betrachtet man nun die in Abbildung 24 abgelichtete Modellstruktur des »Confirmations/Disconfirmations-Paradigmas«, so wird man sich *prima facie* des im vorausgehenden Textabschnittes explizierten Umstandes bewusst, dass die Ausbildung der KuZ in Analogie zum Rahmenmodell der AZ auf einen psychischen Soll/Ist-Vergleichsprozesses abhebt. Gemäß der Modellstruktur des '*C/D-Paradigmas*' resultiert KuZ aus einer Entsprechung (*Konfirmation*) oder Übertreffung (*positive Diskonfirmation*) der prekonsumistischen Soll-Leistung durch die postkonsumistische Ist-Leistung. Im Umkehrschluss zur KuZ-Genese führt die Unterschreitung (*Negative Diskonfirmation*) der a priori an das Produkt *resp.* die Dienstleistung gestellten 'Soll-Leistung' durch das subjektiv perzipierte Konsumerlebnis (Ist-Leistung) zu Unzufriedenheit.

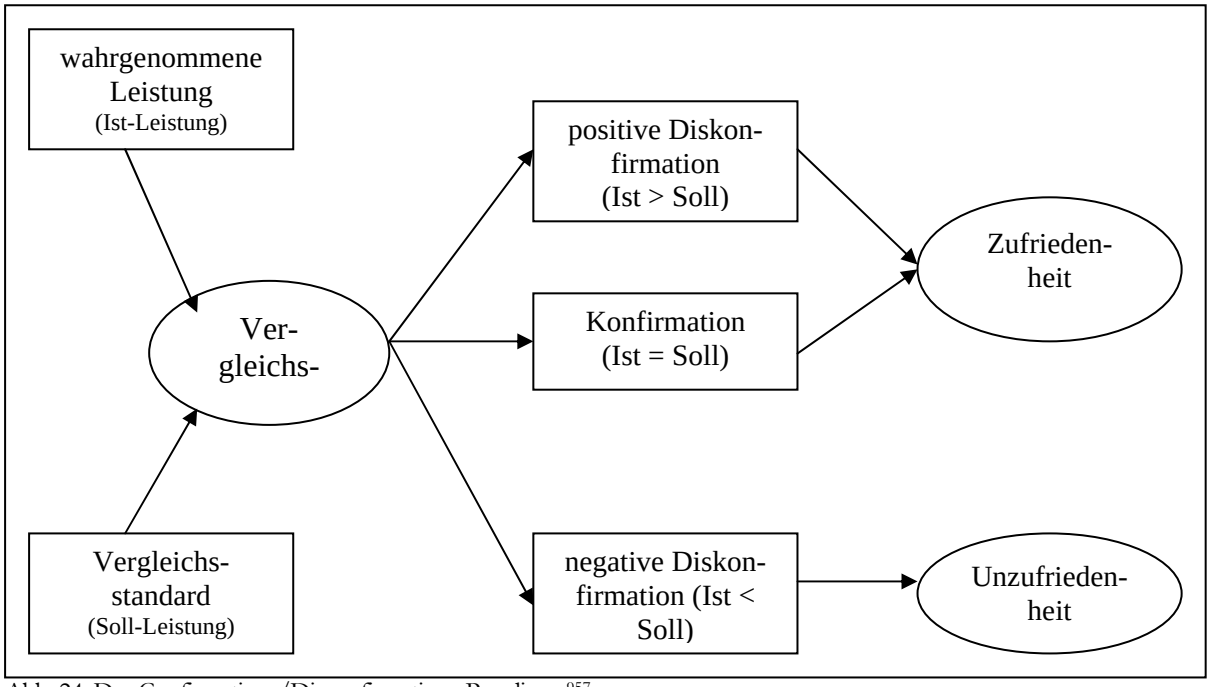


Abb. 24: Das Confirmations/Disconfirmations-Paradigma[957]

Versuchen wir nun die einzelnen Strukturkomponenten des C/D-Paradigmas näher zu konturieren, so zeigt sich vorderhand, dass die in den Vergleichsprozess als Referenzkategorie eingehende Soll-Komponente aufgrund ihrer neuralgischen Potenzialität in der Grundstruktur des C/D-Paradigmas absichtlicht offen konzipiert wurde[958], da sich die myriadenhaft anmutende Anzahl heterogener KuZ-Entstehungsmodelle vornehmlich hinsichtlich ihrer divergierenden Vergleichsstandards (siehe Tabelle 4) unterscheiden. Ungeachtet der in der betriebswirtschaftlichen Literatur zum Thema KuZ kursierenden Vielzahl verschiedenster Vergleichsstandards, sowie der höchst in-

[955] vgl. WIRTZ 1994: 154
[956] vgl. KUHN 1976
[957] Herstellung des Autor in Anlehnung an HOMURG / GIERING & HENTSCHEL 1999: 176
[958] vgl. HOMBURG & WERNER 1998: 132

teressanten Forschungsergebnisse von WOODRUFF et al. (1983)[959], MICHALOS (1985)[960], TSE & WILSON (1988)[961] und CADOTTE et al. (1987)[962] die unabhängig voneinander zu der Einsicht gelangten, dass ein Individuum in den Prozess der Zufriedenheitsbildung mitunter mehrere Vergleichsstandards (z.B. Gerechtigkeitsnormen, Sozialer Vergleichsnormen, Erwartungen etc.) simultan einbezieht, werde wir nachstehend ausschließlich auf eine erwartungsgestützte Variante des C/D-Paradigmas – das so genannte »*Expectation-Disconfirmation Model*«[963] – Bezug nehmen, welche in der Forschung *bis dato* sowohl in theoretischer als auch empirischer[964] Hinsicht eine vorherrschende Stellung einnimmt.[965] Angemerkt vor diesem Hintergrund, dass die ausnahmslose Rekurration auf das »*Expectation-Disconfirmation Model*«, neben der breiten wissenschaftlichen Rezeption dieses Erklärungsmodels, zwei weiteren Umständen geschuldet ist. *Erstens* werden alternative KuZ-Theorien *resp.* Vergleichsstandards innerhalb des nachstehenden dritten Kapitels eingehender besprochen sowie auf ihre Erklärungskraft der PZ hin überprüft und *zweitens* können anhand der differenzierten Aufschlüsselung des Erwartungsbegriffs innerhalb der Forschungsbemühungen zum »*Expectation-Disconfirmation Model*« die maßgeblichen Erkenntniszuwächse, welche die KuZ-F der allgemeinen Zufriedenheitsforschung auf konzeptioneller Ebene angedeihen lässt, dingfest gemacht werden. Dementsprechend werden wir im Rahmen des nachfolgenden Argumentationsganges die These zu belegen versuchen, dass die primäre wissenschaftliche Innovation der KuZ-Forschung darin lokalisiert liegt, den in der Arbeits- und Lebenszufriedenheitsforschung eher stiefmütterlich behandelten Erwartungsbegriff umfassender erforscht zu haben. Dass sich der KuZ-Diskurs nebst der angesprochenen Erkenntnisse hinsichtlich des Erwartungskonstrukts (Klassifizierung von Erwartungstypen[966], Beschreibung zentraler Einflussgrößen auf die Erwartungsbildung[967], Diskussion unterschiedlicher Erwartungsintervalle[968], Ergründung des Einflusses der jeweiligen Erwartungskomponente auf die Gesamtzufriedenheit[969], Bildung von theoretischen Modellen zur Enthüllung des dynamischen Charakters von Erwartungen[970], Entwicklung eines systematischen Erwartungsmanagements[971] etc.) noch um weitere, für die allgemeine wie spezielle Zufriedenheitsforschung ebenso interessanten Einsichten verdient gemacht hat, werden wir am Ende des vorliegenden Kapitelunterpunktes in knapper Form aufzuzeigen versuchen. Prospektiv sei diesbezüglich schon einmal angemerkt, dass insbesondere die in der KuZ-F einerseits vollzogene Abgrenzung zwischen den wiederholt synonym verwandten Konstrukten »*Kundenzufrieden-*

[959] vgl. WOODRUFF et al. 1983: 299
[960] vgl. MICHALOS 1985
[961] vgl. TSE & WILSON 1988: 206
[962] vgl. CADOTTE et al. 1987: 313
[963] vgl. hierzu insbesondere OLIVER 1980 sowie OLSON & DOVER 1979
[964] siehe dazu allen voran das international bekannteste Messinstrument namens »*SEVQUAL*« von ZEITHAML / PARASURAMAN & BERRY 1992. Zur Kritik an diesem Messinstrument, insbesondere der innerhalb des Fragebogens genutzten Doppelskala (Erwartungs- plus Wahrnehmungsaussage), sei der Leser an diese Stelle auf die Ausführungen von CRONIN & TAYLOR 1994; GIERL & HELM 1998 sowie HENTSCHEL 1990 verwiesen.
[965] vgl. HOMBURG & RUDOLPH 1997: 39; HOPP 2000: 43; MATZLER et al. 2005: 303; MÜLLER 1998: 243 sowie SZYMANSKI & HENARD 2001: 22ff.
[966] vgl. BRUHN 2000: 1034; BRUHN 2008: 42; BRUHN & GEORGI 2000: 188; GEORGI 2001: 96; LILJANDER & STRANDVIK 1993a&b sowie NGO-BO 1997
[967] vgl. BERGMANN 2002; GIERL & SATZINGER 1998; ZEITHAML / PARASURAMAN & BERRY 1992: 32ff. sowie ZEITHAML / BERRY & PARASURAMAN 1993
[968] vgl. HALLER 1995: 37ff.; JOHNSTON 1994; LILJANDER & STRANDVIK 1993a sowie PARASURMAN / ZEITHAML & BERRY 1991. Bezüglich der Fruchtbarmachung dieser Ansätze für die PZ siehe insbesondere HOPP 2000: 110; HRIBEK 1999: 81-94 und KNOP 2002: 102ff.
[969] vgl. BAILOM et al. 1996; KAAPKE & HUDETZ 1998; MATZLER et al. 2005 und SAUERWALD 2000
[970] vgl. dazu insbesondere die Diskussion um den Erklärungswert der so genannten Opponent-Prozess-Theorie in den Ausführungen von BRUHN / RICHTER & GEORGI 2006: 119; HÖLZING 2007: 99-110 sowie MATZLER 1997 und 2000
[971] vgl. BOULDING et al. 1993; BRUHN 2008: 238-278; BRUHN & GEORGI 2000; KARTEN 2004: 24ff.; KOPALLE & LEHMANN 2001; RICHTER 2005: 179-234; SHETH & MITTAL 1996; SIEMS & RICHTER 2007 sowie ZEITHAML / PARASURAMAN & BERRY 1992: 141ff. „Zielsetzung ist es (…), durch ein systematisches *Erwartungsmanagement* bei den Kunden ein realistisches Niveau von Erwartungen zu etablieren, um durch die eigene Leistungserfüllung die wahrgenommene Dienstleitungsqualität zu steigern" [BRUHN & GEORGI 2000: 185]; Siehe zur Beeinflussbarkeit des Reverenzniveaus der Kunden durch den Anbieter auch den lesenwerten Aufsatz von GIERL & STUMPP 2000

heit«, »*Einstellung*« und *»Qualität«*[972] sowie andererseits die Vielzahl der empirisch belegten funktionalen/dysfunktionalen Verhaltensausauswirkungen infolge von Kundenzufriedenheit/Kundenunzufriedenheit dem allgemeinen Zufriedenheitsdiskurs sowohl neue Einsichten als auch weiteres Beweismaterial zur Unterfütterung althergebrachter Annahmen beschert.

Wenden wir uns nach diesen Präliminarien zum weiteren Verlauf des vorliegenden Unterkapitels nun aber der inhaltlichen Ausstaffierung des Erwartungsbegriffs innerhalb des »*Disconfirmation-Confirmation of Expectations-Models*«, demzufolge KuZ als das Ergebnis der Übereinstimmung *resp.* des Übertreffens von prekonsumistischer Erwartungshaltung (Soll-Leistung) und postkonsumistisch perzipierter Produktbeschaffenheit (Ist-Leistung) angesehen werden kann, zu, so gilt es in einem ersten Schritt den definitorischen Nukleus herauszuschälen. Adressiert man nun an die einschlägige betriebswirtschaftliche Fachliteratur die Frage nach der begrifflichen Fassung des Erwartungsterminus *bzw.* der spezifischen Operationalisierung des Erwartungskonstrukts, so offenbart bereits eine kursorische Lesart der landesinneren sowie landesübergreifenden Literatur zur KuZ, dass die obige angeführte Lobhudelei hinsichtlich des differenzierten Umgangs mit dem Erwartungsbegriffs nur auf eine verschwindend geringe Anzahl von Forschungsarbeiten zutrifft. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Majorität der betriebswirtschaftlichen Publikationen zum Konstrukt »*KuZ*« bezüglich des Erwartungsterminus einen äußerst prekären Umgangsstil pflegt, welcher hauptsächlich anhand der folgenden drei devianten Verhaltensweisen *resp.* Problemstellungen zum Ausdruck kommt: *Erstens* wird der Erwartungsbegriff in der Literatur zuhauf gänzlich *pragmatisch* und *inhaltsleer* verwandt. Dass heißt, dass der Erwartungsbegriff zwar als primärer Vergleichsstandard innerhalb des »*Expectation-Disconfirmation Model*« allenthalben genannt, jedoch zumeist inhaltlich nicht näher bestimmt wird.[973] Somit kann an dieser Stelle schon einmal *horribile dictu* konstatiert werden, dass das Gros der Veröffentlichungen zum Thema KuZ einer hinreichenden Beantwortung der ebenso wichtigen wie banalen Frage „*Was sind Erwartungen?"* schuldig bleibt. *Zweitens* lässt sich darüber hinaus in der Literatur fast ebenso häufig eine gewisse Form der *Begriffsamalgamierung* resp. *-verwässerung* ausfindig machen, die auf den unerbaulichen Umstand zurückgeführt werden kann, dass der Erwartungsterminus in der KuZ-Literatur mehrheitlich bedeutungsäquivalent zu den Begrifflichkeiten: '*Wünsche*', '*Forderungen*', '*Bedürfnisse*', '*Ideale*', '*Ziele*', '*Werte*', '*Ansprüche*'[974] usw.; gebraucht wird. Zu guter letzt kann in diesem Zusammenhang *drittens* ad notam genommen werden, dass ausgehend von der durchgängig akzeptierten Erwartungsdefinition, der zufolge Erwartungen subjektive Annahme oder Hypothesen über zukünftiger Ereignisse darstellen, in der Kundenzufriedenheitsforschung eine schier unübersichtliche Fülle heterogener Erwartungstypen (siehe dazu die dritte Spalte in nachstehenden Tabelle 5) entwickelt wurde.

[972] vgl. zur Abgrenzung dieser Konstrukte vor allem HALLER 2005: 38-40; SCHARNBACHER & KIEFER 1998: 13; SCHÜTZE 1992: 124; STAUSS 1999: 11-12; STAUSS & SEIDEL 1997: 188 sowie STOCK 2003b: 24ff.

[973] vgl. SCHÜTZE 1992: 129-130

[974] vgl. KNOP 2002: 82; LECHER 2002: 73 und SCHÜTZE 1992: 129

Autoren	Definition	Erwartungstyp	Grund-typoen
Miller 1977; Tse & Wilson 1988	Vorstellung von einer nicht zu übertreffenden Leistung	Idealniveau	Normativ
Parasuraman et al. 1988; Boulding et al. 1993	Leistungsniveau, das der Kunde sich wünscht bzw. das der Anbieter liefern sollte	Erwünschtes Niveau	
Cadotte et al. 1987	Vorstellung von der Qualität der Leistungen des aus Kundensicht besten Anbieters einer Kategorie	Best-Brand Niveau	
Cadotte et al. 1987; Gupta & Stewart 1996	Vorstellung von der typischen oder durchschnittlichen Qualität sämtlicher dem Kunden bekannten Leistungen einer Kategorie	Product-Type-Niveau	
Zeithaml et al. 1993	Leistungsniveau, das vom Kunden gerade noch realistischerweise akzeptiert wird	Angemessenes Niveau	
Miller 1977	Leistungsniveau, das vom Kunden gerade noch akzeptiert wird	Minimal tolerierbares Niveau	
Miller 1977 ; Boulding et al. 1993	Vorstellung von dem Niveau, dass der Kunde unter Berücksichtigung seines Aufwands und den gegebenen Möglichkeiten verlangt	Verdientes Niveau	
Olson & Dover 1979; Cadotte et al. 1987; Boulding et al. 1993	Vorstellung von der Qualität der Leistung eines bestimmten Anbieters	Vorhergesehenes Niveau	Prädikativ
Miller 1977	Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses	Wahrscheinlich-es Niveau	

Tab. 5: Überblick über Typen von Kundenerwartungen[975]

So schlüsselte *bspw.* bereits MILLER in einer richtungweisenden Arbeit aus dem Jahre 1977 das Erwartungskonstrukt in folgende vier Komponenten auf: Ideale Erwartungen, prognostizierte Erwartungen, angemessene Erwartungen und minimale Erwartungen.[976] Weit gefehlt an dieser Stelle nun den – infolge der obigen Ausführungen – ohnehin schon bewölkten Himmel über dem KuZ-F durch eine detailliert Besprechung der aus der uneinheitlichen Verwendung des Erwartungskonstrukts resultierenden multilateralen Folgeprobleme (z.B. die Unvergleichbarkeit von Studienergebnissen)[977] weiter verfinstern zu wollen, sei der Leser der vorliegenden Arbeit vielmehr in Form der äußersten Spalte der abgebildeten Tabelle 5 auf einen kleinen Silberstreif am KuZ-Firmament hingewiesen, der zu einer Erhellung der vorausgehend geschilderten Problemstellungen rund um den Erwartungsterminus fruchtbar eingesetzt werden kann. Betrachten wir nun diese unter dem Label '*Zugehörigkeit zu den Grundtypen*' firmierende Spalte, so zeigt sich, dass das in der KuZ-Literatur feilgebotene Sammelsurium an unterschiedlichen Erwartungstypen grundsätzlich auf eine *normative* und eine *prädikative Erwartungskategorie* verteilt werden kann.[978] Während die *normativen Erwartungen* (Soll-Erwartungen) das allgemeine Leistungsniveau, dass der Kunde unternehmensübergreifend von einem Produkt oder einer Dienstleistung wünscht (Idealniveau) *resp.* verlangt (Minimalniveau)[979] abbildet, umspannen die in der Zufriedenheitsforschung maßgebenden *prädikativen Erwartungen* (Wird-Erwartungen)[980] das prekonsumistisch antizipierte bzw. für wahrscheinlich gehaltene Leistungsniveau eines konkreten Anbieters.[981] Die im vorausgehenden Satz bereits betonte Zentralität der *prädikativen Erwartungen* hinsichtlich der KuZ-Genese speist sich aus der Annahme eines konzeptionellen Unterschieds zwischen der perzipier-

[975] Partielle Übernahme der Abbildung von BRUHN 2000a: 1034

[976] vgl. MILLER 1977: 72ff.

[977] Von dieser Problematik sind vornehmlich all jene Studien betroffen, die zur Erfassung der Zufriedenheit auf eine Doppelskala (Erwartungs- plus Wahrnehmungsskala) zurückgreifen. Dass die via indirekter Zufriedenheitsmessung zu Tage geförderten Ergebnisse zwecks ihrer Vergleichbarkeit eines einheitlichen Erwartungstyps (z.B. realistische Erwartungen) bedürfen ist selbstredend und bedarf somit keiner weiteren Erläuterung.

[978] vgl. BOULDING et al. 1993; BRUHN & GEORGI 2000: 187; sowie BRUHN / RICHTER & GEORGI 2006: 117 und NGOBO 1997

[979] vgl. BRUHN 2000: 1033-1035 und MÜLLER 1992: 150

[980] vgl. BRUHN & GEORGI 2000: 187; GEORGI 2001: 96; Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die prädikativen Erwartungen nicht nur bei der Kundenzufriedenheitsgenese, sondern ebenfalls bei der Kaufentscheidung eine zentrale Rolle spielen, da „ein Kunde (…) sich nur dann für einen Anbieter entscheiden [wird, T.K.], wenn er eine Erfüllung seiner Ansprüche (normative Erwartungen) durch die Leistungen des Anbieters hervorsieht (prädikative Erwartungen). Wird davon ausgegangen, dass zum Zeitpunkt der Kaufentscheidung die Ansprüche des Kunden gegeben sind, ist die Wahl eines Anbieters umso wahrscheinlicher, je positiver die Vorstellung des Kunden von den Leistungen des Anbieters ist, d.h. je höher seine prädikativen Erwartungen sind. Somit repräsentieren die prädikativen Erwartungen eine direkte Kaufentscheidungsdeterminate" [BRUHN & GEORGI 2000: 187].

[981] Weitere Abgrenzungskriterien zwischen normativen und prädikativen Erwartungen, die im Rahmen unseres Erkenntnisinteresses jedoch von zu vernachlässigender Relevanz sind, finden sich bei BRUHN 2000: 1032-137

ten Produkts- *resp.* Dienstleistungsqualität und der KuZ. So ist es laut BRUHN & GEORGI möglich, dass „ein Kunde (…) mit einer Leistung auch bei schwacher wahrgenommener Dienstleistungsqualität zufrieden sein [kann, T.K.], wenn er das Niveau der Dienstleistungsqualität entsprechend vorhergesehen hat. Somit sind bei der Entstehung von *Kundenzufriedenheit* die prädikativen Erwartungen relevant"[982]. Versuchen wir diesen Sachverhalt einmal anhand eines Besuchs bei einem beliebigen Fastfood-Restaurant genauer zu exemplifizieren, so zeigt sich, dass obzwar die kulturell überlieferten Erwartungen an ein ideales kulinarisch-gustatorisches Konsumerlebnis (hohe normative Erwartungen z.B. an Ambiente, Service, Reichhaltigkeit der Speisen etc.) in diesem gastronomischen Zweig größtenteils mit Füßen getreten werden (geringe Produkt- und Dienstleistungsqualität) nicht notwendigerweise Unzufriedenheit die Folge sein muss, soweit die Kunden die denkbar geringe Produkt- und Dienstleistungsqualität vorab in ihre prädikative Erwartungshaltung eingeschlossen haben. Analog dazu gelangt Georg RIETZER im Kielwasser seiner soziologischen Zeitdiagnose »*Die McDonalisierung der Gesellschaft*«[983] zu folgender Erkenntnis: „Wir wissen, dass der nächste „*McMaffin*" nicht schrecklich schmecken wird; köstlich wird er ebenfalls nicht sein, auch das wissen wir. Der Erfolg [von McDonalds, T.K.] zeigt, dass viele Menschen heute lieber in einer Welt leben, in der nichts Unerwartetes geschieht"[984]. Verharren wir an dieser Stelle zum Zwecke einer vertiefenden Illustration des jeweils unterschiedlichen konzeptionellen Bezugsrahmens von normativen und prädikativen Erwartungen noch einen Moment bei dem von RITZER ins Spiel gebrachten „*McMaffin*", namentlich ein von McDonalds angebotener Hamburger der mittleren Preiskategorie, und betrachten diesen unter dem Gesichtspunkt seiner Sättigungspotenzialität (Negation des Hungergefühls), so können in einem ersten Schritt die normativen Erwartungen folgendermaßen expliziert werden: Den konkreten Produkt- bzw. Anbieterbezug, in diesem spezifischen Fall das Produkt „*McMuffin*" des Anbieters McDonalds, transzendierend, setzen sich die normativen Erwartungen aus den generellen Anforderungen gegenüber der Sättigungswirkung eines Schnellrestaurant-Hamburgers zusammen, wobei die normativen Erwartungen *in concreto* auf einem Erwartungskontinuum *resp.* –intervall mit den diametralen Endpunkten *'ideales Leistungsniveau'* (z.B. dreistündiges Sättigungsgefühl) versus *'minimal toleriertes Leistungsniveau'* (z.B. halbstündiges Sättigungsgefühl) abgebildet werden können. Die nachstehende Abbildung des normativen Erwartungsintervalls soll einerseits den obig dargestellte Sachverhalt nochmals verdeutlichen sowie andererseits den Hintergrund für die weiter unten vorzunehmende Konturierung des genuinen Charakters der prädikativen Erwartungen bilden.

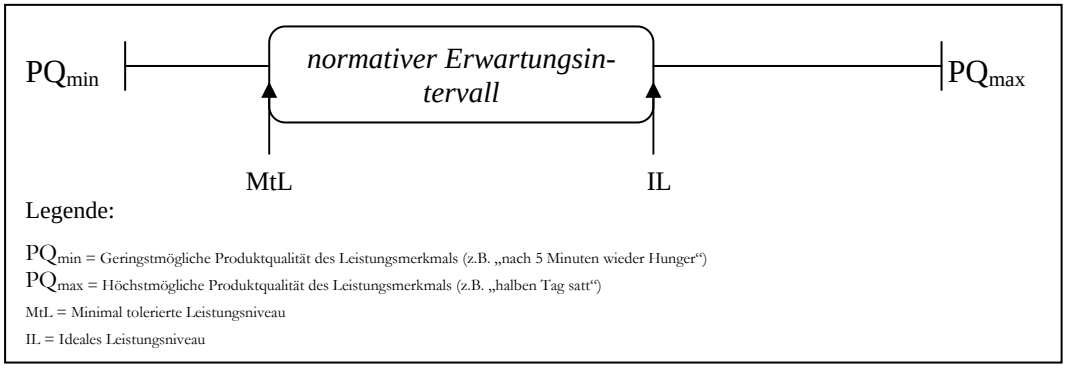
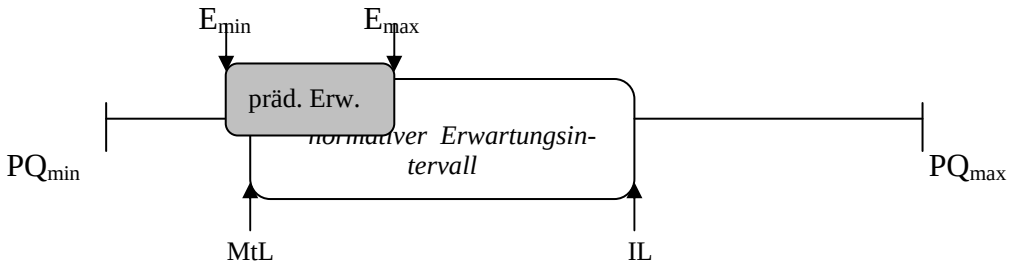


Abb. 25: Normativer Erwartungsintervall[985]

[982] BRUHN & GEORGI 2000: 187
[983] RITZER 1995a
[984] RITZER 1995b: 30
[985] Die Form der Abbildung„ jedoch nicht ihr Inhalt, orientiert sich an den Schriften von HALLER 1995 und HRIBEK 1999

Getreu der Abbildung 25 würden wir nun einen Schnellrestaurant-Hamburger, über den uns Seitens eines unabhängigen Testinstituts die Information vorliegt, dass er eine Sättigungswirkung von ca. 1 ½ Std. aufweist, bezüglich dieses Leistungsmerkmals prekonsumistisch eine mittlere Produktqualität attestieren. Konnte anhand dieses Beispiels noch einmal die besondere Bedeutung der normativen Erwartungen für die Bildung eines Produktqualitätsurteils verdeutlicht werden, so soll nachstehend nicht nur die fundamentale Relevanz der prädikativen Erwartungen für den KuZ-Entstehungsprozess, sondern auch die konzeptionelle Demarkationslinie zwischen den Konstrukten »*Qualität*« und »*Zufriedenheit*« herausgearbeitet werden. Bilden wir nun zur Einlösung der im voranstehenden Satz notierten Zielsetzungen einen prädikativen Erwartungsintervall hinsichtlich der für wahrscheinlich gehaltenen Sättigungs-wirkung des konkreten Hamburgers „*McMuffin*" der Fastfoodrestaurantkette *McDonalds*, so können wir fortfolgend – ohne den Anbieter verunglimpfen zu wollen – von dem fiktiven Szenario ausgehen, dass die Wird-Erwartung „*Sättigungsausmaß McMuffin*' sich auf einem Toleranzzonen-Kontinuum mit den Endpolen minimale Erwartung (zwanzigminütige Verflüchtigung des Hungergefühls) und maximale Erwartung (einstündige Befriedigung des Nahrungstriebes) bewegt.



Legende:

PQ_{min} = Geringstmögliche Produktqualität des Leistungsmerkmals (z.B. „nach 5 Minuten wieder Hunger")
PQ_{max} = Höchstmögliche Produktqualität des Leistungsmerkmals (z.B. „halben Tag satt")
MtL = Minimal tolerierte Leistungsniveau (30min. satt)
IL = Ideales Leistungsniveau (3 Std. satt)
prä. Erw. = prädikativer Erwartungsintervall
E_{min} = Erwartungsminimum (25min. satt)
E_{max} = Erwartungsmaximum (1 Std. satt)

Abb. 26: Prädikativer Erwartungsintervall[986]

Versuchen wir nun die etwas abstrakt anmutenden Inhalte der Abbildung 26 anhand eines alltagsnahen Beispiels, indem sich eine vom Hungergefühl übermannte Person namens Manfred Mustermann zum Verzehr eines „*McMuffins"* in dem nahe gelegenen Fastfood-Restaurant *McDonalds* entschließt, mit Leben zu füllen: Als der besagte Herr Mustermann, der von ihm nahe stehenden Personen als äußerst rationalkalkulierender Mensch beschrieben wird, eines Abends nach Feierabend auf dem Nachhauseweg von einem flauen Gefühl in der Magengegend heimgesucht wurde, welches er – aufgrund der das ominöse Bauchgefühl simultan begleitenden "*Knurr-Laute*" – als Hungerindiz wertete, entschied er sich kurzerhand dafür, diesem allzumenschlichen Bedürfnis durch einen kurzen Zwischenstopp bei *McDonalds* entgegenzuwirken. Da nun aber der Weg bis zum genannte Fastfood-Restaurant, wenngleich Herr Mustermann breites die gelben Doppelbögen in der Ferne ausmachen konnte, noch einige Fahrminuten in Anspruch nehmen würde, vertrieb sich unserer stets um Effizienz bemühte Protagonist mit Überlegungen

[986] Die Form der Abbildung„ jedoch nicht ihr Inhalt, orientiert sich an den Schriften von HALLER 1995 und HRIBEK 1999

zur Essensauswahl sowie zur erwartbaren Sättigungswirkung der Speisen die noch ausstehende Fahrzeit. Nachdem Herr Mustermann seine gedanklichen Abwägungsprozesse bezüglich der Essensauswahl schon nach wenigen gefahren Metern über der Produktkategorie *‚Hamburger mittlerer Preiskategorie'* einstellte, reizte er das Gedankenspiel über die Fragestellungen, welche Sättigungswirkung ein Hamburger im Allgemeinen aufweisen sollte (normative Erwartung) sowie welche Sättigungswirkung er sich vom dem Mc-Donlds-Burger namens „McMuffin" – für den er sich insgeheim schon entschieden hatte – versprechen darf (prädikative Erwartung), solange aus, bis sich die Pupillen seines leiblichen und geistigen Auges angesichts der grellen Außen- und Innenbeleuchtung des obig genannten Fastfood-Restaurants ihrem inhärenten Kontraktionszwangs beugten. Betrachten wir nun zu welchen Einsichten Herr Mustermann sowohl hinsichtlich der normativen Erwartungshaltung gegenüber der grundsätzlich einzufordernden Sättigungswirkung des anbieterübergreifenden Produkts 'Hamburger' als auch bezüglich der prädikativen Erwartungshaltung gegenüber der antizipierten Sättigungswirkung des speziellen Hamburgers „McMuffin" vom Unternehmen *McDonalds* gelangte, so zeigt sich, dass Herr Mustermann "*mirabile dictu*" von den gleichen normativen und prädikativen Erwartungsintervallen beseelt zu sein scheint, wie sie in Abbildung 26 abgelichtet sind. Konkret formuliert bedeutet dies, dass Herr Mustermann auf der einen Seite von der Annahme ausgeht, dass das Hungergefühl durch die Einverleibung eines Hamburgers geringer Produktqualität mindestens eine halbe Stunde und durch den Verzehr eines Hamburgers hoher Produktqualität annähernd drei Stunden liquidiert werden sollte. Auf der anderen Seite nähert sich Herr Mustermann nun der unmittelbar bevorstehenden Vertilgung des „*McMuffins*" mit der Erwartungshaltung, dass dieser Burger ihn ungefähr zwischen fünfundzwanzig Minuten (E_{min}) und einer Stunde (E_{max}) von dem blümeranten Magengefühl befreien wird. Es kann an dieser Stelle somit schon einmal zur Kenntnis genommen werden, dass Herr Mustermann gemäß seiner normativen Erwartungshaltung der antizipierten Sättigungswirkung des „*McMuffin*" nur eine geringe Produktqualität zuteil werden lässt. Überspringen wir nun zur Gewahrwerdung des Einflusses der prädikativen Erwartungshaltung auf die Zufriedenheits- *bzw.* Unzufriedenheitsausbildung die nunmehr logisch folgenden Handlungsschritte der Erstehung und Einverleibung des „*McMuffin*" sowie der anschließenden fünfzehnminütigen Heimreise, so erblicken wir Herrn Mustermann, wie er sich geschlagene fünfundvierzig Minuten nach dem Verzehr des „*McMuffin*" in seinen eigenen Vierwänden behände auf den Kühlschrank zu bewegt. Und während unser Herr Mustermann nun auch noch etwas unentschlossenen die einzelnen Fächer des Kühlschrankes durchmustert, so sinniert er doch zeitgleich darüber nach, ob der „*McMuffin*" seiner a priorischen Sättigungserwartung gerecht geworden ist. Beobachten wir nun Herrn Mustermann noch eine Weile in der geschilderten Situation, so zeigt sich, dass er bezüglich des letztgenannten Gedankenganges bereits nach einem kurzzeitigen gedanklichen Vergleichsprozess sowie einem flüchtigen Blick auf die Armbanduhr zu dem Ergebnis vordrang, dass er mit der erfahrenen Sättigungswirkung des „*McMuffins*" doch zufrieden sein könnte, da er von diesem Burger bezüglich des zur Disposition stehenden Leistungsmerkmals vorab nichts anderes erwartet hatte. Angemerkt sei, dass die in diesem Zusammenhang nunmehr unweigerlich aufkeimende brisante Fragestellung, welchen konkreten Einfluss auf die Erwartungserfüllung des singulären Leistungsmerkmals '*Sättigungswirkung*' nun auf die Gesamtzufriedenheit mit dem „*McMuffin*" ausübt, aus Gründen der Redundanzvermeidung[987] im Rahmen des vorliegenden Kapitelunterpunktes nicht eingehender behandelt werden soll. Vorausblickend sei diesbezüglich jedoch schon soviel verraten, als dass

[987] siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 3

sich die Einflussstärke des erfüllten Leistungsmerkmals (Sättigungswirkung) auf das Gesamtzufriedenheitsurteil danach bemisst, ob der Kunde bezüglich dieser spezifischen Produktleistung – entsprechend der Zweifaktor-Theorie der Arbeitszufriedenheit von HERZBERG et al. (1959)[988] sowie dem Kano-Modells der Kundenzufriedenheit[989] – eine Muss-Erwartung (Hygienefaktor *resp.* Basisfaktor), Soll-Erwartung (Motivationsfaktor *resp.* Leistungsfaktor) oder Kann-Erwartung (Begeisterungsfaktor) ausgebildet hat.[990] Wenden wir uns nach diesem flüchtigen Fingerzeig auf ein weiteres – in Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit näher zu beäugendes – Subthema der Erwartungsforschung nun abermalig in Form einer synoptischen Rückschau dem antezedierten Beispiel des Herrn Mustermanns zu, so kann abschließend festgehalten werden, dass anhand des kurzweiligen Einblicks in das Konsum- und Bewertungsverhalten der fingierten Person Manfred Mustermann sowohl der zentrale Unterschied zwischen den normativen- und prädikativen Erwartungen als auch die grundlegende Differenz zwischen den verwandten Konstrukten »*Kundenzufriedenheit*« und »*Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität*«, demnach die subjektive Bewertung dieser beiden verwandten Konstrukte nicht in ein und dieselbe Richtung verlaufen muss[991], plausibel herausgestellt werden konnte.

Angesichts der Tatsache, dass die obig postulierte These, der zufolge der maßgebliche Erkenntniszuwachs des betriebswirtschaftlichen Zufriedenheitsdiskurses für die allgemeine wie spezielle Zufriedenheitsforschung allen voran in den analytischen Ausführungen zum Erwartungskonstrukt begründet liegt, bereits kraft der tabellarischen Auflistung unterschiedlicher Kundenerwartungstypen (siehe Tabelle 5) sowie vermittels des obig konstruierten Fallbeispiels um die Figur des Herrn Manfred Mustermanns hinreichend untermauert werden konnte, wird nachstehend unter Anwendung des '*okhamschen Raisers*' davon abgesehen, den Härtegrad der besagte These durch eine minutiöse Aufarbeitung sämtlicher Einsichten der betriebswirtschaftlichen Erwartungsforschung, z.B. hinsichtlich der '*Einflussfaktoren auf die Kundenerwartungsbildung*', der '*Erwartungsintervalldeterminanten*', der '*Auswirkungen unterschiedlicher Erwartungsformen auf die Gesamtzufriedenheit*' sowie des '*dynamischen Charakters der Kundenerwartungen*', weiter erhöhen zu wollen. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang allerdings nochmals darauf verwiesen, dass die voranstehend aufgelisteten Forschungszweige, welche sich vom Grundstamm der Erwartungsforschung abgespreizt haben, im fortfolgenden Kapitelverlauf nicht etwa, wie fälschlicherweise angenommen werden könnte, aufgrund ihrer defizitären Erkenntnispotenzialität keine eingehende Besprechung erfahren, sondern ausschließlich deshalb, weil sie einerseits im nachstehenden Kapitel 3 – in dem unter Bezugnahme auf die zentralen Erkenntnisse der Lebens-, Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung ein integratives PZ-Modell entwickelt werden soll – noch ausführlich in Augenschein genommen werden und sie andererseits zur Erhellung der Leitfragen des hiesigen Kapitels, in Worten den Fragestellungen nach dem *Wesen* und der *Genese* der Zufriedenheit, aufgrund ihrer Filigranität von zu vernachlässigender Relevanz sind.

---

[988] vgl. HERZBERG et al. 1959

[989] vgl. BAILOM et al. 1996

[990] Zur Übertragung der aus der soziologischen Rollentheorie stammenden Differenzierung des Erwartungskonstrukts in Muss-, Soll- und Kann-Erwartungen (vgl. DAHRENDORF 1977) auf die Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen des Kano-Modells der Kundenzufriedenheit siehe insbesondere BRUHN 2008: 44-48 und SIEMS & RICHTER 2007: 2.

[991] Weitere Beispiele hinsichtlich der Paarung '*geringe Qualitätsurteil / hohe Zufriedenheit*' sowie der gegenläufigen Kombination '*hohes Qualitätsurteil / geringe Zufriedenheit*' finden sich bei HALLER 2005: 39. Ferner sei der Leser an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass es neben dem im obigen Textkörper illustrierten Differenzkriterium zwischen den Konstrukten »*Dienstleistungsqualität*« und »*Kundenzufriedenheit*« in Gestalt der normativen und prädikativen Erwartungen, wobei erstere zur Bildung des Qualitätsurteils und letztere zur Entwicklung des Zufriedenheitsurteils herangezogen werden, noch ein weiteres zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen diesen beiden Konstrukten koexistiert, welches in dem Umstand lokalisiert liegt, dass die Ausbildung der Kundenzufriedenheitsemotion notwendigerweise auf den Konsum eines Produktes oder einer Dienstleistung angewiesen ist, währenddessen das Qualitätsurteil prinzipiell unabhängig vom Konsum eines konkreten Produktes oder einer Dienstleistung angefertigt werden kann (vgl. HALLER 2005: 38-40; SCHARNBACHER & KIEFER 1998: 13; SCHÜTZE 1992: 124; STAUSS 1999: 11-12; STAUSS & SEIDEL 1997: 188 sowie STOCK 2003b: 24ff.).

Versuchen wir nun zum Ende unserer unter zufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten geführten Expedition in das Forschgebiet der Betriebswirtschaftslehre, welcher ungeachtet der aus diesem Wissensterrain herausgeklaubten Erkenntniszuwächse bereits insofern von Anbeginn eine besondere Aura anhaftete, als dass sie die Schlussetappe unserer vormals auf insgesamt sieben Abschnitte festgelegten Forschungsreise bildet, noch einmal in komprimierter Form all jene Einsichten zusammenzutragen, mit denen die KuZ-F sowohl den Diskurs der allgemeinen als auch jenen der speziellen Zufriedenheitsforschung nachhaltig zu bereichern vermag, so zeigt sich, dass sich die betriebswirtschaftliche Erforschung des Zufriedenheitskonstrukts insbesondere um die folgenden drei Erkenntnisse verdient gemacht hat: *Erstens* kann es der KuZ-F nicht hoch genug angerechnet werden, dass sie dem sowohl im Rahmen von Patienten- als auch von Lebens- und Arbeitszufriedenheitsmodellen meistfrequentierten Vergleichsstandard, namentlich dem Erwartungskonstrukt, nicht nur auf semantischer, sondern auch auf empirischer Ebene eine verstärkte Aufmerksamkeit zuteil werden ließ, welche u.a. in der bedeutsamen Erkenntnis mündete, dass die Vielfalt der in der Literatur kursierenden Erwartungstypen generell auf die beiden Grundtypen der *normativen* und *prädikativen Erwartungen* hin verschlangt werden können. *Zweitens* kann der KuZ-F zugute gehalten werden, dass sie die konzeptionellen Unterschiede zwischen den zuhauf äquivalent gebrauchten Konstrukten »*Zufriedenheit*«, »*Qualität*« und »*Einstellung*« – *pars pro toto* sei der Leser an die im vorherigen Kapitelunterpunkt notierte Arbeitszufriedenheitsdefinition, in der die Arbeitszufriedenheit als eine kognitiv-evaluative Einstellung des Arbeiters zu seiner gegenwärtigen beruflichen Tätigkeit und/oder deren einzelner Teilaspekten Zufriedenheit beschrieben wird[992], erinnert – offen gelegt hat; wobei das zentrale Differenzkriterium zwischen diesen Konstrukten in den Umstand lokalisiert liegt, dass die Zufriedenheits- *resp.* Unzufriedenheitsausbildung unumstößlich an eine konkrete Produkt- oder Dienstleistungskonsumierung gebunden ist, währenddessen es zur Ausbildung eines Qualitätsurteils bzw. der Gewinnung einer Einstellung der reellen Konsumierung des zur Disposition stehenden Arbeitserzeugnisses nicht bedarf. Zu guter letzt kann *drittens* zur Kenntnis genommen werden, dass die in unzähligen empirischen Untersuchungen nachgewiesenen funktionalen Verhaltenshaltensauswirkungen der KuZ (erhöhte Kundenbindung, positive Mund-zu-Mund-Werbung, vermehrtes Cross-Buying, gesteigerte Fehler- und Preistoleranz etc.) insofern eine nicht unbedeutende Bereicherung für die allgemeine Zufriedenheitsforschung darstellen, als dass sie zur weitern Unterfütterung der im Rahmen des psychologischen Kapitelunterpunktes (siehe 2.6.6) aufgestellten und argumentativ unterlegten These, dass sich hinter dem Terminus der Zufriedenheit eine erregungsschwache Wohlfühlemotion verbirgt, die mit mehr oder weniger signifikanten Ausschlägen auf den Ebenen der subjektiven Gefühlsebene, der Physiologie, des Ausdrucksgeschehens sowie der Verhaltensgeneigtheit einhergeht, herangezogen werden können.

2.9 Kapitelsynopsis

Versuchen wir nun abschließend nochmals die für den Fortgang der vorliegenden Arbeit bedeutendsten Erkenntnisse aus unserer begriffgeschichtlichen Expedition, in dessen Rahmen wir u.a. aufzeigen konnten, dass die Zufriedenheit in den durchmusterten Wissenschaftsdisziplinen zwar durchweg auf eine mehr oder weiniger umgangreiche Diskussion – wobei diese ihren inhaltlichen Schwerpunkt zumeist leider auf die unterschiedlichen Techniken zur Zufriedenheitserwirtschaftung und weniger auf die modelltheoretische Durchdringung des Zufriedenheitsterminus legten – zurückblicken kann, in bündiger Form

[992] zur Kritik des Verständnisses von Arbeitszufriedenheit als Einstellung siehe vor allem die Ausführungen von MEYER 1982: 33ff.

zusammenzufassen, so erweisen sich allen voran die beiden folgenden Einsichten, denen nach Ansicht des Verfassers der vorliegenden Arbeit durchaus ein nicht minder hohes Potenzial zur künftigen Abgeltung des Theorie- und Methodendefizits der PZF attestiert werden kann, als besonders notationswürdig: Hinsichtlich des *bis dato* in der Zufriedenheitsforschung vorherrschenden Theoriedefizits kann *erstens* die innerhalb unserer Forschungsreise zu Tage geförderte Erkenntnis festgehalten werden, dass es sich bei der Zufriedenheit nicht etwa um eine Stimmung oder einen Affekt sondern um eine erregungsschwache Wohlfühlemotion, die mit mehr oder minder signifikanten Veränderungen auf den Ebenen des Gefühlslebens, der Physiologie, des Ausdrucksgebarens sowie des Verhaltens einhergeht, handelt; welche sich unter der Voraussetzung im menschlichen Seelenhaushalt einnistet, dass ein intrapsychisch vorgenommener Soll-Ist-Abgleich zum dem Ergebnis führt, dass die Ist-Dimension gleich oder höher der Soll-Dimension ist. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass die Soll-Dimension – unter der in der einschlägigen Zufriedenheitsliteratur ein beinahe myriadenartig anmutendes Sammelsurium unterschiedlichster Vergleichsstandarte, wobei das Erwartungskonstrukt quantitativ auf Platz eins rangiert, subsumiert wird – vom Autor der hiesigen Arbeit bewusst offen gehalten wurde, da eine genauere Prüfung der in der Literatur vorfindbaren Referenzgrößen im nachstehenden Kapitel 3 geleistet werden soll. Unter methodischen Gesichtspunkten erweist sich nach Ansicht des Verfassers *zweitens* der innerhalb des Kapitelunterpunktes 2.6.6 aus dem unwegsamen Forschungsgebiet der Ausdruckspsychologie herauspräparierte Kanon *‚limitierter Zufriedenheitsausdrucksparameter'* insofern der Überführung in das Langzeitgedächtnis der Zufriedenheitsforschung würdig, als dass auf der Basis dieser grundlagentheoretischen Überlegungen im achten Kapitel der vorliegenden Arbeit zur Überprüfung des Einflusses der allgemeinen Lebenszufriedenheit auf die Patientenzufriedenheit ein Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung entwickelt und anschließend getestet werden soll. Vorausblickend sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass wir uns im Auswertungskapitel somit auch um die Beantwortung der Frage, ob sich die bereits von dem französischen Philosophen Jean-Jacques ROUSSEAU in seinem 1782 veröffentlichten Spätwerk »*Träumereien eines einsamen Spaziergängers*« ausbuchstabierte Vermutung, der nach sich die die „Zufriedenheit (…) im Blick, in der Haltung, im Tonfall, im Gang (…)"[993] offenbart, an der Erfahrung bewährt, bemühen werden.

[993] ROUSSEAU 2003: 157

»Satisfaction is always juged in relation to a standard«[1]

3. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit[2] –

Entwicklung eines integrativen Patientenzufriedenheitsmodells

Angesichts der unerbaulichen Tatsache, dass es der nationalen wie internationalen PZF – die seit Anbeginn ihrer erstmaligen systematischen Inbetriebnahme durch die englische Journalistin Nellie BLY im Rahmen ihrer 1887 herausgegebenen Rollenreportage »*Ten days in a madehouse*«[3] eine exorbitant hohe Publikationszahl akkumuliert hat[4] – auf der theoretisch-konzeptionellen Ebene *bis dato* nicht gelungen ist, ein allgemeingültiges PZ-Modell zu verabschieden[5], soll im vorliegenden Kapitel unter Bezugnahme auf die im vorausgehenden Kapitel herausgearbeiteten Erkenntnisse der Lebens-, Arbeits- und insbesondere der Kundenzufriedenheitsforschung der Versuch unternommen werden, ein umfassendes, integratives PZ-Modell zu entwickeln, welches bestenfalls einen entscheidenden Beitrag zur Überwindung des allenthalben beklagten Theoriedefizits der PZF[6] beizusteuern vermag.

Ehe nun nachstehend auf der Basis des in den voranstehenden Kapitelunterpunkten bereits hinlänglich beschriebenen »*Confirmation/Disconfirmations-Paradigma*«, welches uns als konzeptionelles Ausgangsmodell dienlich sein wird, überprüft werden soll, inwieweit die zentralen modelltheoretischen Aussagen der Lebens-, Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung zur inhaltlichen Bereichung des insgesamt äußerst spärlich anmutenden Modelldiskurses innerhalb der PZF angewandt werden können, sollen vorab in einem ersten, grundlegenden Schritt noch einmal etwas ausführlicher die kardinalen Problempunkte der theoretischen Fundierung des PZ-Konstrukts beschrieben werden, vor denen sich der Leser der einschlägigen Fachliteratur gestellt sieht. Konkret formuliert bedeutet dies, dass wir in den kommenden Zeilen vorrangig den nachstehend ausbuchstabierten Fragenkomplex nachspüren: *Wie wird der Terminus PZ definiert? Welche Aussagen werden in der Literatur hinsichtlich des Entstehungsprozesses der PZ getroffen?* Gesetzt den Fall, dass die medizinsoziologische PZF zur Erklärung der Zufriedenheitsgenese in Analogie zu den in Kapitel 2 beschriebenen Wissenschaftsdisziplinen ebenfalls auf ein Soll-Ist-Vergleichsmodell rekurriert: *Welche Vergleichsstandards ziehen Patienten zur Beurteilung ihrer Zufriedenheit mit der erfahrenen Dienstleistung heran? Sind es Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse, Gerechtigkeitsnormen, soziale Vergleichswerte oder sind gar Vergleiche mit reellen oder fiktiven Alternativ-Anbietern denkbar? Kann möglicherweise in Anlehnung an die Untersuchungsergebnisse von WOODRUFF et al. (1983)[7], MICHALOS (1985)[8], TSE & WILSON*

---

[1] ÖLANDER 1977: 412

[2] Es sei an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass sich der Autor der vorliegenden Arbeit bewusst für die Benutzung des Terminus Patientenzufriedenheit und gegen eine Verwendung der in der spezifischen Literatur kursierenden semantischen Äquivalente, die von Behandlungs- und Therapiezufriedenheit, über Klienten- und Nutzerzufriedenheit bis hin zu Kunden- und Rehabilitandenzufriedenheit, entschieden hat, da einerseits bereits die deutsche Übersetzung der traditionsreichen amerikanischen Forschung zum Konstrukt »*patient satisfaction*« eine Anwendung des Patientenzufriedenheitsbegriffs nahe legt und andererseits einige der obig genannten Begrifflichkeiten, insbesondere die Nominalpräfixe des Kunden und des Nutzers, dem Empfänger medizinisch-therapeutischer Dienstleistungen *per definitonem* ein derart hohes Maß an Souveränität zuspielen, welches ihm realiter sowohl aufgrund struktureller Defizite (mangelhafte Anzahl an unabhängigen Gesundheitsinformationsdiensten) als auch krankheitsbedingter Einschränkungen (limitierte Freiheitsgrade) nicht in der Form wie es die voranstehend genannten Begriffe implizieren attestiert werden kann.

[3] Eine ausführlich Darstellung der historischen Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung findet sich in Kapitel 5 der hiesigen Arbeit.

[4] vgl. AHARONY & STRASSER 1993: 50 63; APPLEBAUM / STRAKER & GERON 2004: 36; BLEICH et al. 2004: 2; BLUM 1996a: 15-16, 52-62; GÜNTERT / REIBNITZ & WAGNER 1996: 9; JACOB 2002: 27; JACOB & BENGEL 2000: 281; KNOP 2002: 65; LEBOW 1982; LINDER-PELZ 1982a& b; LOCKER-DUNT 1978; MÖLLER-LEIMKÜHLER 1995: 164; MÜHLENKAMP 2000: 384; PASCOE 1983; PUKIES 2001: 8; SCHIRL et al. 2001: 38; SITZIA & WOOD 1997; STRASSER / AHARONY & GREENBERGER 1993: 220; WARE / DAVIES-AVEREY & STEWART 1978: 1 sowie WILLIAMS 1994: 509

[5] So wird in der Literatur mehrfach auf den Umstand hingewiesen, dass sich die meisten Patientenzufriedenheitsstudien auf der Ebene der theoretischen Modellbildung in impliziter oder expliziter Form an dem betriebwirtschaftlichen Kundenzufriedenheitsdiskurs orientieren (vgl. BERNER 2001; HÄNSEL & SEELIG 2002; JACOB & BENGEL 2000; LINGENFELDER & SCHNEIDER 1991a sowie PASCOE 1983).

[6] siehe dazu ausführlich das Einleitungskapitel der vorliegenden Arbeit

[7] vgl. WOODRUFF et al. 1983: 299

[8] vgl. MICHALOS 1985

(1988)[9], CADOTTE et al. (1987)[10], OLIVER & DESARBO (1988[11]), EREVELLES & LEAVITT (1992)[12], GUPTA & STEWART (1996)[13] und MATZLER (1997) gefolgert werden, dass der Patient je nach Leistungsmerkmal und Zufriedenheits- resp. Unzufriedenheitsgrad möglicherweise mehrere Vergleichsstandards nutzt? etc.

Ohne an dieser Stelle nun erschöpfend auf die Gesamtheit der obig ausgekleideten Fragestellungen eingehen zu wollen, so offenbart bereits eine diagonale Lesart der nationalen wie internationalen Literatur zur PZ, dass sich die meisten Studien – bis auf wenige erbauliche Ausnahmen[14] – ihrem Forschungsgegenstand hochgradig pragmatisch und theorieblind nähern. Anderes gesagt bedeutet dies, dass dem Großteil der Untersuchungen zur PZ weniger an einer theoretisch-konzeptionellen Durchdringung und Fundierung als vielmehr an einer möglichst validen Operationalisierung, Messung und Interpretation des Konstrukts PZ gelegen ist. Ungeachtet des axiomatischen Grundsatzes der empirischen Sozialforschung, demnach eine gültige Konstrukoperationalisierung notwendigerweise eine luzide (Arbeits-)Definition des zu messenden Konstrukts voraussetzt[15], führt die Ausblendung *resp.* Vernachlässigung der theoretischen Modellbildung innerhalb der PZF *realiter* zu der trüben Diagnose, dass sich die Mehrzahl der PZ-Studien entweder gänzlich über das Wesen und die Genese der PZ ausschweigt oder in zumeist undifferenzierter Weise theoretische Konzeptionen aus der betriebswirtschaftlichen KuZ-F entnimmt.[16] Verharren wir an dieser Stelle noch einen Moment bei dem zuletzt angesprochenen Sachverhalt, in Worten der unreflektierten Indienstnahme betriebwirtschaftlicher KuZ-Modelle – wobei vornehmlich das so genannte Expectation-Disconfirmation-Modell Anwendung findet – zur Erklärung der PZ, so lässt sich an der entsprechenden Literatur aufzeigen, dass die KuZ-Modelle nicht nur ungeachtet der besonderen Rahmenbedingungen medizinischer Dienstleistungen eins zu eins auf den PZ-Diskurs umgemünzt wurden, sondern dass darüber hinaus in einer Vielzahl der deutschsprachigen PZ-Studien die unstreitbaren modelltheoretischen Fortschritte der betriebswirtschaftlichen KuZ-F (z.B. die grundlegende Differenzierung des Erwartungskonstrukts in normative und prädikative Erwartungen usw.[17]) unrezensiert blieben. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass allen voran die deutschsprachige PZF betreffs der theoretischen Modellbildung insofern hinter dem Erkenntnisniveau der betriebswirtschaftlichen KuZ-F zurückbleibt, als dass unter der Soll-Dimension (Vergleichsstandard) gegenwärtiger PZ-Modelle derart unterschiedlichste Referenzgrößen, welche sich von Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen über Forderungen, Präferenzen und Werten bis hin zu Interessen, Gerechtigkeitsnormen und sozialen Vergleichswerten erstrecken, ihr Stelldichein geben, wie sie ausnahmslos in den Anfängen der betriebswirtschaftlichen KuZ-F anzutreffen waren. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang

[9] vgl. TSE & WILSON 1988: 206
[10] vgl. CADOTTE et al. 1987: 313
[11] vgl. OLIVER & DESARBO 1988
[12] vgl. EREVELLES & LAVITT 1992: 108
[13] vgl. GUPTA & STEWART 1996: 250
[14] Zu nennen sind hier wiederum die amerikanischen Patientenzufriedenheitsmodelle von CALAN 1988; LENCE & SMITH 1987; LINDER-PELZ 1982a&b; STRASSER / AHARONY & GREENBERGER 1993; SWAN et al. 1985 sowie WILLIAMS / COYLE & HEALY 1998. Aus der deutschsprachigen Literatur zu Patientenzufriedenheit ragen auf theoretisch-konzeptioneller Ebene insbesondere die Arbeiten von HOPP 2000; HRIBEK 1999; HRIBEK & SCHMALEN 2000; JACOB 2002; JACOB & BENGEL 2000, 2002, 2003; LECHER 2002 sowie mit Abstrichen die Dissertation von Bettina KNOP aus dem Jahre 2002, in der die Autorin zwar einerseits erkennt, dass die in der Patientenzufriedenheitsliteratur meistgenutzte Vergleichsgröße, in Worten das Erwartungskonstrukt, häufig in einem Atemzug mit den Begriffen wie z.B. Wünsche, Ansprüche, Bedürfnisse, Forderungen, Werte etc. gebraucht wird, es aber andererseits vermissen lässt, durch eine umfassende definitorische Abgrenzungsleistung zwischen diesen Konstrukten auf der theoretisch-konzeptionellen Ebene für mehr Klarheit zu sorgen (vgl. KNOP 2002: 82). Zu guter Letzt sei in diesem Zusammenhang auf die in den 70er und 80er Jahren in der DDR entstandenen Patientenzufriedenheitsstudien verwiesen (vgl. HARYCH et al. 1972a und 1972b; HÜBNER & HÜBNER 1976; HÜTTNER et al. 1982; KURELLA 1975 und 1976; KURELLA & HÜTTNER 1982 sowie GLOMB & GLOMB 1980), wobei unter theoretischen Gesichtspunkten insbesondere die im Jahre 1975 eingereichte Dissertation von Stefan KURELLA partiell zu überzeugen weis (siehe dazu ausführlich Kapitel 3.1.1.1.1.1)
[15] vgl. ALEMANN 1977; AMELANG & ZIELINSKI 2002: 99; BÜHNER 2004: 47; MAYRING 1987: 371; MAYRING 1991b: 63 und TRÄNKLE 1983: 224
[16] vgl. JACOB 2002: 25; 28
[17] siehe zu den zufriedenheitstheoretischen Errungenschaften der betriebswirtschaftlichen Kundenzufriedenheitsforschung insbesondere die Ausführungen im Kapitelunterpunkt 2.8

darauf hingewiesen, dass das zentrale modelltheoretische Defizit der PZF nun nicht etwa – wie aus dem vorausgehenden Satz fälschlicherweise herausgelesen werden könnte – in der äußerlichen Vielzahl der angewandten Vergleichsgrößen Gestalt gewinnt, sondern vielmehr in dem unbefriedigenden Umstand lokalisiert liegt, dass der jeweils genutzte Vergleichsstandard zumeist inhaltlich nicht näher expliziert wird. Um diese kritische Bestandsaufnahme nun einerseits praktisch exemplifizieren und andererseits argumentativ weiter stützen zu können, werden wir im Folgenden eine typische PZ-Definitionen von MANS (1995) näher in Augenschein nehmen. Die „Zufriedenheit [der Patienten, T.K.]" – so MANS – „kann als Übereinstimmung von Erwartung und Erfahrung, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorgefundener Wirklichkeit verstanden werden"[18]. Betrachtet man diese Definition nun durch die analytische Linse der Wissenschaft, so zeigt sich, dass hinter den einzelnen begriffbestimmenden Wörtern des Definiens bereits die vordringlichen theoretischen Defizite der PZF in komprimierter Form hervorlugen, da innerhalb der Definition *erstens* keine verbindlichen Aussagen hinsichtlich der von Patienten zur Bewertung ihrer Zufriedenheit mit der erfahrenen medizinischen Dienstleistung herangezogenen Vergleichsstandards getroffen werden und *zweitens* keinerlei Bemühungen unternommen werden, die angeführten Vergleichsgrößen inhaltlich eingehender zu explizieren. Mit anderen Worten gesagt, vermag es die Definition von MANS in für die PZF charakteristischer Weise mitnichten eine hinreichende Antwort auf die virulente Frage nachdem Entstehungsprozess der PZ zu präsentieren. Denn obzwar die angeführte Definition von MANS dem Leser insofern einen Einblick in die PZ-Genese gewährt, als dass sie die Ausbildung von Zufriedenheitsgefühlen auf einen Konvergenzzustand zwischen einer Soll- und einer Ist-Größe zurückführt, so löst sie auf der Rezipientenseite in der Summe jedoch mehr Unklarheiten denn Gewissheiten aus, da sich aufdrängende Fragen wie z.B.

- *Nutzen die Patienten nun Erwartungen, Ziele, Vorstellungen oder Wünsche als Referenzgrößen?*
- *Sind Patienten nur dann zufrieden, wenn sowohl ihre Erwartungen und Ziele als auch ihre Vorstellungen und Wünsche mit der erfahrenen Dienstleistung übereinstimmen, oder reicht es wenn einer der feilgebotenen Referenzwerte hinreichend mit der Realität übereinstimmt?*
- *Wann bzw. – pointiert formuliert – bei welchen zur Beurteilung stehenden Leistungsmerkmalen greift der Patient auf Erwartungen und wann auf Ziele etc. als Vergleichsgröße zurück?*
- *Verbergen sich hinter den angeführten Referenzgrößen eigenständige Konstrukte?*
- *Worin bestehen die zentralen Unterschiede zwischen den angegebenen Referenzgrößen?*
- *Gibt es inhaltliche Überschneidungen zwischen den angegebenen Referenzgrößen?*
- *usw.*

unbeantwortet bleiben.

Bevor nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt abermals *in nuce* das »*Confirmation/Disconfirmations-Paradigma*«, welches uns wie bereits angemerkt im Rahmen des vorliegenden Kapitels als Ausgangsmodell zur Entwicklung eines intergartiven PZ-Modells dienlich sein soll, dargestellt wird, soll vorab noch einmal die im obigen Textkörper herausdividierten Defizite der theoretischen Fundierung des PZ-Konstrukts bündig zusammengefasst werden.

Ungeachtete der mannigfachen atheoretischen PZ-Studien, die das PZ-Konstrukt als selbstevident voraussetzen, besteht in der nationalen wie internationalen PZF auf der Ebene der Modellbildung die kleinste gemeinsame Schnittmenge darin, dass die Entstehung der PZ in Analogie zum Rahmenmodell

[18] MANS 1995: 65

der AZ[19] sowie zum »*Confirmation/Disconfirmations-Paradigma*« der KuZ-F[20] an eine Übereinstimmung zwischen der wahrgenommenen Ist-Leistung und der beanspruchten Soll-Leistung *bzw.* eines Übertreffens der Soll- durch die Ist-Leistung geknüpft ist. Ebenso wie in der Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung besteht nun in der PZF das größte Problem in der inhomogenen Ausgestaltung der Soll-Leistung, wobei diese Problematik innerhalb der PZF aufgrund der mangelhaften Berücksichtigung bedeutender betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse zum Erwartungskonstrukt (z.B. die Differenzierung in normative und prädikative Erwartungstypen etc.) einen erhöhten Schärfegrad aufweist. Bezug nehmend auf das dem hiesigen Kapitel vorangestellte englischsprachige Zitat von ÖLANDER, demnach die Entfaltung von Zufriedenheitsgefühlen notwendigerweise an einen wie auch immer gearteten Vergleichsstandard gebunden ist, kann somit abschließend formuliert werden, dass die Krux der bisherigen PZF vornehmlich darin bestand, keine allgemein verbindlichen Aussagen bezüglich des/der patientenseitigen Vergleichsstandards getätigt zu haben.

3.1 Das C/D-Paradigma als Grundmodell der Patientenzufriedenheitsgenese

Wie bereits im vorausgehenden Textabschnitt angemerkt wurde, soll uns im Folgenden das so genannte »*Confirmation/Disconfirmations-Paradigma*« – welches wir bereits innerhalb des betriebswirtschaftlichen Kapitelunterpunkt 2.8 hinlänglich besprochen haben – als Ausgangsmodell zur Einlösung des proklamierten Metaziels des vorliegenden dritten Kapitels, in Worten der Entwicklung eines integrativen PZ-Modells, dienlich sein. Ehe nun nachstehend anhand eines Schaubildes (Abbildung 27) einerseits noch einmal die zentralen Kernaussagen des »*C/D-Paradigmas*« sowie andererseits die einzelnen Untersuchungsschritte des hiesigen Kapitels dargestellt werden sollen, möchte der Autor vorab kurz darüber Auskunft geben, warum sich gerade das C/D-Paradigma als Ausgangs- *resp.* Grundmodell der PZ-Genese geradezu aufdrängt. Eingedenk des obig aufgezeigten zentralen modelltheoretischen Defizits der PZF, demnach die konzeptionelle Insuffizienz der *bis dato* entwickelten PZ-Modelle vornehmlich in einer äußerst inhomogenen Ausgestaltung der Soll-Dimension lokalisiert liegt, besteht der augenscheinliche Vorzug des C/D-Paradigmas vorderhand darin, dass es keine konkreten, inhaltlichen Aussagen bezüglich der in der Soll-Dimension *realiter* anzutreffenden Vergleichsstandards trifft. Zugespitzt formuliert könnte man sagen, dass der unzweifelhafte Vorteil des C/D-Paradigmas darauf basiert, dass es sich hinsichtlich der Zufriedenheitsgenese in einer abstrakten Strukturformel, der zufolge KuZ die emotionale Konsequenz eines kognitiven Vergleichsprozesses, indem ein wie auch gearteter Produktanspruch (Soll-Leistung) von dem konsumierten Produkt (Ist-Leistung) entweder erfüllt oder gar übererfüllt wird, erschöpft. Um im Folgenden nunmehr die konkrete Funktionsdienlichkeit des C/D-Paradigmas für die Generierung des integrativen PZ-Modells einprägsam veranschaulichen zu können, wird der Autor nachstehend die einzelnen Strukturelemente des C/D-Paradigmas – welches um einige Facetten aus dem Lebenszufriedenheitsmodell von Peter HOFSTÄTTER ergänzt wurde[21] – in einer eigens entwickelten Abbildung darstellen.

[19] siehe dazu nochmals Kapitelunterpunkt 2.7.1
[20] siehe dazu nochmals Kapitelunterpunkt 2.8
[21] siehe dazu nochmals Kapitelunterpunkt 2.6.2

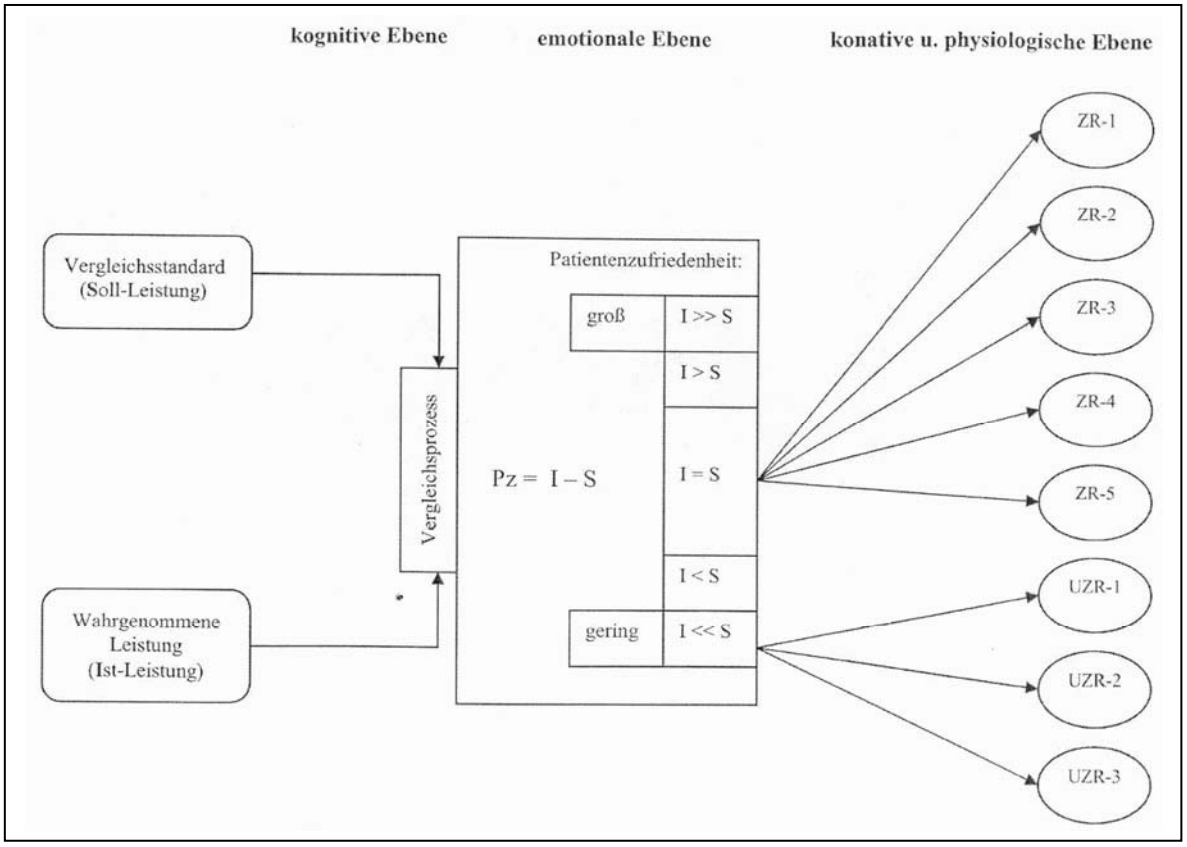


Abb. 27: Das C/D-Paradigma als Grundmodell der Patientenzufriedenheitsgenese[22]

Versuchen wir nun anhand der Abbildung 27 sowohl die zentralen Grundannahmen als auch die einzelnen Untersuchtungsschritte des vorliegenden Kapitels näher zu konturieren, so weisen bereits die im obigen Abbildungsbereich vorfindbaren kognitiven-, emotionalen-, konativen- und physiologischen Ebenen daraufhin, dass der Autor der hiesigen Arbeit – in Analogie zu der Quintessenz des vorausgehenden zweiten Kapitels – von dem Axiom ausgeht, dass sich hinter dem Konstrukt PZ keinesfalls, wie in der Literatur stellenweise angenommen wird, eine Stimmung, ein Affekt oder eine Einstellung, sondern ein emotionaler Zustand verbirgt, der auf den genannten Ebenen zu signifikanten Veränderungen führt. Aus dieser Grundannahme lässt sich nun insofern ein erster Untersuchungsschritt ableiten, als dass im Rahmen des vorliegenden Kapitels unter anderem der Nachweis erbracht werden soll, dass die emotionalen Seelenzustände der PZ *resp.* PuZ auf der konativen und physiologischen Ebene mit ganz spezifischen Reaktionsformen (siehe dazu Kapitel 2.6.6) einhergehen. Angesichts der Tatsache, dass die Verifikation des Emotionstheorems der PZ jedoch vor dem Hintergrund der zu verwirklichenden kapitelleitenden Metaerkenntnisziels, *nudis verbis* der Entwicklung eines integrativen PZ-Modells, nur ein Sekundärziel darstellt, werde wir uns in den kommenden Zeilen darauf beschränken, den funktionalen Stellenwert des C/D-Paradigmas für die nachfolgenden Untersuchungsschritte zu skizzieren.

Wie bereits mehrfach betont wurde soll uns das abgebildete C/D-Paradigma *erstens* als Grundmodell bei Entwicklung eines integrativen PZ-Modells hilfreiche Dienste erweisen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass aus der spezifischen Literatur zur Lebens-, Kunden- und PZF im Rahmen des nachstehenden Entwicklungsganges ausnahmslos jene modelltheoretischen Konzeptionen auf ihre Wertigkeit hin überprüft werden, die mit der zentralen Grundaussage des C/D-Paradigmas, sprich dem Soll-Ist-Vergleich, übereinstimmen. In letzter Konsequenz führt diese gleichsam komplexitätsreduzierende In-

[22] Legende: I = Ist-Leistung; S = Soll-Leistung; Pz = Patientenzufriedenheit; ZR = Zufriedenheitsreaktion; UZR = Unzufriedenheitsreaktion

strumentalisierung des C/D-Paradigmas *bspw.* dazu, dass die unter methodischen Gesichtspunkten äußerst innovativen und erkenntnisreichen Studien des Psychiaters Stefan PRIEBE im Folgenden gänzlich unberücksichtigt bleiben, da PRIEBE in seinen Schriften das Theoriedefizit der PZF dadurch zu eskamotieren versucht, dass er den Terminus der Zufriedenheit aufgrund forschungspragmatischer Überlegungen zugunsten des Meinungsbegriffs ausspielt.[23]

Neben der aufgezeigten Funktion als Grundmodell soll das C/D-Paradigma in den nachstehenden Kapitelunterpunkten *zweitens* als ein sukzessiv zu verfeinerndes Ausgangs- *resp.* Referenzmodell fungieren. Realiter bedeutet dies, dass sämtliche der im Folgenden Untersuchungsgang zu Tage geförderten Erkenntnisse, die einen essentiellen Beitrag zur Erhellung des PZ-Geneseprozesses beisteuern, in das ursprüngliche C/D-Paradigma eingespeist werden. Demzufolge bildet das abgelichtete C/D-Paradigma (siehe Abb. 27) innerhalb des vorliegenden Kapitels gewissermaßen das modelltheoretische Fundament auf dem *peu á peu* das ersehnte integrative PZ-Modell zu errichten sein wird.

Ausgehend von der zuletzt beschrieben Funktion des C/D-Paradigmas als Ausgangs- und Referenzmodell der PZ-Genese soll nun im nachfolgenden Kapitelunterpunkt 3.1.1 anhand ausgewählter empirischer Studien überprüft werden, inwieweit der PZ-Entstehungsprozess durch den Einbau des Erwartungskonstrukts in die im C/D-Paradigma bewusst offen gelassene Soll-Leistung (Vergleichsstandard) hinreichend begründen werden kann.

3.1.1 Das Expectation-Disconfirmation Modell

– Erwartungen als Vergleichsstandard (I)

Fügen wir nun also gemäß des obig gegebenen Vorausblicks das Erwartungskonstrukt als ersten Vergleichsstandard in die offene Soll-Dimension des C/D-Paradigmas ein, so erhalten wird in Gestalt des so genannten »*Expectation-Disconfirmations-Modell*« das in der bisherigen Geschichte der PZF sowohl numerisch am häufigsten verwandte als auch empirisch am besten überprüfte PZ-Modell.[24] Bevor nun jedoch in den nachfolgenden Zeilen die einzelnen Stärken und Schwächen des »*Expectation-Disconfirmations-Modells*« der PZ-Genese detailliert aufgezeigt werden sollen, möchte der Verfasser vorab noch einmal anhand einer Abbildung des um den erwartungszentrierten Vergleichsstandard erweiterten C/D-Paradigmas die diesem Modell eigene Prozesslogik der PZ-Entstehung erläutern.

[23] vgl. PRIEBE 1992: 11-13. „Wir betrachten das, was wir von Patienten erfragen und als subjektive Kriterien in der Evaluation verwenden" – so PRIEBE und Mitarbeiter. – „schlicht als Meinungsäußerung, also als eine verbale Reaktion auf standardisierte Fragen in einer mehr oder minder vorgegebenen Interviewsituation. (…) Das Konstrukt Meinungsäußerung vereinfacht die methodischen Anforderungen bei der Erfassung: Eine Meinungsäußerung wird erfasst, indem sie dokumentiert wird; sie wird nicht getestet, und die Kriterien der psychologischen Testtheorie finden somit auch keine Anwendung. Die Ergebnisse sollen nicht Rückschlüsse auf ein dahinter liegendes hypothetisches Konstrukt erlauben, sondern – in Analogie z.B. zum Kreuz auf dem Stimmzettel bei einer Wahl oder dem Resultat eines Fußballspiels – ein konkretes Verhalten abbilden. Korrekt und angemessen dokumentierte Meinungsäußerungen sind per definitionem gültig" [PRIEBE et al. 1995: 141].

[24] Hinsichtlich der empirischen Überprüfung des Expectation-Disconfirmation-Modell der Patientenzufriedenheitsgenese konnte in den nachfolgend angeführten Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwartungserfüllung und Patientenzufriedenheit bzw. zwischen Erwartungsenttäuschung und Patientenunzufriedenheit festgestellt werden: ADAM et al. 1997; BABAKUS & MANGOLD 1992; BRODY et al. 1989; CARR-HILL 1992; DECK et al. 2000; GIERL & HÖSER 1992; GILBERT et al. 1992; JACOB 2000; JACOB & BENGEL 2000, 2002 sowie 2003; JOOS et al. 1993; KENNY 1995; KORSCH et al. 1967; KRUPAT et al. 2000; LEESE 1998; LIKE & ZYZANSKI 1987; LINDER-PELZ 1982b; LINN et al. 1984; LOCHMANN 1983; NELSON & LARSON 1993; NOYES et al. 1974; PASCOE & ATTKISSON 1983; ROSS et al. 2005; STANISZEWSKA & AHMED 2001; STUDER / SCHERER & HIMMEL 2008; THOMPSON & YARNOLD 1995 sowie WILLIMAS et al. 1995. Siehe darüber hinaus die Übersichtartikel zum Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit von KRAVITZ 1996; ROSS et al. 1987 sowie THOMPSON & SUNOL 1995.

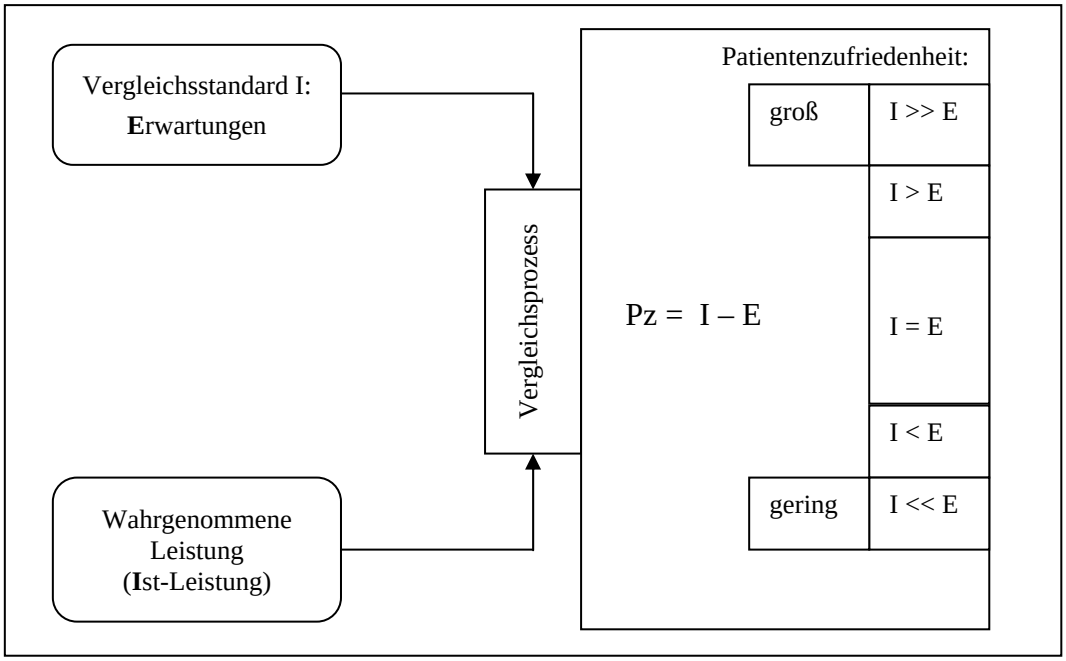


Abb. 28: Das Expectation-Disconfirmation-Modell der Patientenzufriedenheitsgenese

Wie aus der Abbildung 28 nun unschwer entnommen werden kann, geht das »*Expectation-Disconfirmations-Modell*« der PZ-Gense von der Annahme aus, dass die Höhe der von den Patienten erlebten Zufriedenheit mit der medizinischen Dienstleistung unmittelbar davon abhängt, inwieweit sich die subjektiv perzipierte Versorgungsleistung als fähig erweist, die a priorischen Patientenerwartungen zu erfüllen. Überführt man nun diese Grundannahme des »*Expectation-Disconfirmation-Modells*« in eine mathematische Notation, so gelangt man zu der folgenden Gleichung[25]:

$$\textbf{Patientenzufriedenheit} = \sum \left| \textbf{Erwartungserfüllung} - \textbf{Erwartungen} \right|$$

Wenden wir uns nun zur Erlangung eines tieferen hermeneutischen Einblicks in die einzelnen Elemente der voranstehend ausbuchstabierten PZ-Formel mit der Fragstellung, was unter dem Erwartungskonstrukt im Allgemeinen sowie dem Patientenerwartungskonstrukt im Speziellen gemeinhin verstanden wird, an die nationale wie internationale PZ-Literatur, so zeigt sich, dass der überwiegende Teil der PZ-Studien hinsichtlich des Erwartungskonstrukts[26] einen äußerst unwissenschaftlichen Umgang pflegt, der vornehmlich an den folgenden drei Verhaltensweisen abgelesen werden kann: *Erstens* wird in den meisten Schriftstücken zur PZ, die auf modelltheoretischer Ebene das »*Expectation-Disconfirmation-Modell*« präferieren, der Erwartungsbegriff inhaltlich nicht näher beschrieben. *Zweitens* schweigt man sich darüber hinaus innerhalb der PZ-Forschung in der Regel darüber aus, welches konkrete Erwartungskonzept (normativer oder prädikativer Erwartungstyp) der Untersuchung zugrunde liegt.[27] Zu guter Letzt kann *drittens* zur Kenntnis genommen werden, dass der Erwartungsterminus in der einschlägigen Literatur leider zuhauf äqui-

[25] vgl. KNEER 2005: 31

[26] Ausgenommen von dieser Kritik sind insbesondere die Schriften von THOMSPOSN & SUNOL (1995) und KRAVITZ (1996), welche erstmalig in der Geschichte der Patientenzufriedenheitsforschung den Versuch starteten, die heterogenen Erwartungskonstrukte zu klassifizieren.

[27] Unter Bezugnahme auf die Ausführungen von LEBOW sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass man in jenen Untersuchungen, welche die Patientenzufriedenheit auf indirektem Wege, dies meint eine separate Erfassung der apriorischen Erwartungsausprägung sowie der aposteriorischen Erwartungserfüllung zu erfassen suchen, die Zufriedenheitsdefinition bzw. den genutzten Erwartungstyp aus der angewandten Fragestellung hinsichtlich der prekonsumptiven Erwartungsausprägung abgeleitet werden kann (vgl. LEBOW 1983a: 212).

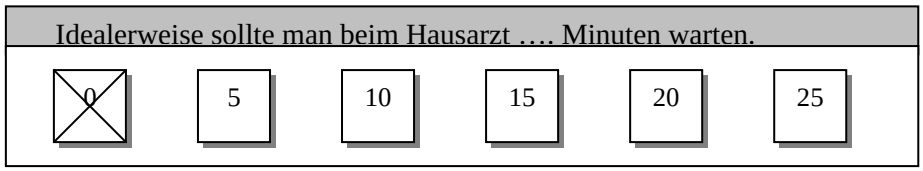
valent zu den Konstrukten Wünsche (desires), Werte (values), Bedürfnisse (needs), Forderungen (requests), Ansprüche (entitlement) und Zielen (goals) verwandt wird. Wäre dem Autor der vorliegenden Arbeit nun nicht soviel daran gelegen, mitsamt der vorliegenden Schrift einen kleinen Beitrag zur zukünftigen Überwindung des ubiquitär beanstandeten Theoriedefizits der PZF beizusteuern, so könnten die voranstehend kenntlich gemachten Disharmonien hinsichtlich einer allgemeinverbindlichen Definition und Operationalisierung des Erwartungskonstrukts *bspw.* durch den allzu pragmatischen Einwand überschminkt werden, dass die Vielzahl der in der Literatur vorfindbaren Erwartungsbestimmungen so lange keine direkten negativen Konsequenzen für die PZF zeitigen, wie auf der methodischen Ebene von der einstimmigen Meinung ausgegangen wird, dass die Zufriedenheit der Patienten ausnahmslos mit einem direkten und keinesfalls mit einem indirekten Messverfahren zu ermitteln ist. Ungeachtet des Faktums, dass sich das direkte Zufriedenheitserhebungsverfahren in den letzten Jahrzehnten sowohl in der Kunden- als auch in der PZF aufgrund forschungsökonomischer Vorzüge durchgesetzt hat[28], hätte eine solche modelltheoretisch motivierte Verbannung des indirekten Erhebungsansatzes den – wie sich zeigen wird – fadenscheinigen Vorteil, dass die zu Tage geförderten Zufriedenheitsurteile trotz der uneinheitlichen Spezifizierung des Erwartungskonstrukts prinzipiell miteinander vergleichbar wären. Konstruieren wir nun zur Verdeutlichung des möglichen Gewinns, den die PZF aus der Exklusion des indirekten Erhebungsansatzes ziehen könnte, ein fiktives Fallbeispiel, in dem insgesamt vier Studenten, die auf die ebenso kurzen wie einprägsamen Namen A, B, C und D hören, von ihrem Soziologie-Professor den Auftrag erhalten, jeweils einen Fragebogen zur Zufriedenheit der Patienten mit ihren Besuch beim Hausarzt, wobei insbesondere die Zufriedenheit mit der Wartezeit ermittelt werden sollte, zu entwickeln und diesen anschließend an einer überschaubaren Stichprobe zu testen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollten die erhaltenen Zufriedenheitsurteile dann im Rahmen einer Seminarsitzung, in der die Studierenden unter anderem mit dem Thema Bechmarking vertraut gemacht werden sollten, miteinander verglichen werden. Begleiten wir nun die vier Stundenten bei ihren Anstrengungen, den Forderungen ihres Soziologie-Professors beflissentlich nachzukommen, so zeigt sich das folgende Bild:

Student A geht davon aus, dass sich die Zufriedenheit danach bemisst, inwieweit die vor der Inanspruchnahme gebildeten idealen Patientenerwartungen durch den Hausarztbesuch erfüllt werden. Basierend auf diesen theoretischen Vorüberlegungen entwickelt der Student A nun zwei Kurzfragebögen, wobei der erste Fragebogen, der von den Patienten im Rahmen der Anmeldung (ex ante) auszufüllen ist, die idealen Erwartungen und der zweite Fragebogen, der von den Patienten im Anschluss an das Arztgespräch (ex post) zu bearbeiten ist, das Ausmaß der faktischen Erwartungserfüllung messen soll. Um nun die von dem Studenten A jeweils genutzte Art der Itemformulierung besser veranschaulichen zu können, soll nachstehend sowohl ein Item aus dem ersten als auch ein Item aus dem zweiten Fragebogen samt der ihnen zugehörigen Antwortoptionen dargestellt werden.[29]

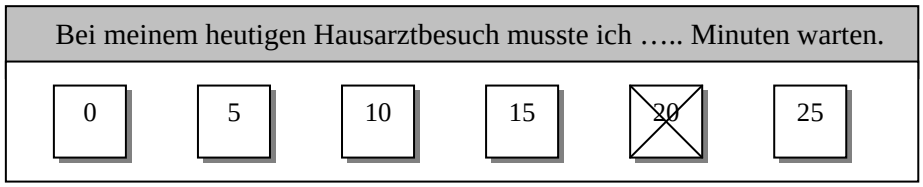
[28] vgl. HOMBURG & WERNER 131, 133; Siehe zur Kritik an der im SERVQUAL verwandten Doppelskala (indirektes Messverfahren) insbesondere die Ausführungen von ASUBONTENG / MCCLEARY & SWAN 1996; CRONIN & TAYLOR 1992 und 1994; HENTSCHEL 1990: 238ff. sowie MCALEXANDER / KALDENBERG & KÖNIG 1994

[29] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die im folgenden abgebildeten Passagen aus den Fragebögen der Studenten A und B in modifizierter Form aus der Dissertation von NAUJOKS entnommen wurden (vgl. NAUJOKS 2006: 48).

Item Nr. 3 aus dem ex ante auszufüllenden Erwartungsfragebogen:



Item Nr. 3 aus dem ex post auszufüllenden Erwartungserfüllungsfragebogen:



Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Leistungsmerkmal '*Wartezeit*' errechnet der Student A nun dadurch, dass er den Differenzwert zwischen der postkonsumistischen Erwartungserfüllung und der prekonsumistischen Erwartungsausprägung bildet. Spielen wir dieses Rechenverfahren fortfolgend anhand der Äußerungen des Patienten x, dessen Antwortverhalten bereits in der obigen Abbildung des Fragebogenauszugs berücksichtigt wurde, durch, so gelangt man zu der Einsicht, dass der Patient x mit der Teilleistung Wartezeit (w) eine ausgeprägte Unzufriedenheit aufweist, da dem gebildete Differenzwert 4 ein Minuszeichen vorangestellt ist. Ehe wir uns nun im Folgenden den Bemühungen des Studenten B zuwenden werden, möchte der Autor vorab aus Gründen einer optimierten Veranschaulichung den von Student A gewählten Rechenweg zur Ermittlung der Zufriedenheits- *resp.* Unzufriedenheit des Patienten x mit der Teilleistung w in Form einer Abbildung darstellen. Zur angemessenen Lesbarkeit der nachstehenden Abbildung sei an dieser Stelle nachdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht etwas die den jeweiligen Antwortkategorien zugrunde liegenden Minutenzahlen (im Fallbeispiel 0- versus 20 min.), sondern die unter den einzelnen Antwortoptionen rangierenden Wertungspunkte (im Fallbeispiel die Werte 1 versus 5) in die Differenzwertbildung eingespeist wurden.

Ausgangsformel:

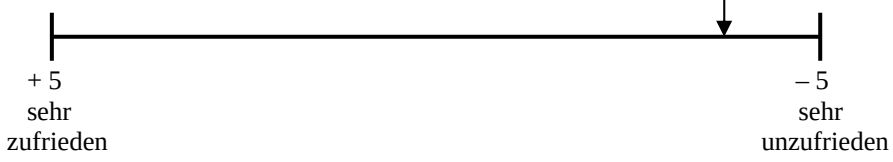
Patientenzufriedenheit = $\sum \left|\right.$ Erwartungserfüllung – Erwartungsausprägung $\left.\right|$

Fallbeispiel: Zufriedenheit des Patient x mit der Teilleistung Wartezeit (w):

$Pz_{xw} = \sum \left|\right. 1 - 5 \left.\right|$

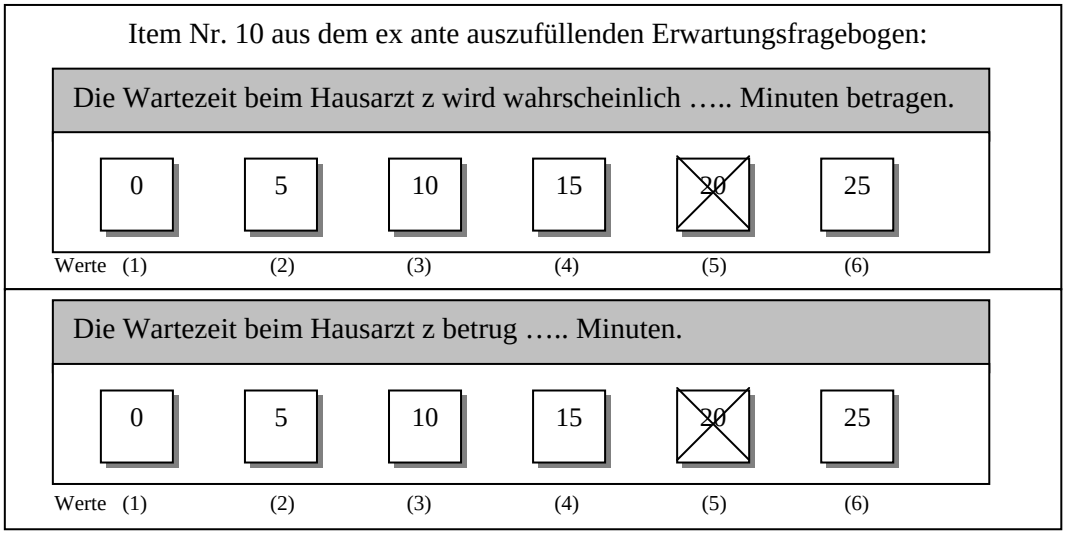
$Pz_{xw} = -4$

Patientenzufriedenheitskontinuum:

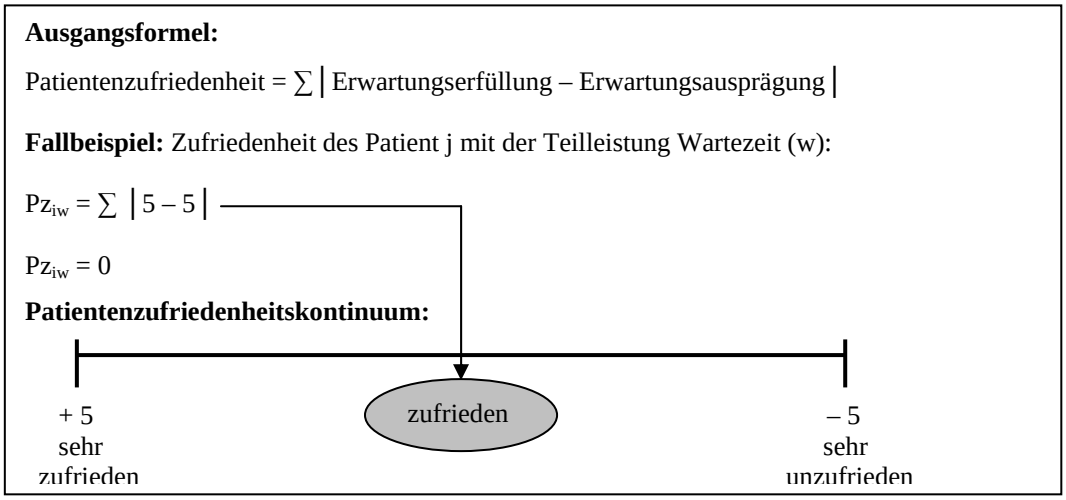


Betrachten wir nun den Weg, den der Student B zur Erfüllung der Seminaraufgabe eingeschlagen hat, so zeigt sich erst einmal, dass er hinsichtlich der PZ-Definition einem anderem Hinweisschild als der Stu-

dent A folgte. Unmetaphorisch gesagt bedeutet dies, dass die Zufriedenheit des Patienten mit dem Hausarztbesuch gemäß der Auffassung des Studenten B unmittelbar davon abhängig ist, inwieweit die realistischen Erwartungen (prädikative Erwartungen) der Patienten durch die einzelnen Leistungskomponenten des Hauarztbesuchs erfüllt werden. Wenngleich sich nun auch der Student B im Rahmen seines Projekts auf der modelltheoretischen Ebene dezidiert von den zufriedenheitstheoretischen Überlegungen seines Kommilitonen A, der bezüglich der PZ-Genese nicht von realistischen, sondern von idealen Erwartungen ausging, abgrenzt, so lässt sich zwischen diesen beiden Studenten A und B nichtsdestotrotz insofern eine Übereinstimmung ausfindig machen, als dass sich der Student B zur empirischen Bestimmung der PZ ebenfalls für das Erhebungsinstrumentarium der indirekten Zufriedenheitsmessung (ex ante/ex post) entschied. Ohne an dieser Stelle nun die indirekte Zufriedenheitsmessung, deren Besonderheiten bereits im obigen Textabschnitt hinreichend erörtert wurden, abermals vorstellen zu wollen, werden wir uns fortfolgend darauf beschränken, die Item- und Antwortformaten, welche der Student B in Rahmen seiner Untersuchung verwandte, darzustellen.



Beobachten wir nun den Studenten B, wie er auf der Basis des in dem abgebildeten Fragebogenauszugs zum Vorschein kommenden Antwortmusters, welches auf den Patienten j zurückfällt, die Zufriedenheits- *resp.* Unzufriedenheitsintensität zu bestimmen versucht, so gelangen wir anhand des nachstehenden Rechenganges zu der Einsicht, dass der Patienten j mit dem Leistungsmerkmal w (Wartezeit) seines Hausarztes aufgrund der punktgenauen Übereinstimmung zwischen der prekonsumistischen Erwartungshaltung und postkonsumistischen Erwartungserfüllung (Differenzwert null) anscheinend zufrieden war.



Verschieben wir an dieser Stelle die Diskussion über die im Zusammenhang mit dem obig dargestellten Zufriedenheitsurteil des Patienten j mit der Teilleistung w unweigerlich aufkeimenden Fragestellungen: *Ob der Patient j, hätte der Student B vorab die idealen und nicht die realistischen Erwartungen dieses Patienten eruiert, mit der erfahrenen Teilleistung w vielleicht doch unzufriedener gewesen wäre als es die Rechnung des Studenten B nahe legt, sowie vice versa, ob der von dem Studenten A befragte Patient x, hätte der Student A anstatt der normativen (idealen)- die präskriptiven (realitsichen) Erwartungen dieses Patienten gemessen, mit der beim Hausarzt zugebrachten Wartezeit (w) nicht vielleicht doch zufriedener gewesen wäre, als es die von dem Studenten A offen gemachte Unzufriedenheitsrechnung intendiert*; auf den im Anschluss an die knappe Schilderung der einzelnen Untersuchungsansätze der Studenten A, B, C und D stattfindenden Disput betreffs der Vergleichbarkeit des in den vier Studien zu Tage geförderten Datenmaterials und wenden uns fortfolgend den beiden noch ausstehenden Seminararbeiten der Studenten C und D zu, so offenbaren die nachstehend abgebildeten Fragebogenauszüge, dass die Studenten C und D, obwohl sie hinsichtlich der theoretischen Fundierung von zwei restlos unterschiedlichen PZ-Modellen ausgehen – so führt nämlich der Student C das Konstrukt *Ziele* und der Student D das Konstrukt *Bedürfnisse* in die Soll-Komponente des C/D-Paradigmas ein – auf der Messebene zwei nahezu identische Erhebungsinstrumente konzipiert haben. Ehe nun sowohl aus dem PZ-Fragebogen des Studenten C als auch aus der standardisierten Befragungsinstruments des Studenten D jeweils ein Item samt der zugehörigen Antwortskala grafisch dargestellt wird, sei vorab angemerkt, dass beide Studenten zur Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Hausarztbesuchs das so genannten direkte Erhebungsverfahrens verwandten. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die Studierenden C und D die Patienten im Anschluss an ihren Hausarztbesuch *cum grano salis* nach ihrem jeweiligen Zufriedenheitsgrad mit der erfahrenen medizinischen Dienstleistung befragten.

Item Nr. 5 aus dem Patientenzufriedenheitsfragebogen des Studenten C

	trifft völlig zu	trifft zu	trifft ziemlich zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
	1	2	3	4	5	6
Mit der Wartezeit war ich zufrieden.		X				

Item Nr. 8 aus dem Patientenzufriedenheitsfragebogen des Studenten D

	sehr zufrieden	zufrieden	ziemlich zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
	1	2	3	4	5	6
Wie zufrieden waren Sie mit der Wartezeit?		X				

Nehmen wir nun die beiden voranstehend abgelichteten Items aus den angewandten Fragebögen der Studenten C und D näher in Augenschein, so gelangen wir zu der frappierenden Einsicht, dass die auf der theoretischen Ebene bestehende Differenz zwischen den Studierenden C und D, in Worten die unterschiedliche Ausstaffierung der Soll-Komponente (Ziele versus Bedürfnisse), keinen Niederschlag in die entwickelten Messinstrumente gefunden hat. Mit anderen Worten: Obwohl die Studierenden C und D von gänzlich verschiedenen PZ-Definitionen ausgehen, erfassen die von ihnen entwickelten Fragebögen – im Gegensatz zu den Instrumenten der Studenten A und B – augenscheinlich denselben Gegenstand.

Wohnen wir nun zum Abschluss des konstruierten Fallbeispiels den Schlussakkorden der obig angesprochenen Seminarsitzung, in der die vorgestellten vier Studenten ihre Untersuchungsergebnisse präsentierten, bei, so scheinen sich die Seminarteilnehmer auf den Konsens zu einigen, dass in Ermangelung eines allgemeingültigen PZ-Modells zukünftig davon abgesehen werden sollte, die Zufriedenheit der Patienten vermittels des indirekten Erhebungsansatzes zu ermitteln. Den entscheidenden Vorteil einer derartigen Negation des indirekten Erhebungsansatzes sehen die Teilnehmer dabei vornehmlich in dem Umstand lokalisiert, dass ungeachtet der theoretisch-konzeptionellen Unklarheiten die via direkter Zufriedenheitsmessung zu Tage geförderten Ergebnisse aufgrund der diesem Erhebungsansatz eigenen Entkoppelung zwischen Theoriemodell und Forschungsinstrument prinzipiell miteinander vergleichbar sind.

Ohne nun bereits an dieser Stelle der nahe liegenden Versuchung nachzugeben, anhand der spezifischen Literatur zur Kunden- und PZ zu ergründen, welcher der obig dargestellten Messansätze wirklich das zur Disposition stehende Konstrukt PZ und welcher möglicherweise das verwandte Konstrukt der subjektiven Dienstleistungsqualitätswahrnehmung erfasst, sollen die nachstehenden Zeilen dazu genutzt werden, einige schlagende Argumente gegen die im voranstehehenden Beispiel vertretende Auffassung, dass das die modelltheoretischen Unstimmigkeiten der PZF vor dem Hintergrund einer einheitlichen Methodik (direkte Zufriedenheitsmessung) zu vernachlässigen sind, ins Felde zuführen. Entsprechend werden wir im Folgenden der Frage nachspüren, welche Folgen es für die PZF hätte, wenn zum Zwecke der pragmatischen Messung die modelltheoretische Fundierung derart vernachlässigt würde, dass sich die konkrete inhaltliche Ausgestaltung des Vergleichsstandards '*Erwartungen*' innerhalb des »*E/D-Modell*« nicht an empirischen Erkenntnissen orientiert, sondern der bloßen Willkürmeinung des jeweiligen Forschers unterliegt. Versuchen wir nun ein erstes Argument gegen diesen modelltheoretischen Anarchismus, demnach es einerlei ist, ob man die Entstehung der PZ auf die Erfüllung von Zielen, Bedürfnissen, idealen Erwartungen (Wünsche) oder realistischen Erwartungen zurückführt, stark zu machen, so kann nach Ansicht des Autors davon ausgegangen werden, dass sich das in der Einleitung der vorliegenden Arbeit skizzierte Verwertungsdefizit angesichts dieser theoretischen Bankrotteklärung, nämlich nicht genau zu wissen, aufgrund welches kognitiven Vergleichsstandards der Patienten zu seinem Zufriedenheitsurteil gelangt, tendenziell weiter ausweiten würde. Diese Vermutung, dass zwischen dem Theorie- und dem Verwertungsdefizit der PZF ein nicht unbedeutender Kausalzusammenhang besteht, gründet einerseits auf der Tatsache, dass mitunter die grundsätzliche Aussagekraft von empirisch erhobenen Kunden- sowie PZ-Ergebnissen von bedeutenden Entscheidungsträgern des jeweilig betroffenen Unternehmens unter Verweis auf die in

der Literatur bestehenden modelltheoretischen Unstimmigkeiten in Frage gestellt wird, sowie andererseits auf der Einsicht, dass es die Inhomogenität der existierenden PZ-Modelle *bis dato* unmöglich gemacht hat, verbindliche Managementtechniken zur nachhaltigen Steigerung der Zufriedenheit (z.B. im Sinne einer systematischen Steuerung der Patientenerwartungen) zu entwickeln. Zur Verdeutlichung des zuletzt angesprochenen Problems der mit dem Theoriedefizit der PZF in Zusammenhang stehenden mangelhaften Verfügbarkeit über hinreichend gesicherte Managementtools zur nachhaltigen Steigerung der PZ sei an dieser Stelle auf den intuitiv plausiblen Sachverhalt verwiesen, dass eine effiziente – also nicht trail and error basierte – Entwicklung wirkmächtiger Zufriedenheitstechniken allein auf dem Boden eines elaborierten PZ-Modells, welches ebenso präzise wie luzide Angaben über die dem kognitiven Urteil des Patienten zugrunde liegende Vergleichsgröße tätigt, möglich ist. Neben diesem ersten Kritikpunkt, demzufolge eine forschungspragmatisch unterfütterte Indolenz gegenüber den bestehenden Problemen der theoretischen Modellbildung im günstigsten Fall zu einer Verhärtung und im ungünstigsten Fall zu einer forcierten Ausweitung des Verwertungsdefizits generierter PZ-Parameter führen würde, kann nun zweitens der Einwand erhoben werden, dass die Entwicklung eines einheitlichen Modells für die PZF insofern von elementarer Bedeutung ist, als dass eine nachhaltige, von konjunkturellen Modezyklen – wie etwa der gegenwärtigen Qualitätsmanagementdebatte – unabhängige, Verankerung dieses Konstrukts in der medizinisch-therapeutischen Versorgungsforschung nach Ansicht des Autors maßgeblich davon abhängen wird, inwieweit es der Forschung gelingt, die von den Patienten im Rahmen ihrer Urteilsbildung herangezogene(n) Referenzgröße(n) zu entschlüsseln. Langfristig werden nämlich die angesichts des persistenten Theoriedefizits in der Literatur verstärkend anschwellenden Diskreditierungsversuche, denen zufolge *bspw.* die PZ kein eigenständiges Konstrukt darstellt, da in PZ-Studien weniger die Zufriedenheit als vielmehr die empfundene Erleichterung[30] oder die vollzogene Anpassungsleistung der Patienten gemessen wird, nur durch die Verabschiedung eines empirisch hinreichend überprüften PZ-Modells zum erliegen gebracht werden können. Bevor nun nachstehend die weiteren Untersuchungsabsichten *resp.* –schritte des vorliegenden Kapitelunterpunktes dargestellt werden, sei an dieser Stelle der Hinweis erlaubt, dass insbesondere die Psychologin Gitta JACOB innerhalb ihrer im Jahre 2002 eingereichten Dissertation zur Konstruktvalidität der PZ[31] einen gangbaren empirischen Weg zur Visibilisierung der von den Patienten zur Bildung ihres Zufriedenheitsurteils benutzten Vergleichsstandards aufgezeigt hat. So führte JACOB im Rahmen ihrer multimethodisch ausgerichteten Studie unter anderem zur Erhellung der Frage, aufgrund welcher Vergleichsstandards *bzw.* welcher Erwartungstypen die Patienten zu ihrem Zufriedenheitsurteil gelangen, mit insgesamt 17 Rehabilitationspatienten ein qualitatives Interview durch[32], wobei sie sich an dem problemzentrierten Interviewverfahren von WITZEL[33] orientierte. Anhand der Interviewergebnisse, auf deren Basis die Autorin im Sinne der Grounded Theory[34] zwei äußerst differenzierte Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen den Erwartungen und der Zufriedenheit der Patienten sowie zum Verständnis der fragebogenspezifischen Antwortverhaltens der Patienten entwickelte,

[30] vgl. AVIS / BOND & ARTHUR 1995
[31] vgl. JACOB 2002
[32] vgl. ebenda: 148
[33] vgl. WITZEL 1982 und 1985
[34] vgl. STRAUSS & CORBIN 1996

konnte JACOB eindrucksvoll nachweisen, dass die Patienten zur Bildung ihres Zufriedenheitsurteils vornehmlich prädikativen Erwartungen (das realistisch erwartete[35]) heranziehen.[36] Ohne nun im Folgenden auf die einzelnen von JACOB im Rahmen ihrer Untersuchung kenntlich gemachten Probleme der Anwendung des »*Expectation-Disconfirmation-Modells*« zur Erklärung der PZ-Genese detailliert eingehen zu wollen[37] (siehe dazu Kapitel 3.1.1.2), kann an dieser Stelle schon einmal *ad notam* genommen werden, dass die von JACOB zu Tage geförderten Erkenntnisse hinsichtlich der zufriedenheitstheoretischen Bedeutsamkeit der prädikativen Patientenerwartungen eine Entsprechung in den zentralen modelltheoretischen Aussagen der betriebswirtschaftlichen Kundenzufriedenheitsforschung (siehe Kapitel 2.8), denen zufolge die prädikativen Kundenerwartungen (realistische Erwartungen) die Grundlage für die Bildung des Zufriedenheitsurteils[38] und die normativen Kundenerwartungen (ideale Erwartungen) die Grundlage für die Bildung des subjektiven Qualitätsurteils bilden[39], erfährt.

In Anbetracht der im obigen Textverlauf nun hinreichend erörterten theoretisch-konzeptionellen Ungereimtheiten hinsichtlich der Konturierung des Erwartungskonstrukts innerhalb der PZF soll nun in den folgenden Unterkapiteln der Versuch gestartet werden, die nachstehend angeführten Fragestellungen hinreichend zu beantworten:

- Was sind Erwartungen?
- Wie lassen sich Patientenerwartungen definieren?
- Welche(n) Erwartungstyp(en) nutzen die Patienten im Rahmen der Zufriedenheitsbewertung?
- Was unterscheidet Erwartungen von Wünschen, Forderungen, Bedürfnissen, Ansprüchen und Werten?
- In welchem Zusammenhang steht das Erwartungskonstrukt mit den häufig synonym verwandten Konstrukten Wünsche, Bedürfnisse, Ziele, Forderungen und Ansprüchen?
- Welche Divergenzen und Konvergenzen bestehen zwischen den verwandten Konstrukten des subjektiven '*Zufriedenheits*-' und '*Qualitätsurteils*'?

Anders formuliert besteht das vorrangige Untersuchungsziel der nachfolgenden Subkapitel nunmehr darin, die Soll-Komponente des »*Expectation-Disconfirmation-Modells*«, welche angesichts der voranstehend enumerierten Fragestellungen einer *black box* gleicht, inhaltlich zu präziseren.

[35] siehe dazu bspw. die abgebildete Passage aus dem Fragebogen des Studenten B

[36] vgl. ebenda: 207

[37] vgl. ebenda: 225

[38] vgl. BRUHN 2000; HALLER 1995: 35; HALLER 2005: 39; HRIBEK 1999: 149; LEWIS 1993: 4; OLIVER 1993a: 73-79; OLIVER 1996b: 146; PATTERSON & JOHANSON 1993: 95 RICHTER 2005 und ROODRIGUEZ DEL BOSQUE et al. 2006: 411

[39] vgl. BITNER & HUBBERT 1994; BOULDING et al. 1993; BRUHN 2000; CARUANA / MONEY & BERTHON 2000: 1341-1342; DORMANN & ZAPF 2008: 765; LEE / LEE & YOO 2000; LEWIS 1993: 4; GÜTHOFF 1995: 69; LILJANDER & STRANDVIK 1992: 4; NOVAKOVIĆ-RAJICIC. & CIRIC 2008: 2573, 2577; OLIVER 1993a: 73-79; OLIVER 1996b: 146; PARASURAMAN / ZEITHAML & BERRY 1988; RUST & OLIVER 1994: 5; TEAS 1993: 19. Eine kritische Stellungnahme zur Nutzung idealer Erwartungen als Referenzgröße der subjektiven Qualitätsbeurteilung findet sich bei HENTSCHEL 1990: 223ff.

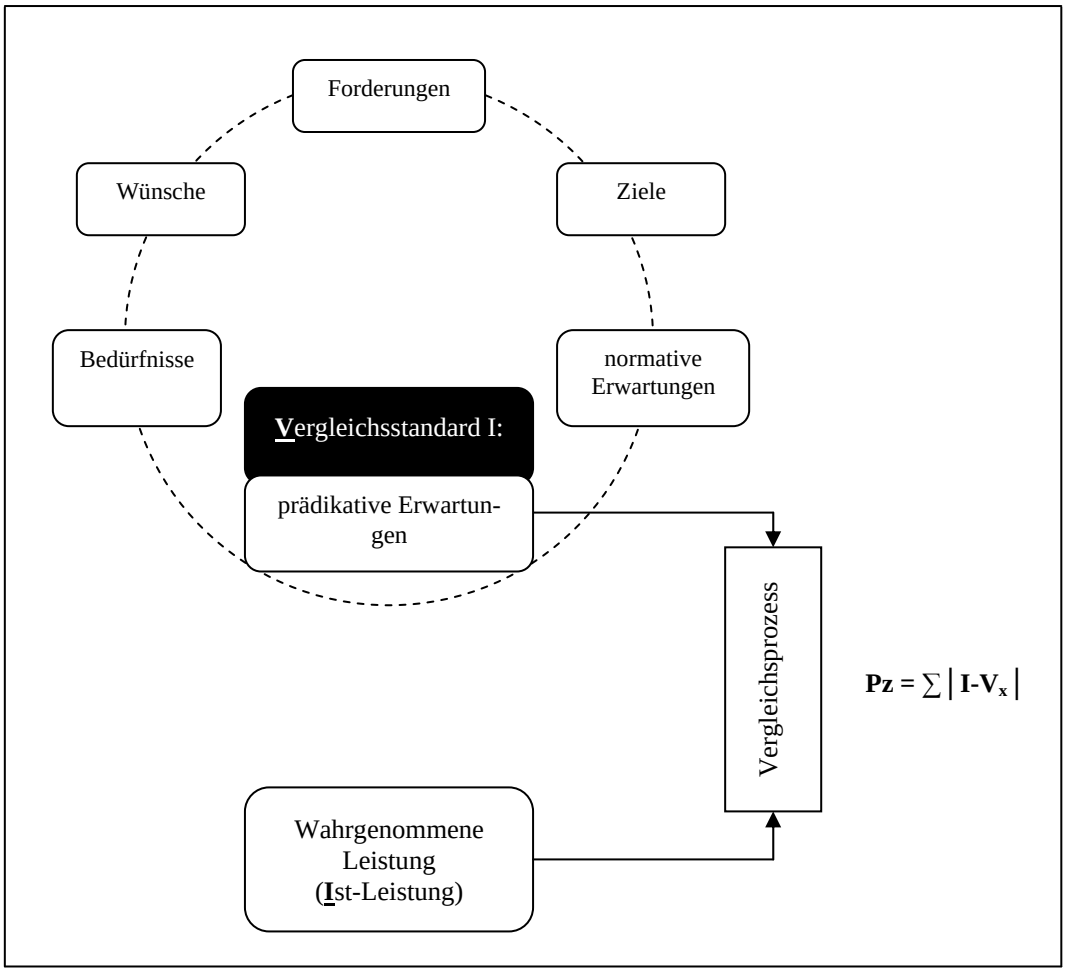


Abb. 29: Das Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der Patientenzufriedenheit

Betrachten wir zum Zwecke einer abschließenden Exemplifizierung des übergreifenden Telos der fortfolgenden Untersuchungsschritte noch einen kurzen Moment die Abbildung 29, welche den unrühmlichen Namen *'Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* trägt, so soll in den nachstehenden Zeilen die *bis dato* unter der black-box-artigen Soll-Dimension des *Expectation-Disconfirmation-Modell* vorherrschende Finsternis vermittels der Klärung, an welcher Stelle das in der Abbildung konstruierte Vergleichsstandard-Rad einrastet, überwunden werden. Unverklausuliert gesagt, geht es im Folgenden somit primär um die Erforschung der zentralen Referenzgröße(n), welcher sich die Patienten innerhalb ihres Zufriedenheitsbildungsprozesses befleißigen. Bewerten die Patienten nun – so gilt es im nachstehend zu erforschen – ihre subjektiven Erfahrungen mit der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung auf der Grundlage von 1) *prädikativen Erwartungen*, 2) *Bedürfnissen*, 3) *Wünschen*, 4) *Forderungen*, 5) *Zielen* oder 6) *normativen Erwartungen*?

3.1.1.1 Stellenwert und Bedeutung von Patientenerwartungen – *Eine Annäherung in definitorischer Absicht*

Tappte die PZF, wie es bereits durch den voranstehend kreierten Neologismus des *'Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* implizit zum Ausdruck gebracht wurde, hinsichtlich einer luziden Definition des Konstrukts »*Patientenerwartung*« bislang größtenteils im Dunkeln, so soll diesem unerfreulichen Tatbestand in den nachfolgenden Zeilen zunächst einmal dadurch Abhilfe geschafft werden, dass in einem ersten Schritt die Frage geklärt wird, wie der Erwartungsterminus gemeinhin zu definieren ist. Im Anschluss

an diese allgemeine Definitionsbemühung werden wir dann in einem zweiten Schritt unter Bezugnahme auf die beiden englischsprachigen Überblicksartikel zur inhaltlichen Ausgestaltung des Konstrukts »*Patientenerwartung*« von THOMSPOSN & SUNOL (1995) und KRAVITZ (1996) sowie den grundlegenden deutschsprachigen betriebswirtschaftlichen Übersichtsstudien zum Konstrukt »*Kundenerwartung*« von BRUHN (2000a) und RICHTER (2005) ein Schema zur Klassifizierung unterschiedlicher Patientenerwartungstypen entwickeln, auf dessen Basis erste Aussagen über die Eigenschaften der dem *Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ* vorrangig zugrunde liegenden Referenzgröße(n) getroffen werden können.[40] Rufen wir uns vorderhand in Erinnerung, dass eine maßgebliche theoretische Unschärfe des »*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ*« in dem Umstand lokalisiert liegt, dass der Erwartungsterminus in den allermeisten PZF-Studien als selbstevident vorausgesetzt und somit inhaltlich nicht näher konturiert wird[41], so erscheint diese burschikos-naive Indienstnahme des Erwartungsbegriffs durch das Gros der PZ-Literatur angesichts des Faktums, dass der Erwartungsterminus – wie die im Anhang abgelichteten Tabellen 6 und 7 beweisen – eine der am häufigsten im Haus der Wissenschaft frequentierte Vokabel darstellt, auf den ersten Blick nicht weiter verwunderlich. Nimmt man nun jedoch nach einer ersten, diagonalen Lesart insbesondere die zweite Spalte der erstellten Tabellen näher in Augenschein, so schlägt das der PZF im vorausgehenden Satz entgegengebrachte Verständnis, dass sie angesichts der beinahe als ubiquitär zu bezeichnenden Indienstnahme des Erwartungsbegriffs durch eine Vielzahl unterschiedlichster Wissenschaftsdisziplinen *bis dato* zumeist davon absah, den ihrerseits auf modelltheoretischer Ebene inaugurierten Erwartungsterminus hinreichend zu explizieren, behände in ihr Gegenteil, nämlich in blankes Unverständnis, um. Pointiert formuliert zerschellt das der PZF zugute gehaltene Argument, demnach ein geläufiger Terminus aus Gründen der Sprachökonomie solange keiner haarfeinen Definition zugeführt werden muss, wie davon ausgegangen werden kann, dass das betreffende Wort bei sämtlichen Rezipienten einen identischen Bedeutungshorizont (ideale Sprecher-Hörer-Situation[42]) aufspannt, an der Tatsache, dass die einzelnen Wissenschaftsdisziplinen (siehe Tab. 6-7/Anahng) mit dem Erwartungsbegriff nicht immer ein und dieselben Denotationsgehalt verbinden. Ohne nun *en detail* auf die bestehenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den jeweiligen Erwartungsoperationalisierungen der tabellarisch angeführten Wissenschaftsdisziplinen eingehen zu wollen, kann vor dem obig abgesteckten Hintergrund bereits *grosso modo* zur Kenntnis genommen werden, dass jedwede wissenschaftliche Bezugnahme auf den Terminus »Erwartung« – ganz gleich ob sie nun medizinischen, soziologischen oder psychologischen Ursprungs ist – um ihrer Redlichkeit willen dazu verpflichtet ist, darüber Auskunft zu geben, was in der entsprechenden Untersuchung einerseits unter dem Erwartungsbegriff verstanden werden soll, sowie andererseits welcher Erwartungstypus – der u.a. von normativen und prädikativen Erwartungen über Muß-, Soll- und Kann-Erwartungen bis zu rationalen und adaptiven Erwartungen reichen kann – der Studie vorrangig zugrunde liegt.

Wenn wir uns nun im Folgenden der Einlösung der erstgenannten semantischen Bedingung, in Worten der Definition des Erwartungsterminus, zuwenden werden, so sei diesbezüglich angemerkt, dass der Autor der vorliegenden Arbeit im Rahmen der inhaltlichen Konturierung des Erwartungsbegriffs insofern einen unkonventionellen Weg einschlagen wird, als dass er nicht etwa den nahe liegenden Versuch unter-

[40] Prospektiv sei angemerkt, dass die Klärung der zum Ende des vorausgehenden Kapitelunterpunktes aufgelisteten Fragestellungen, insbesondere der aufgeworfenen Frage nach den konzeptionellen Unterschieden zwischen den im modelltheoretischen Diskurs der PZF zuhauf äquivalent zum Erwartungskonstrukt benutzen Termini Bedürfnisse und Wünsche, in den Exkursunterkapiteln 3.1.1.1.1.1 und 3.1.1.1.1.2 geleistet wird.

[41] siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 3.1.1

[42] vgl. CHOMSKY 1969: 13

nimmt, den Bedeutungsgehalt des Erwartungsbegriffs aus den definitorischen Überschneidungen der in den Tabellen 6-7 (siehe Anhang) angeführten Erwartungskonstrukten zu ermitteln, sondern vielmehr bestrebt ist, die zentralen Strukturmerkmale des zur Disposition stehenden Begriffs durch eine hinreichende Abgrenzung des Erwartungsterminus von seinem Stammwort, *in medias res* dem Substantiv »Warten«, offen zulegen. Nehmen wir also demgemäß zunächst einmal das anthropologische Daseinsphänomen des »Wartens«, welchem im Kontrast zu seiner alltagsweltlichen Bedeutsamkeit in den literarischen[43], philosophischen[44] und soziologischen[45] Publikationen bislang überraschenderweise nur eine äußerst spärliche Aufmerksamkeit zuteil wurde, näher in Augenschein, so werden wir hinsichtlich der Gewahrwerdung einer filigranen Sezierung der basalen Merkmale dieser Seinsform allen voran in dem geistreichen Aufsatz »*Warten auf Amtsfluren*« des Soziologen Rainer PARIS aus dem Jahre 2001 fündig.[46] „*Warten*" – so führt PARIS in einem ersten allgemeinen Definitionsversuch aus – „[kann, T.K.] *als eine mehr oder minder lang andauernde ortsgebundene Tätigkeit, ein stationäres Verweilen, beschrieben werden, bei der eine oder mehrere Personen ihre Aufmerksamkeit auf ein künftiges Ereignis richten und sich mental darauf vorbereiten*"[47]. Ausgehend von dieser recht weitläufigen Definition arbeitet PARIS im weiteren Verlauf seiner Analyse nun insgesamt fünf verschiedene Strukturmerkmale heraus, die gewissermaßen das anatomische Grundgerüst der untätigen Tätigkeit Namens »*Warten*« darstellen.[48] Diese fünf Strukturkomponenten lauten: 1) Zentralität der Zeit, 2) Zielgerichtetheit/Ereignisorientierung, 3) Erzwungene Passivität, 4) Isolation/Selbstbezogenheit sowie 5) Abhängigkeit und Kontingenz.[49] Da nun der inhaltliche Schwerpunkt des vorliegenden Kapitelunterpunktes eindeutig dem Erwartungsbegriff gilt, soll nachstehend ausschließlich jenes dieser fünf Strukturmerkmale des Phänomens »*Warten*« genauer erläutert werden, dass den höchsten Abweichungsgrad vom Erwartungsterminus aufweist und somit die Basis für die in den kommenden Zeilen zu leistende Definition des Erwartungsbegriffs bildet. Das entscheidende Strukturmerkmal, welches die Termini »Warten« und »Erwartung« voneinander separiert, besteht nun laut PARIS – im Kontrast zu den Ansichten von HEIDEGGER und BLANCHOT[50] – in der für das Daseinsphänomen des »Wartens« zentralen Bedeutsamkeit der *‚Zentralität der Zeit'*. „Das erste und wichtigste Charakteristikum des Wartens" – so insistiert PARIS – „ist die scharfe Bewusstheit von Zeitfluss und Dauer. Wartende achten auf die verrinnende Zeit und registrieren penibel, wie lange sie schon gewartet haben. (…) Warten ist [somit, T.K.] zuallererst die Erfahrung von Dauer, unabweisbare Aufmerksamkeit gegenüber dem Verstreichen der Zeit"[51]. Während also in der Seinsform des »Wartens« die Zeit ins Zentrum des Wahrnehmungsfeldes rückt, so spielt die subjektive Zeitperzeption getreu der Ausführungen von PARIS in der Geisteshaltung der »Erwartung« hingegen eine untergeordnete Rolle, da die Gedanken des in »Erwartung« stehenden Mensch nahezu vollständig um das antizipierte Ereignis kreisen. „Obwohl wir inständig warten" – so formuliert PARIS, dessen Tinte das Paradoxon nicht scheut, seine Einsicht – „vergessen" wir [erwartend, T.K.] gleichsam das Warten"[52]. Versu-

[43] So gelangt das Phänomen des »Wartens« – neben seiner zentralen Behandlung in dem wohl bekanntesten Theaterstücks Samuel BECKETTS „*Warten auf Godot*" (1971) sowie der lesenwerten Erzählung „*J.H. Obereits Besuch bei den Zeitgeht*" (1981) von Gustav MEYRINK – ausschließlich in den Werken von Ingeborg BACHMANN und Anna SEGHERS in den Rang eines literarischen Leitmotivs (siehe dazu HEISER 2007 und LEISTNER 1980).

[44] Ausgenommen seihen hier die philosophischen Reflexionsbemühungen zur Geisteshaltung des Wartens von BLANCHOT 1964; HEIDEGGER 1992: 42 und KRACAUER 1977

[45] Zur soziologischen *resp.* sozialpsychologischen Auseinandersetzung mit dem Alltagsphänomen des »Wartens« siehe insbesondere die folgenden Literaturhinweise: JANICH 2006; LEVINE 2008: 145-174; MANN 1969; MAZUREK 2008; MEISE 2003 sowie SEEMANN 1988

[46] vgl. PARIS 2001

[47] ebenda: 706

[48] vgl. ebenda: 705

[49] vgl. ebenda: 706-710

[50] So erspähen sowohl HEIDEGGER (1992) als auch BLANCHOT (1964) das entscheidende Differenzkriterium zwischen den beiden Daseinsformen des »wartens« und des »erwartens« in der offenen Zielstruktur des Wartens.

[51] ebenda: 706, 714

[52] ebenda: 714

chen wir nun auf der Grundlage dieser Erkenntnisse eine vorläufige Antwort auf die virulente Fragestellung ‚*Worin die semantische Entität des Erwartungsbegriffs bestehet'* zu entwickeln, so kann an dieser Stelle erst einmal *ad notam* genommen werden, dass das hervorstechende Strukturmerkmal des erwartenden Weltbezugs in dem bemühen lokalisiert liegt, möglichst vernünftige *resp.* passgenaue Voraussagen über zukünftige Ereignisse zu treffen. Ausgehend von diesem substanziellen Nukleus, soll nun in den nachstehenden Zeilen unter Bezugnahme auf ausgewählte psychologische und soziologische Studien eine erschöpfende Definition des Terminus »Erwartung« entwickelt werden. Um nun dieses hehre Untersuchungsziel, in Worten die Bildung einer umfassenden Definition des Erwartungsbegriffs, verwirklichen zu können, müssen vorab insbesondere die folgenden fünf W-Fragen hinreichend beantwortet werden: 1) *Wo liegt die neurophysiologische Erwartungsproduktionsstätte*?, 2) *Wie entwickeln wir Erwartungen*, 3) *Welche Erwartungstypen gibt es?, 4) Wann bilden wir Erwartungen?* und zu guter Letzt die augenscheinlich wichtigste Frage 4) *Warum ist der Mensch ein erwartungsbildendes Wesen?* (Erwartungsfunktionen). Versuchen wir nun die aufgeworfenen Fragestellungen in chronologischer Reihenfolge anhand der psychologischen und soziologischen Literatur zu beantworten, so erhalten wir auf die erste Frage nach der neurophysiologischen Brutstätte der Erwartungsbildung in dem preisgekrönten Buch »*Ins Glück stolpern*« des amerikanischen Psychologen Daniel GILBERT eine fundierte Antwort. Gemäß den Erkenntnissen GILBERTS findet die erwartungsbildende Gehirnaktivität, die von GILBERT mit der Wortneuschöpfung *nexten* umschrieben wird[53], in einem spezifischen Gehirnarsenal, dem direkt hinter der Stirn liegenden Frontallappen, statt.[54] Diese Gehirnregion, die sich phylogenetisch erst recht spät ausdifferenziert hat[55], scheint also – wie GILBERT anhand einer Vielzahl von medizinhistorischen Fällen, in denen die Patienten aufgrund einer mehr oder minder starken Zerstörung des Frontallappens ihre Planungsfähigkeit einbüßten, eindrucksvoll zu belegen vermag[56] – dafür zuständig zu sein, dass der Mensch dazu im Stande ist, zukünftige Ereignisse zu antizipieren. Wenden wir uns nun, nachdem wir voranstehend die neurophysiologische Wiege der Erwartungsbildung ausfindig machen konnten, nachstehend der Frage, *wie* Erwartungen gebildet werden, zu, so erweist sich die in der makroökonomischen Forschungsliteratur geläufige Aufsplittung des Erwartungskonstrukts in adaptive und rationale Erwartungen als äußerst hilfreich.[57] Lösen wir nun zur Beantwortung der Frage nach dem Entstehungsprozess von Erwartungen diese beiden Erwartungskonzepte aus ihrem makroökonomischen Kontext, so zeigt sich, dass der Erwartungsbildungsprozess entweder auf adaptive oder rationale Mechanismen zurückgeführt werden kann. Konkret gesagt bedeutet dies, dass Voraussagen über zukünftige Ereignisse auf der einen Seite dadurch gebildet werden können, dass die in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen gemachten Erfahrungen im Sinne der von dem Soziologen Alfred SCHÜTZ eingeführten Idealitätskategorie des »Und-so-weiter«[58] auch für die ausstehende Zukunft Gültigkeit besitzen (adaptive Erwartungsgenerierung). Der zentrale Unterschied zwischen der adaptiven und der rationalen Erwartungsbildung bestehet nun darin, dass der Mensch im Rahmen der rationalen Ausbildung von Erwartungen seinen *Lobus frontalis* (Frontallappen) nicht ausnahmslos mit Informationen aus der Vergangenheit (adaptive Erwartungsgenerierung) speist, sondern ihm darüber hinaus sämtliche zur Verfügung stehenden

[53] vgl. GILBERT 2008: 29
[54] vgl. ebenda: 36
[55] vgl. ebenda: 44
[56] vgl. ebenda: 37-43. „Die Tatsache, dass (…) eine Zerstörung des Frontallappens (…) unsere Fähigkeit zu planen (…) beeinträchtigt" – so GILBERT – „(…) lässt (…) den logischen Schluss zu, dass der Frontallappen der Teil des Gehirns ist, der es normalen Erwachsenen erlaubt, sich selbst in die Zukunft zu projizieren. Ohne diesen Gehirnbereich sind wir in der Gegenwart gefangen. Wir können uns kein Morgen vorstellen (…)" [ebenda: 41].
[57] vgl. RICHTER 2005: 23-27
[58] vgl. SCHÜTZ & LUCKMANN 2003: 34

Informationen zuführt, die sich hinsichtlich des zu antizipierenden Ereignisses als außerordentlich relevant ausnehmen. Greift man nun zur Beantwortung der dritten Fragestellung: *Welche Erwartungstypen gibt es?* auf die Literatur der in den Tabellen 6 und 7 (siehe Anahang) angeführten Wissenschaftsdisziplinen zurück, so scheint die wissenschaftliche Forschungsgemeinschaft hinsichtlich der Existenz unterschiedlicher Erwartungstypen insofern mit einer Zunge zu sprechen, als dass gemeinhin zwei Grundtypen von Erwartungen, nämlich prädikative und normative, unterschieden werden.[59] Die zwischen diesen beiden Grundtypen verlaufende Demarkationslinie kommt nun darin zum Ausdruck, dass in prädikativen Erwartungen Annahmen darüber getroffen werden, was zukünftig sein wird und in normativen Erwartungen Annahmen darüber getroffen werden, was zukünftig sein sollte. Um nun – da die beiden Erwartungsgrundtypen bereits im Kapitelunterpunkt 2.8 ausführlich beschrieben worden sind – unnötigen Wiederholungen und Litaneien entgegenzuwirken, sei im Zusammenhang mit der dritten Fragestellung abschließend angemerkt, dass sowohl die prädikativen als auch die normativen Erwartungen ferner dahingehend unterschieden werden können, welcher subjektive Verbindlichkeitsgrad (Muß-, Soll- oder Kann-Anspruch) ihnen jeweils zugewiesen wird. Machen wir uns nun im Folgenden auf den Weg, die beiden übrig gebliebenen Fragestellungen vier und fünf anhand der psychologischen und soziologischen Literatur zum Erwartungsbegriff zu beantworten, so können wir in einem ersten Schritt die Frage nach dem *„Wann bilden wir Erwartungen?"* mit der lapidaren Aussage *„nahezu beständig"* parieren. Die These, dass der Mensch – außer in der retrospektiven Lebensbetrachtung sowie in meditativen Zuständen reiner Gegenwartskontemplation – immerzu Erwartungen über zukünftige Ereignisse entwirft, basiert nun unter anderem auf der Einsicht, dass Erwartungsbrüche – der Psychologe LERSCH spricht in diesem Zusammenhang auch von einem so genannten apperzeptiven Schockerlebnis[60] – in unserem Alltagsleben durchaus keine Seltenheit darstellen. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass uns Irritationsphänomene, wie sie *bspw.* in Erfahrungszuständen der Unheimlichkeit, des Staunens, der Überraschung und der Verzweifelung zum Ausdruck kommen, insofern einen luziden Einblick in die kognitiven Gewebestrukturen des primären anthropologischen Weltbezugs gewähren, als dass sie seinen erwartungsgesättigten Hintergrund verdeutlichen. Betrachten wir nun noch – ehe nachfolgend auf der Grundlage der obig zu Tage geförderten Erkenntnisse eine umfassende Definition des Erwartungsterminus gebildet werden soll – die individuellen und gesellschaftlichen Funktionen des Erwartungskonstrukts, so lässt die Bedeutsamkeit von Erwartungen maßgeblich auf ihre komplexitätsreduzierende und handlungskoordinierende Funktionsdienlichkeit zurückführen. Konkret gesagt bedeutet dies, dass Erwartungen einerseits den realistisch anzunehmenden Möglichkeitsraum zukünftiger Ereignisse massiv einschränken (komplexitätsreduzierende Entlastungsfunktion) und dadurch andererseits eine effiziente Abstimmung interindividueller Handlungsketten (handlungskoordinierende Funktion) ermöglichen.[61]

Versuchen wir nun auf der Basis der im obigen Textabschnitt herauspräparierten Strukturmerkmale eine möglichst umfassende heuristischen Arbeitsdefinition des Terminus »Erwartung« zu entwickeln, so ergibt sich das folgende Bildnis:

[59] siehe dazu ausführlich die Ausführungen im Kapitel 2.8
[60] vgl. LERSCH 1951
[61] siehe dazu ausführlich MIEBACH 2006: 259-264

Mit dem Begriff »Erwartung« wird in der vorliegenden Arbeit die im Gehirnbereich des Frontallappens ihren Ausgangspunkt nehmende Fähigkeit des Menschen umschrieben, mehr oder minder wahrscheinliche Aussagen darüber treffen zu können, was zukünftig sein wird (prädikative Erwartungen) *resp.* was zukünftig sein sollte (normative Erwartungen); wobei sich der Wahrscheinlichkeits- oder – treffender gesagt – der Gewissheitsgrad der getroffenen Zukunftsannahmen danach bemisst, ob ihnen ein Muss-, Soll- oder Kann-Anspruch zugewiesen wird. Darüber hinaus sei in diesem Zusammenhang mit Nachdruck auf den Sachverhalt hingewiesen, dass die in der Literatur zuhauf äquivalent verwandten Termini »Warten« und »Erwartung« insofern voneinander zu separieren sind, als dass der in Erwartung stehende Mensch seinen Wahrnehmungsstrahl nicht etwa – wie sein in der Daseinsform des Wartens ausharrender Kompagnon – gänzlich auf den verstreichenden Zeitfluss, sondern vollständig auf das antizipierte Ereignis ausrichtet. Dieses zentrale Strukturmerkmal des Erwartungsphänomens, in Worten die intentionale Bezugnahme auf das antizipierte Ereignis, darf nun jedoch keinesfalls dahingehend missverstanden werden, dass der erwartungsbildende Mensch restlos passiv im Zeithorizont der Zukunft aufgeht. Gegen eine derartige Lesart spricht nämlich die Einsicht, dass Erwartungen der Gestalt auf den Zeithorizont der Gegenwart einwirken, als dass die Menschen an den von ihnen antizipierten Zukunftsszenarien aktiv ihr Handeln ausrichten.

Haben wie nun mitsamt der obig aufgestellten Erwartungsdefinition ein erstes Teilziel des vorliegenden Kapitelunterpunktes erreicht, so sollen in den nachstehenden Zeilen die zwei noch ausstehenden Fragestellungen: 1) *Was sind Patientenerwartungen*? und 2) *Auf welchen Erwartungstyp greifen die Patienten bei der Zufriedenheitsbildung zurück?* insbesondere anhand der englischsprachigen Übersichtsarbeiten zum Thema »*Patientenerwartungen*« von THOMPSON & SUNOL (1995) und KRAVITZ (1996), der betriebswirtschaftlichen Forschungsarbeiten zum Konstrukt »*Kundenerwartung*« von BRUHN (2000a) und RICHTER (2005) sowie der von JACOB (2002) im Rahmen ihrer Dissertation »*PZ in der medizinischen Rehabilitation. Eine Studie zur Konstruktvalidität*« durchgeführten Interviewstudie ausführlich beantwortet werden.

Nehmen wir nun zum Zwecke einer vorläufigen – in den nachfolgenden Unterpunkten des hiesigen Kapitels sukzessiv zu verfeinernden – inhaltlichen Konturierung des Begriffs »*Patientenerwartung*« die erstgenannte englischsprachige Übersichtsarbeit, in der das Autorenduo THOMPSON & SUNOL sämtliche der zwischen den Jahren 1990 und 1995 in renommierten Periodika[62] erschienen wissenschaftlichen Aufsätze zum Thema »Erwartungen« berücksichtigte, in Augenschein, so erweisen sich allen voran die folgenden vier Einsichten des Autorenpaars in die Strukturmorphologie des Konstrukts »*Patientenerwartung*« als informativ:

Erstens gelangten THOMPSON & SUNOL auf der Basis ihrer Literaturanalyse zu der Erkenntnis, dass das Konstrukt »*Patientenerwartung*« zumeist über die Indikatoren der Prozess- und Ergebniserwartungen operationalisiert wird.[63]

Zweitens konnten die Autoren THOMSPOSN & SUNOL dem ozeanartig anmutenden Publikationsmeer der Erwartungsforschung eine erste grundlegende Definition des Patientenerwartungsbegriffs abspenstig machen: „Broadly speaking (…) there is agreement that expectations are beliefs, thus implying that are created and substained by a cognitive process. In terms of health services, then, expectations are formulated by clients or patients about the services they think they are to receive".[64]

[62] So durchmusterte das Autorenduo im Rahmen ihrer Recherchearbeiten insgesamt achtzehn wissenschaftliche Zeitschriften aus den Bereichen Medizin, Marketing, Psychologie und Soziologie (vgl. THOMPSON & SUNOL 1995: 127-128)

[63] vgl. ebenda: 128. Konkret gesagt bedeutet dies, dass in den von THOMPSON & SUNOL untersuchten Studien zumeist davon ausgegangen wird, dass die Patienten vor der Inanspruchnahme einer medizinisch-therapeutischen Dienstleistung sowohl konkrete Erwartungen bezüglich des Arztverhaltens, der Behandlungsmethode, des Stationsklimas etc. (Behandlungsprozess-Erwartungen) als auch hinsichtlich Art und Umfang des Heilungserfolgs (Behandlungsergebnis-Erwartungen) ausbilden.

[64] ebenda: 130

Ausgehend von diesem definitorischen Grundsockel entwickeln die Autoren nun *drittens* insgesamt vier unterschiedliche Erwartungstypen, welche gemäß ihrer Literaturdurchsicht in den überwiegenden Studien angewandt wurden[65]: *1. Ideale Erwartungen:* Dieser Erwartungstypus – der sich in der englischsprachigen Literatur z.T. auch die Begriffsgewänder *‚aspirations'*, *‚desires'* oder *‚wants'* überstreift – drückt aus, welches Leistungsniveau ein Patient für außergewöhnlich gut hält. *2. Prädikative Erwartungen*: Unter diesem Erwartungstyp – dem in der einschlägigen englischsprachigen Literatur häufig die Bezeichnungen *‚realistic', ‚practical'* oder *‚anticipated'* vorausgehen – werden die Annahmen des Patienten darüber, welche Leistungsmerkmale die bevorstehende medizinisch-therapeutische Dienstleistung aus seiner Sicht aufweisen wird (*‚will happen'*), subsumiert. *3. Normative Erwartungen*: Hinter diesem Erwartungstypus verbergen sich die patientenseitigen Ansichten über diejenigen Leistungsmerkmale, welche die *ante portas* stehende medizinisch-therapeutische Dienstleistung aufweisen sollte (*‚should or ought to happen'). 4. Ungeformte Erwartungen*: Unter diesen Erwartungstypus wird der Sachverhalt rubriziert, dass manche Patienten keine klaren Annahmen darüber entwickelt haben, welche Leistungsmerkmale die nahende medizinisch-therapeutische Dienstleistung aufweisen wird *resp.* sollte.

Wenden wir uns nun der *vierten* und somit letzten zentralen Einsicht in das anatomische Strukturgewebe des Konstrukts »*Patientenerwartung*« zu, so kommt diese in den Ausführungen des Autorenduos über das so genannte Erwartungsniveau (*‚the level of expectations'*[66]) zum Ausdruck. Unter argumentativer Bezugnahme auf das Toleranzzonen-Modell von PARASURAMAN et al. (1991) sowie die Assimilation-Kontrast-Theorie von SHERIF & HOVLAND (1961) entwickelten THOMPSON & SUNOL das voranstehend genannte Erwartungsniveaukonzept, demnach die beiden grundlegenden Erwartungstypen – in Worten die normativen und prädikativen Erwartungen – nicht etwa exakt *bzw.* punktuell ausgerichtet (z.B. die Wartezeit beim Hausarzt wird haargenau 7:30 Minuten dauern) sind, sondern sich auf einem Intervallstrahl mit der Untergrenze *'minimal antizipiertes Leistungsniveau'* (z.B. 10 Minuten Wartezeit) und der Obergrenze *'maximal antizipiertes Leistungsniveau'* (z.B. 5 Minuten Wartezeit) bewegen. Überführen wir nun diese ersten theoretischen Grundannahmen des Erwatungsniveaukonzepts aus Gründen der optimierten Veranschaulichung in ein grafische Darstellung, so ergibt sich folgendes Schaubild:

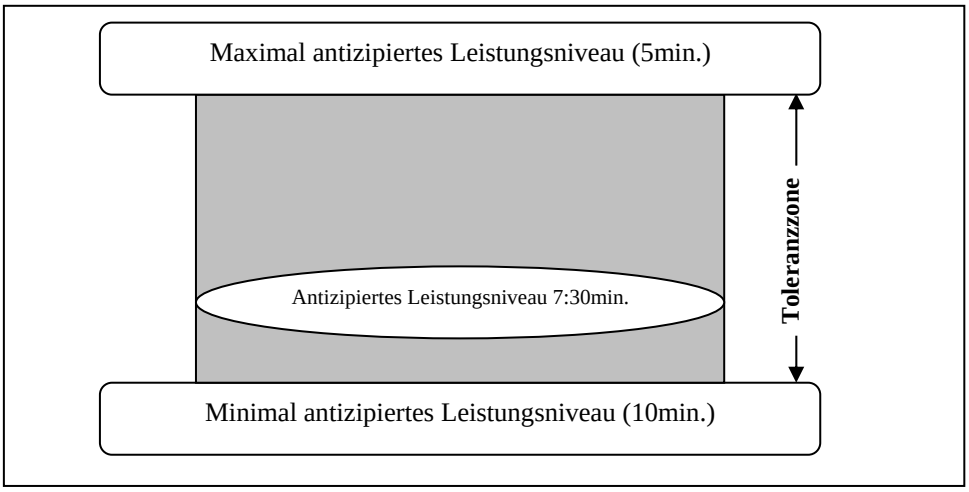


Abb. 30: Prädikatives Erwartungsniveau hinsichtlich der Wartezeit beim Hausarzt

[65] vgl. ebenda: 130-131
[66] vgl. ebenda: 132ff.

Ohne an dieser Stelle nun bereits die Assimilation-Kontrast-Theorie, welche den Hauptgegenstand des Kapitelunterpunktes 3.1.1.1.4 bilden wird, eingehend besprechen zu wollen, so kann die obige Abbildung nichtsdestotrotz derart gelesen werden, dass ein Patient, welcher zufälligerweise das in der Illustration zum Vorschein kommende Erwartungsniveau aufweist, insoweit mit der beim Hausarzt erlebten Wartezeit zufrieden sein wird, wie sich die faktisch wahrgenommene Wartezeit innerhalb der Toleranzzone, d.h. zwischen 5 und 10 Minuten, bewegt. Darüber hinaus verweist das abgebildete Erwartungsniveaukonzept auf den Umstand, dass erst eine massive Über- *resp.* Unterschreitung des antizipierten Leistungsniveaus – in dem vorliegenden Fall 7:30 min. Wartezeit – eine ausgesprochen hohe Zufriedenheit (I>>E) *bzw.* eine ausgeprägte Unzufriedenheit (I<<E) zur Folge hätte.

Lassen wir nun, ehe nachstehend die bedeutendsten Erkenntnisse aus der umfangreichen Übersichtsarbeit zum Thema Patientenerwartung von KRAVITZ (1996) herausgefiltert werden sollen, die in den voranstehenden Zeilen angeführten Einsichten des Autorenduos THOMSPSON & SUNOL in die Strukturmerkmale des Patientenerwartungskonstrukts in einer ersten, tentativen Definition münden, so gelangen wir zu der folgenden Notation: Gemäß der zentralen Aussagen des Übersichtsartikels von THOMSPSON & SUNOL (1995) wird in der spezifischen Literatur mit dem Terminus »Patientenerwartung« die kognitive Fähigkeit der Patienten umschrieben, mehr oder minder genaue Annahmen darüber entwickeln zu können, welche Prozess- als auch Ergebnismerkmale eine medizinisch-therapeutische Dienstleistung aufweisen wird (prädikative Erwartungen) *resp.* aufweisen sollte (normative Erwartungen); wobei immer auch – wie es bereits implizit in der benutzten Wortabfolge 'mehr oder minder' zum Ausdruck kommt – die Möglichkeit mit in Betracht gezogen muss, dass es durchaus Patienten gibt, welche sich bar jeglicher Vermutung, was im Rahmen der Behandlung auf der Prozess- und Ergebnisebene geschehen wird (prädikative Erwartungen) *bzw.* geschehen sollte (normative Erwartungen), in medizinisch-therapeutische Hände begeben. Ferner weisen die beiden basalen Erwartungsgrundtypen, namentlich die prädikativen und normativen Erwartungen, zumeist keine punktgenauen Leistungsmerkmalseinschätzung auf. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass sich die beiden Grunderwartungstypen auf einem gemeinhin als Toleranzzone bezeichnetem Kontinuum mit den diametral entgegengesetzten Bezeichnungen *'maximal-'* versus *'minmal antizipiertes Leistungsniveau'* als Ober- und Untergrenzen bewegen. Speist man nun dieses Erwartungsintervallkonzept in das »*Expectation-Disconfirmations-Model der PZ-Genese*« (siehe Abbildung 28) ein, so zeigt sich in Analogie zu den bereits integrierten modelltheoretischen Aussagen des Sozialpsychologen Peter HOFSTÄTTERS, dass sich erst infolge einer besonders gravierenden Über- *resp.* Unterschreitung des antizipierten Leistungsniveaus eine ausnehmend hohe Zufriedenheit *bzw.* Unzufriedenheit einstellt, da sämtliche innerhalb der Toleranzzone liegenden Leistungswahrnehmungen mit Zufriedenheit quittiert werden.

Um nun diese erste, aus der Übersichtsarbeit von THOMPSON & SUNOL kondensierte, Definition des Begriffs »*Patientenerwartung*« einerseits auf der Inhaltsebene weiter fermentieren sowie andererseits auf der Beziehungsebene – welche hier nicht im WATZLAWICKSCHEN Wortsinne verstanden wird[67] – die Einflussstärke auf die PZ-Ausbildung präziser herausarbeiten zu können[68], sollen nun nachstehend die essentiellen Erkenntnisse aus der Meta-Analyse von KRAVITZ in knapper Form referiert werden. Betrachten wir nun also die Übersichtsarbeit von KRAVITZ, in welcher der Autor die im Zeitfenster zwischen

[67] vgl. WATZLAWICK / BEAVIN & JACKSON 1996

[68] So sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass sich die Autoren THOMPSON & SUNOL im Rahmen ihrer Übersichtarbeit leider darüber ausschweigen, welcher Erwartungsgrundtyp den Patienten als Soll-Größe innerhalb des Zufriedenheitsbildungsprozesses dient.

den Jahren 1966 und 1994 erschienene englischsprachige Literatur zum Konstrukt »*Patientenerwartung*« auswertete[69], im Lichte der voranstehend gebildeten Patientenerwartungsdefinition, so zeigt sich, dass die Ausführungen von KRAVITZ einerseits auf der Ebene der Erwartungsdimensionierung über die Annahmen von THOMPSON & SUNOL hinausweisen sowie andererseits auf der Ebene der Erwartungstypologie mit diesen im Einklang stehen. Nehmen wir nun zuforderst die im vorausgehenden Satz anformulierte Differenz zwischen den beiden zur Diskussion stehenden Patientenerwartungskonzepten näher in Augenschein, so weist KRAVITZ im Rahmen seiner Untersuchung darauf hin, dass die Patienten nicht nur mehr oder minder spezifische initiale Erwartungen hinsichtlich des Behandlungsprozesses (Prozesserwartungen) und des Behandlungsergebnisses (Ergebniserwartungen) ausbilden, sondern darüber hinaus – in Analogie zum Dienstleistungsqualitätsmodell von DONABEDIAN[70] – auch Erwartungen bezüglich struktureller Leistungsmerkmale der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung (Strukturerwartungen), entwickeln (z.B. Personalschlüssel, Infrastruktur, Zimmergröße etc.).[71] Wenngleich nun also KRAVITZ das Konstrukt »*Patientenerwartung*« im Unterschied zu THOMPSON & SUNOL vermittels der so genannten Strukturerwartungen um eine weitere Dimension ergänzt, so scheint auf der Ebene der Erwartungstypologie zwischen den beiden Übersichtsarbeiten insofern Eintracht zu herrschen, als dass KRAVITZ in seinem Text von zwei zentralen Erwartungstypen, in Worten den 'Wahrscheinlichkeits-Erwartungen' (*probability expactations*) und den 'Wert-Erwartungen' (*value expectations*) ausgeht[72], die inhaltlich den beiden von THOMPSON & SUNOL inaugurierten Erwartungsgrundtypen, *nudis verbis* den prädikativen und normativen Erwartungen, entsprechen.

Obzwar wir nun vermittels der Übersichtsarbeit von KRAVITZ die im obigen Textabschnitt ausbuchstabierte Definition des Begriffs »*Patientenerwartung*« dahingehend verfeinern konnten, dass neben den Prozess- und Ergebniserwartungen auch die Strukturerwartungen der Patienten zu berücksichtigen sind, so muss an dieser Stelle jedoch kritisch angemerkt werden, dass weder in dem Übersichtsartikel von THOMPSON & SUNOL noch in der Meta-Analyse von KRAVITZ dezidierte Aussagen darüber getroffen werden, welcher der beiden jeweils zu Tage geförderten Erwartungstypen von den Patienten im Rahmen des Zufriedenheitsbildungsprozesses als Vergleichsstandard (Soll-Dimension) primär genutzt wird.

Bevor in den nachstehenden Zeilen nun anhand einer intensiven Durchmusterung der internationalen Literatur zur Patienten- und Kundenzufriedenheitsforschung der Versuch gestartet werden soll, die in den obig besprochenen Übersichtsartikeln zum Konstrukt »*Patientenerwartung*« unterbelichtet gebliebene Fragestellung, nämlich ob die Patienten innerhalb des Zufriedenheitsgeneseprozesses eher auf den prädikativen oder eher auf den normativen Erwartungstypus zurückgreifen, hinreichend zu beantworten, sei vorab darauf hingewiesen, dass der Autor der vorliegenden Arbeit mitsamt der fortfolgenden Untersuchungsschritte entschieden gegen das in der einschlägigen Literatur allzu häufig angestimmte defätistische Credo, demnach die wissenschaftliche Erforschung des von den Patienten *resp.* Kunden im

[69] vgl. KRAVITZ 1996: 5
[70] vgl. DONABEDIAN 1966
[71] vgl. KRAVITZ 1996: 13
[72] vgl. KRAVITZ 1996: 12; 15-18. „Most [studies, T.K.] used" – so fast KRAVITZ zusammen – „the term *patients' expectations* in one of two ways. Studies focusing on patients' predications about the future examined *probability expectations*: patients' judgment about the liklihood that a set of events would occur. Studies focusing on patients' subjective affinities examined *value expectations*: patients' hopes, wishes, or disires concerning clinical events – expressed as wants, percevied needs, importance (either absolute or relative), standards, or entitlements" [ebenda: 12]

Rahmen der Zufriedenheitsbildung als Vergleichsstandard genutzten Erwartungstypus prinzipiell einer hoffnungslosen Donquichotterie gleichkommt[73], anzuschreiben bestrebt ist.

Sehen wir nun zur Beantwortung der obig aufgeworfenen Fragestellung, mit welchem Erwartungstypus die Patienten gemeinhin die Soll-Dimension des »*Expectation-Disconfirmations-Model der PZ-Genese*« auskleiden, in einem ersten Schritt die im Anschluss an die beiden Übersichtsarbeiten zum Thema Patientenerwartung von THOMPSON & SUNOL (1995) sowie KRAVITZ (1996) erschienene internationale PZ-Literatur (Zeitraum 1996 bis 2008) grob durch, so nimmt es Wunder, dass dieser brisanten Fragestellung bislang – mit Ausnahme der bereits mehrfach erwähnten Dissertation von Gitta JACOB (2002) – keinerlei Aufmerksamkeit zuteil wurde. Ohne an dieser Stelle nun Spekulationen darüber ins Blaue schießen zu wollen, warum die PZ-Forschung ihr zugegebenermaßen – mit Georg FRANCK gesprochen[74] – knappes wissenschaftliches Aufmerksamkeitsbudget *bis dato* dieser zentralen theoretisch-konzeptionellen Fragestellung vorenthalten hat, möchte der Autor die nachstehenden Zeilen vielmehr dazu nutzen, unter argumentativer Bezugnahme auf die Interviewergebnisse von JACOB (2002) sowie der allen voran als kognitive Pretesttechnik angewandten Methode des 'lauten Denkens' (*Think-Aloud*)[75] den epimetheisch anmutenden Urteilsspruch zu entschärfen, demnach die wissenschaftliche Aufspürung der von den Patienten im Rahmen ihres Zufriedenheitsbildungsprozesses primär Indienstgenommenen Erwartungstypen von vornherein zum Scheitern verurteilt ist und somit auch zukünftig kein ernstzunehmendes Untersuchungsfeld innerhalb der PZF darstellen wird. Gegen diese resignativ-pessimistische Grundannahme lässt sich nun einwänden, dass einerseits das Methodenarsenal der empirischen Sozialforschung mit der kognitiven Interviewtechnik des 'lauten Denkens' durchaus eine Strategie parat hält, welche es der PZF methodisch prinzipiell ermöglichen würde, die dem Zufriedenheitsurteil zugrunde liegenden intrapsychischen Vergleichsprozesse zu erfassen sowie dass andererseits die Interviewstudie von Gitta JACOBS, in der die Autorin auf der Basis von insgesamt 17 Patienteninterviews zu der Einsicht gelangte, dass die Patienten zur Einschätzung ihres Zufriedenheitsgrades mit der erfahrenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung vornehmlich auf den prädikativen Erwartungstypus zurückgreifen. Da nun jedoch auf der einen Seite die Methode des *'lauten Denkens'*, bei welcher der Befragte entweder dazu angehalten wird während der Beantwortung der Frage (z.B. Wie zufrieden waren Sie mit der Essenauswahl?) laut zu denken, d.h., alle Gedankengänge, die zur Antwort führen, hörbar zu formulieren (*'Concurrent Think Aloud'*), oder aber nach der Beantwortung der Fragestellung dazu aufgefordert wird, laut darüber Auskunft zu geben, auf welchem Wege er zu der Antwort (z.B. Mit der angebotenen Essensauswahl war ich sehr zufrieden!) gelangt ist (*'Retrospective Think Aloud'*)[76], welche dem Wissenstand des Autors nach zu urteilen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt leider weder in der nationalen noch in der internationalen PZF zur Erhellung des Zufriedenheitsentstehungsprozesses angewandt wurde und auf der anderen Seite die Ergebnisse der Interviewstudie von JACOB auf einer zu schmalen Stichprobengröße beruhen, als dass wir bereits an dieser Stelle unsere Ausgangsfragestellung zugunsten des prädikativen

[73] *Pars pro toto* sei in diesem Zusammenhang das ebenso apodiktisch wie resignative Urteil des Autorenduos SCHRANBACHER & KIEFER wortgetreu wiedergegeben: „Mit welchen Erwartungen ein Kunde eine wahrgenommene Leistung eines Unternehmens vergleicht, kann nicht geklärt werden" [SCHRANBACHER & KIEFER 1998:9].

[74] vgl. FRANCK 2007

[75] siehe zur Anwendung der Methode des lauten Denkens im Rahmen der Fragebogenentwicklung (kognitives Pretesting) insbesondere FAULBAUM et al. 2009: 98; GEYER 2003: 142-144; MOHLER & PORST 1996; PORST 1998b: 38; PRÜFER & REXROTH 2000a&b und 2005 sowie WÄNKE 1996

[76] vgl. PRÜFER & REXROTH 2000a: 8

Erwartungstypus beantworten könnten, werde wir in den nachfolgenden Zeilen die betriebswirtschaftliche KuZ zurate ziehen.

Wenden wir uns also nun mit der Fragestellung, ob die Kunden im Rahmen des Zufriedenheitsentstehungsprozesses eher vom prädikativen oder eher vom normativen Erwartungstypus Gebrauch machen, an die betriebswirtschaftliche KuZ-F, so zeigt sich vorderhand, dass sich innerhalb dieses Zufriedenheitsdiskurses weitestgehend die Annahme durchgesetzt hat, dass die Kunden – in Analogie zu den Studienergebnissen von JACOB – die Soll-Dimension des »*Expectation-Disconfirmations-Model*« vorrangig mit dem prädikativen Erwartungstypus („was realistisch sein wird") auskleiden. Fragen wir nun welcher Stellenwert *resp.* welche Funktion dem normativen Erwartungstypus („was idealtypisch sein sollte") eingeräumt wird, so erhalten wir insbesondere in den Schriften des wohl bedeutendsten amerikanischen KuZ-Forschers Richard L. OLIVER eine erste Antwort. Vergleicht ein Kunde – so die paraphrasierte Einschätzung OLIVERS – die realiter erfahrene Produkt- *bzw.* Dienstleistung mit seinen präkonsumistisch ausgebildeten normativen Erwartungen („was idealtypisch sein sollte"), so spiegelt das Ergebnis dieses Bewertungsprozesses nicht etwa das Ausmaß der Zufriedenheit des Kunden, sondern vielmehr sein subjektives Qualitätsurteil wider.[77] Folgen wir nun dieser Auffassung, demnach die KuZ und das subjektive Produkt- *resp.* Qualitätsurteil des Kunden zwei eigenständige Konstrukte darstellen, deren primäres Abgrenzungsmerkmal sich in den unterschiedlichen Erwartungstypen manifestiert, so stellt sich postwendend die Frage nach dem bestehenden Zusammenhang *bzw.* der Einflussrichtung zwischen diesen beiden Konstrukten. Eine profunde Beantwortung dieser Fragestellung findet sich nun in der Dissertation von Günter HRIBEK. Ausgehend von der Einsicht, dass einerseits in das Qualitätsurteil des Patient nur eine äußerst geringe Anzahl von Leistungsmerkmalen (z.B. Essensqualität, Betreuungsqualität etc.) eingehen und andererseits in das PZ-Urteil sämtliche Leistungsattribute der erfahrenen Dienstleistung einfließen, konzipiert HRIBEK unter Bezugnahme auf die betriebswirtschaftliche KuZ-F ein Zufriedenheitsmodell, in dem die Gesamtzufriedenheit eine Art Metakonstrukt darstellt, welches sich aus den Konstrukten 'Qualitätsurteil' *resp.* 'Qualitätszufriedenheit' und 'Zufriedenheit' zusammensetzt.

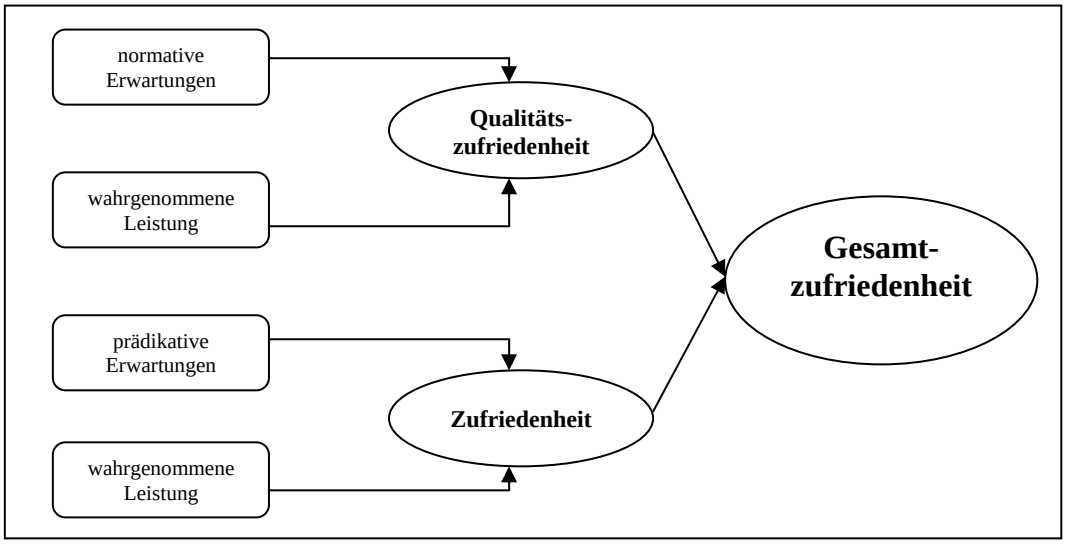


Abb. 31: Die Gesamtzufriedenheit als Metakonstrukt[78]

[77] vgl. OLIVER 1993a

[78] eigenständige Entwicklung unter Berücksichtigung der zentralen modelltheoretischen Ausführungen von Günther HRIBEK (vgl. HRIBEK 1999: 150-151)

Konstruieren wir nun zur Veranschaulichung der in der voranstehenden Abbildung zum Ausdruck kommenden modelltheoretischen Aussagen ein fiktives Fallbeispiel, indem die Patientin *Lieschen Müller* nach ihrem Krankenhausaufenthalt dazu befragt wird, wie zufrieden sie insgesamt mit dem im Krankenhaus angebotenen Essen war, so würde *Lieschen Müller* getreu des von HRIBEK entworfenen Zufriedenheitsmodells den folgenden kognitive Bewertungs- *resp.* Verknüpfungsprozess vollziehen: In einem ersten Schritt würde die Patientin *Lieschen Müller* ihre Zufriedenheit mit den Teilleistungskomponenten (z.B. Reichhaltigkeit, Angebotsvielfalt, Wahlmöglichkeiten, Präsentation, Geschmack, Wärme- und Frischegrad der Speisen etc.) des zur Disposition stehenden Leistungsattributs 'Krankenhausessen' danach bemessen, inwieweit die wahrgenommenen *bzw.* erlebten Teilleistungskomponenten (Ist-Leistung) mit ihren vorab gebildeten Vermutungen, welche Eigenschaften ein typisches Krankenhausessen in dem Krankenhaus ihrer Wahl aller Voraussicht nach aufweisen wird (prädikative Erwartungen), übereinstimmen. Das Ergebnis dieses multiattributiven intrapsychischen Vergleichsprozesses, indem die Patientin *Lieschen Müller* sämtliche Teilleistungszufriedenheitswerte zu einem umfassenden Urteil über die '*Zufriedenheit mit dem Krankenhausessen*' (siehe dazu Abb. 32) aggregiert, fliest dann – ungeachtet der subjektiven Gewichtung – als wesentlicher Faktor in die Ausbildung des Metakonstrukts *'Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhausen'* ein. Neben dem zentralen Einflussfaktor der gemittelten Teilleistungszufriedenheitswerte geht HRIBEK nun davon aus, dass unsere Beispielprotagonistin *Lieschen Müller* noch einen weitere Wirkgröße im Rahmen ihrer Einschätzung der *'Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhausessen'* berücksichtigt, welche sich insofern dezidiert von den akkumulierten Teilleistungszufriedenheitswerten unterscheidet, als dass sie nicht auf der Basis des prädikativen, sondern des normativen Erwartungstypus gebildet wird. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Patientin *Lieschen Müller* gemäß der modelltheoretischen Aussagen von HRIBEK in einem zweiten Schritt ein Urteil über ihre *'Zufriedenheit mit der Qualität des Krankenhausensessens'* fällt, in welchem Sie die perzipierte Essensqualität des Krankenhauses (Ist-Leistung) in Bezug zu ihren allgemeinen Annahmen, welche Qualität ein Krankenhausessen optimalerweise aufweisen sollte (normative Erwartungen als Soll-Leistung), setzt. Die Gesamtzufriedenheit unserer Beispielpatientin *Lieschen Müller* mit dem Krankenhausessen setzt sich also, wie die im Anhang befindlichen Abbildung 32 noch einmal verdeutlicht, einerseits aus den agglomerierten Teilleistungszufriedenheitswerten (*'Zufriedenheit mit dem Krankenhausessen'*) sowie andererseits aus *'Qualitätszufriedenheit mit dem Krankenhausessen'* zusammen, wobei das wesentliche Unterscheidungskriterium zwischen diesen beiden Einflussgrößen in dem Sachverhalt begründet liegt, dass die erstere Einflussgröße auf der Basis von prädikativen Erwartungen und die zweitere auf der Grundlage von normativen Erwartungen gebildet wird.

Versuchen wir nun abschließend – ehe in den nachstehenden beiden Kapitelunterpunkten die im obigen Textabschnitt gebildete Grobdefinition des Konstrukts »*Patientenerwartung*« vermittels einer kritischen Begutachtung der allgemein-medizinischen sowie psychiatrischen Forschungsbemühungen zu den Themenkomplexen „*Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen von Patienten*" sukzessiv verfeinert werden soll – die modelltheoretischen Modifikationen, die angesichts des voranstehend geschilderten Sachverhalts, demnach die Patienten im Rahmen ihres PZ-Ausbildungsprozesses je nach Fragetypus *bzw.* Leistungsattribut die Soll-Dimension des '*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* sowohl mit prädikativen als auch mit normativen Erwartungen ausstaffieren, an dem aufgestellten *'Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* vorzunehmen sind, darzustellen, so zeigt sich, dass das von den Patienten zur Zufriedenheitsbewertung herangezogene *'Vergleichsstandard-Rad'* vorwiegend in jener Position einge-

rastete ist, in der die wahrgenommene medizinisch-therapeutische Dienstleistung an den prädikativen Patientenerwartungen (*'Vergleichsstandard I'*) bewertet werden kann. *Expressis verbis* sei nun angemerkt, dass das *'Vergleichsstandard-Rad'* nun keineswegs in seiner primären Ausrichtung auf den prädikativen Erwartungytypus unbeweglich eingerostet ist, sondern das es sich vielmehr vor dem Hintergrund spezifischer Frageinhalte, in denen der Patient entweder nach seiner Zufriedenheit mit der Qualität einzelner Leistungsdimensionen (z.B. Essensqualität) oder seiner Zufriedenheit mit der Qualität der Klinkbehandlung im Ganzen gefragt wird, so lange weiterdreht, bis der *Vergleichsstandard II*, in Worten der normative Erwartungstypus, die vakante Position innerhalb der Soll-Dimension des *'Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* ausfüllt. Bevor nun die neu hinzugewonnen Einsichten in den PZ-Entstehungsprozess in die modelltheoretische Abbildung des *'Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ'* eingearbeitet werden (siehe Abb. 33 und 34/Anhang), sei an dieser Stelle ostentativ darauf hingewiesen, dass wir – obzwar die erste Frage nach dem *„Was sind Patientenerwartungen?"* noch nicht erschöpfend beantwortet wurde – kraft der im obigen Textabschnitt weitergesponnen modelltheoretischen Gedankengänge von Richard L. OLIVER und Günther HRIBEK eine nach Ansicht des Autors plausible Antwort auf die zweite der *bis dato* in der PZF unbeantwortet gebliebenen Fragestellung: *„Auf welchen Erwartungstypus greifen die Patienten bei der Zufriedenheitsausbildung zurück?"* geben konnten. Werden Patienten – so die komprimierte Antwort auf die im vorhergehenden Satz aufgeworfene Frage – nach ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung befragt, so greifen sie im Rahmen des Bewertungsprozesses sowohl auf prädikative als auch normative Erwartungen zurück; wobei der jeweilige Frageinhalt das bestimmende Moment bei der Auswahl zwischen diesen Erwartungskonzepten bildet.

Konnten wir nun also im Verlaufe des vorliegenden Kapitelunterpunktes 3.1.1.1 insbesondere die unterschiedlichen Funktionen der beiden aus der internationalen PZ- sowie Kundenzufriedenheitsliteratur herausdividierten Erwartungsgrundtypen, *nudis verbis* des prädikativen und normativen Erwartungstypus, innerhalb des PZ-Ausbildungsprozesses hinreichend aufzeigen, so soll in den nachfolgenden Exkurs-Unterkapiteln 3.1.1.1.1 und 3.1.1.1.2 der Versuch unternommen werden, die in modelltheoretischen Diskursen zur Entstehung der PZ häufig bedeutungsäquivalent zum Konstrukt »*Patientenerwartung*« verwendeten Konstrukte »*Patientenbedürfnisse*« und »*Patientenwünsche*« voneinander zu separieren. Anschlussfähig an diese vorausblickenden Worte nehmen die orientierungsstiftenden Leitfragenstellungen der nachstehenden Exkurs-Unterkapitel folgende Gestalt an:

- *Was sind Patientenbedürfnisse?*
- *Welche Unterschiede bestehen zwischen den Konstrukten »Patientenerwartungen« und »Patientenbedürfnisse«?*
- *Welche Gemeinsamkeiten bzw. Zusammenhänge bestehen zwischen den Konstrukten »Patientenerwartungen« und »Patientenbedürfnisse«?*
- *Was versteht man in der Literatur unter Patientenwünschen?*
- *Welche Unterschiede bestehen zwischen den Konstrukten »Patientenerwartungen« und »Patientenwünschen«?*
- *Welche Gemeinsamkeiten bzw. Zusammenhänge bestehen zwischen den Konstrukten »Patientenerwartungen« und »Patientenwünschen«?*
- *Zu welchen Erkenntnissen hinsichtlich der Strukturmorphologie des Patientenerwartungskonstrukts gelangte die allgemeinmedizinische sowie psychiatrische Erwartungsforschung?*

Bevor nun in den kommenden Zeilen diesen Fragestellungen intensiv nachgespürt werden soll, sei an dieser Stelle nochmals mit Nachdruck auf das primäre Erkenntnisziel der nachfolgenden beiden Exkurs-Unterkapitel hingewiesen, welches – lapidar formuliert – darin besteht, vermittels einer Entflech-

tung der in der transnationalen PZ-Literatur teilweise bis zur Unkenntlichkeit miteinander verknoteten Konstrukte »*Patientenerwartungen*«, »*Patientenbedürfnisse*« und »*Patientenwünsche*« eine möglichst umfassende Definition des Patientenerwartungskonstrukts bilden zu können. *Summa summarum* sind die beiden folgenden Exkurs-Unterkapitel mit der Intention verfasst worden, die zu Beginn des Kapitelpunkts 3.1.1 aufgezeigten Kardinalprobleme des *'E/D-Modell der PZ'* zu beheben und dadurch möglicherweise einen bescheidenen Beitrag zur partiellen Überwindung des in der Fachliteratur allenthalben beklagte Theoriedefizit der PZ-Forschung beizusteuern.

3.1.1.1.1 Exkurs (I): Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen in der allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung – *Versuch einer Konstruktabgrenzung*

Da in den letzten Sätzen des vorausgehenden Abschnittes das übergreifende Untersuchungsziel der fortfolgenden Exkurse in die allgemein-medizinische und psychiatrische Versorgungsforschung bereits hinreichend skizziert wurde, soll der Leser vor Beginn des ersten Untersuchungsschrittes, indem die familienähnlichen Termini »*Patientenerwartungen*« und »*Patientenbedürfnisse*« inhaltlich voneinander abgegrenzt werden sollen, noch kurz über die Inklusionskriterien aufgeklärt werden, die der Literaturauswahl zugrunde gelegt wurden. Bezüglich der verwandten Einschlusskriterien sei nun angemerkt, dass aus der myriadenartig anmutenden Publikationsfülle zu den drei Themengebieten „*Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Patienten*" ausnahmslos jene Studien einer intensiv Analyse zugeführt wurden, die *erstens* in deutscher Sprache erschienen sind, die *zweitens* ihren Forschungsgegenstand nicht ausschließlich theoretisch zu durchdringen beabsichtigten, sondern ihn vielmehr mittels des breiten Methodenspektrums der empirischen Sozialforschung erkunden wollten, sowie *drittens* diejenigen Studien, die in ihrer Untersuchung reelle Patienten *bzw.* Primärkunden und nicht etwa potentielle Patienten oder gar Sekundärkunden (z.B. Angehörige[79] oder einweisende Ärzte[80]) befragten.

Ehe nun im nachfolgenden Kapitelunterpunkt einige ausgewählte empirische Studien zum Thema »*Patientenbedürfnisse*« näher in Augenschein genommen werden sollen, sei zu guter Letzt noch *in nuce* auf den Tatbestand hingewiesen, dass innerhalb des zweiten Exkurses in die psychiatrische Versorgungsforschung (siehe Kapitel 3.1.1.1.2) aufgrund des analogen Untersuchungskontext der vorliegenden Arbeit eine weitaus höhere Publikationszahl analysiert wurde.

3.1.1.1.1.1 Empirische Erhebungen von Patientenbedürfnissen

Ausgehend von der bereits mehrfach angesprochenen Problematik, dass die Begrifflichkeiten »*Patientenerwartung*« und »*Patientenbedürfnis*« sowohl im Speziellen Diskurs der PZF als auch im Allgemeinen Diskurs der Gesundheitswissenschaften zumeist bedeutungsäquivalent im Munde geführt werden[81], soll nun in den nachstehend Zeilen das Schriftgut der allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung dahingehend durchmustert werden, inwieweit es möglicherweise bislang ungenutzte Erkenntnisquellen in sich birgt, anhand derer die beiden zur Verhandlung stehenden Termini luzide voneinander separiert werden können.

Bevor nun im Folgenden anhand eines ganz spezifischen *Patientenbedürfnis-Diskurses*, welcher innerhalb der in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in der ehemaligen DDR entstandenen PZF ausgetra-

[79] siehe dazu bspw. die Studien von CORDING et al. 2004; GRIEBNITZ et al. 1990; JÜNEMANN 2004; SPIEßL 2003a und 2004; SPIEßL et al. 2003 sowie ZANK & SCHACKE 1998.

[80] siehe dazu bspw. die Forschungsarbeiten von KALLERT et al. 1998; LORCH & SCHERER 2007; MEIER & PATT 1998; PFLANZ et al. 1966d sowie SPIEßEL 2000 und SPIEßL et al. 1999b, 2000a&b, 2001a&b.

[81] vgl. HAASE 1995: 10 sowie FISCHBECK 2002: 22

gen wurde, die Leitfragen nach den bestehenden Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen den beiden familienähnlichen Begrifflichkeiten *Patientenbedürfnisse* und *Patientenerwartungen* hinreichend beantwortet werden sollen, möchte der Autor vorab vermittels der in Eigenregie entwickelten Abbildung 35 noch kurz auf die – dem Kenntnisstand des Autors nach zu urteilen – in der Medizinsoziologie bislang noch nicht systematisch untersuchte Fragstellung eingehen, welche fachlichen Diskussionen in erster Instanz dafür Sorge getragen haben, dass der – wenngleich auch unscharfe – Terminus *Patientenbedürfnis* sowohl aus der medizinsoziologischen Nomenklatur als auch aus dem alltäglichen Vokabularium gegenwärtig kaum mehr wegzudenken ist.

Versuchen wir nun also *in nuce* die zentralen historischen Einflussfaktoren auf die Auseinandersetzung mit dem Konstrukt »*Patientenbedürfnisse*« in Deutschland nachzuzeichnen, so weisen bereits die beiden äußersten Rechtecke der Abbildung 35 daraufhin, dass die öffentlichkeitswirksame Inbetriebnahme des Patientenbedürfnisbegriffs in den Anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zum Teil hitzig diskutierten Reformkonzepten des »*klassenlosen Krankenhauses*«, der »*patientenzentrierten Medizin*«, des »*Rooming-in*« sowie der entstehenden »*Selbsthilfe- und Hospizbewegung*« maßgeblich durch den damals vorherrschenden gesellschaftskritischen Zeitgeist lanciert wurde; wobei neben den bekannten *'Neuen Sozialen Bewegungen'* insbesondere die beiden bedeutendsten medizinkritischen Büchern dieser Ära von Ivan ILLICH (1975) und Thomas MCKEOWN (1982) einen katalytischen Effekt auf die Patientenbedürfnis-Diskurse ausübten.

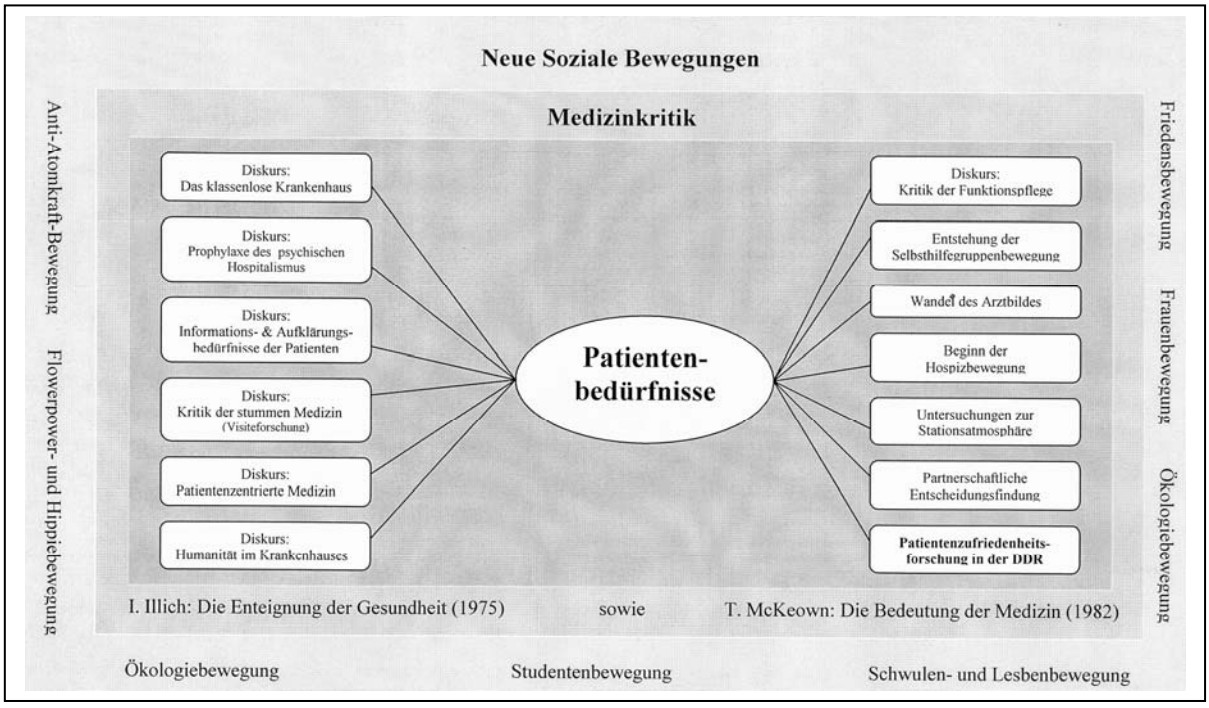


Abb. 35: Bedeutende historische Einflussfaktoren auf die Auseinandersetzung mit Patientenbedürfnissen in Deutschland[82]

Nehmen wir nun die im innersten Rechteck der voranstehende Abbildung 35 aufgelisteten Diskurse nochmals genauer in Augenschein, so zeigt sich, dass dem Patientenbedürfnisbegriff *bis dato* in – ohne den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen – zusammengenommen zwölf unterschiedlichen Reform- *bzw.* Forschungsansätzen eine mehr oder minder starke Aufmerksamkeit zuteil wurde. Da sich nun – wie bereits angemerkt – allen voran einer dieser dreizehn Diskurse, *nudis verbis* der in der ehemaligen DDR geführte PZ-Diskurs, in der Literaturana-

[82] eigenständige Entwicklung des Autors auf der Grundlage der durchmusterten Literatur

lyse als besonders befähigt erwies, die zentralen Fragenstellungen des vorliegenden Kapitelunterpunktes möglicherweise erschöpfend beantworten zu können, möchte der Autor – bevor dieser besagte Ansatz ausführlich diskutiert wird – in den nachstehenden Zeilen nichtsdestotrotz in knapper Form darauf eingehen, welche Funktion der Patientenbedürfnisbegriff in den verbliebenen zehn Reform- *bzw.* Forschungsansätzen erfüllte[83]:

1. Das Klassenlose Krankenhaus: Zur Einebnung der vielmundig beklagten 'Krankenhausmisere', der zufolge Patienten der so genannten *dritten Pflegeklasse* (gesetzlich versicherte Patienten) gegenüber den Patienten der *ersten* und *zweiten Pflegeklasse* (privatversicherte Patienten)[84] im Krankenhaus eine eklatant schlechtere Versorgung (siehe dazu die beiden im Anhang abgelichtet Tabellen 8 und 9) erhalten, schlugen auf dem Bezirksparteitag der SPD Hessen-Süd am 23. März des Jahres 1969 der hessische Sozialminister Heinrich HEMBATH sowie allen voran der Landrat Martin WOYTHAL die Errichtung klassenloser Krankenhäuser vor.[85] Betrachten wir nun – ohne aufgrund einer zu starken Diskursstraffung in die Rolle eines *Terribel Simplifikateurs* verfallen zu wollen[86] – die wesentlichen Reformvorschläge des '*Klassenlosen Krankenhauses*', so zeigt sich, dass die Vertreter dieses Reformansatzes die bestehenden Kalamitäten zwischen den einzelnen Pflegeklassen – welche vornehmlich darin zum Ausdruck kommen, dass die Patienten der 3. Pflegeklasse unter anderem längere Wartezeiten in kauf nehmen müssen, dass sie in Krankenzimmern mit sechs und mehr Betten, die in der Regel weder Sanitäre Anlagen noch Fernsprechapparate aufweisen, untergebracht sind, dass sie von einem signifikant geringeren Personalschlüssel betreut werden, dass sie hinsichtlich des Krankenhausessens keine Auswahlmöglichkeiten haben sowie dass sie nur in einem äußerst eingeschränktem Ausmaß, zumeist einmal wöchentlich, Besuch empfangen dürfen[87] – vorrangig dadurch zu überwinden trachteten, dass einerseits das bestehende 3-Klassen-System gänzlich aufgelöst und andererseits eine demokratische Organisations- und Führungsstruktur aufgebaut wird.[88] Versuchen wir nun abschließend den Stellenwert und die Bedeutungen von Patientenbedürfnissen innerhalb des Reformvorschlags *'Das klassenlose Krankenhaus'* zu konturieren, so zeigt sich, dass wenngleich der Bedürfnisbegriff innerhalb der kontrovers geführten Auseinandersetzung mit diesem Ansatz auch nicht explizit definiert *bzw.* an ein elaboriertes Bedürfnismodell rückgebunden wird, jedoch implizierte insofern Aussagen über die vorherrschenden Bedürfnisse der Patienten getroffen werden, als dass sich die *Phalanx* des klassenlosen Krankenhauses maßgeblich gegen die in der 3. Pflegeklasse nahezu vollständig unbefriedigt gebliebenen psychologischen und sozialen Patientenbedürfnisse nach Intimität und Privatsphäre

---

[83] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die nachfolgende Erläuterung der restlichen elf Patientenbedürfnisdiskurse insofern eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die historische Aufarbeitung der deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsforschung (siehe dazu ausführlich Kapitel 5) aufweist, als dass einige dieser Diskurse zur argumentativen Unterfütterung ihrer jeweiligen Reformvorschläge systematische Patientenbefragungen durchführten. Ungeachtet der Tatsache, dass in diesen Befragungen zumeist nicht ausdrücklich die Zufriedenheit der Patienten erfasst wurde, besitzen diese frühen Formen der Patientenbefragung für die Geschichtsschreibung der deutschen PZF jedoch allein aufgrund ihrer implizierten Ausgangsprämisse, demnach Patienten zu einer angemessenen Beurteilung des erlebtes Krankenhausaufenthaltes fähig sind, eine unschätzbare Wertigkeit. Ferner sei darauf hingewiesen, dass eine verstärkte Würdigung der in den aufgelisteten Patientenbedürfnis-Diskursen durchgeführten Patientenbefragungen die aktuelle PZF auch auf methodischer Ebene bereichern könnten, da bspw. innerhalb der Forschungsbemühungen zum psychischen Hospitalismus (siehe dazu grundlegend TROSCHKE 1974) mit Erfolg kindgerechte Messverfahren – z.B. Mal- und Aufsatzwettbewerbe oder Bildertests zum Thema Krankenhauserleben (vgl. BARNES 1963: 111ff.; MENZEL 1963; SIMON & STROTZKA 1966 sowie TROSCHKE 1974: 13ff.) – eingesetzt wurden, wie sie in der speziellen Patientenzufriedenliteratur, die sich mit der Erfassung des Zufriedenheitsurteils von Kindern beschäftigt, leider vergeblich gesucht werden müssen.

[84] Ein Überblick über die bestehenden statistischen Verhältnisse zwischen den einzelnen Pflegeklassen findet sich bei CLADE: „In der Bundesrepublik gibt es gegenwärtig [d.h.1969, T.K.] rund 678 000 planmäßige Krankenhausbetten. Davon entfallen rund 600 000 Betten auf die Allgemeine bzw. 3. Pflegeklasse und rund 60 000 bis 70 000, also rund 10 bis 12%, auf die 1. und 2. Pflegeklasse (sog. Privatstationen)" [CLADE 1972: 38]

[85] vgl. CLADE 1972: 15

[86] Eine lesenwerte Zusammenfassung der zwischen 1969 und 1971 geführten Diskussionen über das für und wider klassenlosen Krankenhauses bietet der Aufsatz von WEHRENPFENNIG (1971).

[87] vgl. DER SPIEGEL 1970: 46ff.; CLADE 1972: 39-40; 61-62 sowie WOYTHAL 1971: 16

[88] vgl. WOYTHAL 1971: 1

(überfüllte Zimmer, keine sanitären Anlagen auf den Zimmern), nach Bindung und sozialen Kontakten (kein Rooming-in, rigide Besuchszeiten, keine Telefonanschlüsse auf den Zimmern etc.), nach Einflussmöglichkeiten (fehlende demokratische Organisationsstuktur) sowie nach Sicherheit *resp.* Systemvertrauen (lange Wartezeiten, geringer Personalschlüssel) richtete.

2. Prophylaktische Maßnahmen gegen den psychischen Hospitalismus: Bevor nun im Folgenden geklärt werden soll, welche Funktion der Patientenbedürfnisbegriff innerhalb der in den Deutschland *circa* Mitte der 60er Jahre des 20 Jh. entbrannten Diskussion über mögliche Präventivmaßnahmen zur weitestehenden Negation des *psychischen Hospitalismus* erfüllte[89], möchte der Autor vorab kurz darauf eingehen, was eigentlich unter dem medizinisch-psychologischen Beschwerdebild des *'psychischen Hospitalismus'* – dessen inhärenter Symptomkomplex in der spezifischen Literatur gelegentlich auch mit den Begriffen *'kachektisierender Pflegeschaden'*[90], *'anaklitische Depression'*[91] sowie *'Deprivationssyndrom'*[92] umschrieben wird – zu verstehen ist. Unter dem Begriff des *'psychischen Hospitalismus'* werden sämtliche der durch einen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt beim Kind hervorgerufenen körperlichen und psychischen Schädigungen[93] subsumiert, die nicht ursächlich auf dessen Grunderkrankung[94], sondern vornehmlich auf die Trennung von der Mutter *resp.* Bezugsperson (maternal Deprivation[95]), der reizarmen Umgebung (optische und akustische Deprivation[96]) sowie der eingeschränkten Möglichkeit an emotional befriedigenden Sozialkontakten (sozioemotionale Deprivation[97]) zurückzuführen sind. Wenden wir uns nach dieser groben Definition nunmehr denjenigen Maßnahmen zu, die Mitte der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts zur prophylaktischen Überwindung *bzw.*Verringerung des *psychischen Hospitalismus* in Deutschland rege diskutiert worden sind zu, so zeigt sich, dass das gesamte Spektrum der angeführten, zum Teil empirisch abgesicherten, Präventionsvorschläge – die von freien, uneingeschränkten Besuchszeiten[98] und Rooming-in[99], über freie Spielmöglichkeiten[100] und die Chance zur Mitnahme des liebsten Stofftiers[101], bis hin zu vorbereitenden Bilderbüchern über den nahenden Krankenhausaufenthalt[102], der Einrichtung einer krankenhauseigenen Kinderbibliothek[103] sowie der Einführung eines Bezugpflegemodells[104] reichen – primär darauf abzielte, die traumatisierende Potenz des Krankenhausaufenthaltes durch eine verstärkte Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse des

---

[89] vgl. BIERMANN 1967: 70

[90] vgl. PFAUNDLER 1917. Eine umfassende Besprechung und Würdigung der frühen Hospitalismusstudien des lange Zeit in Vergessenheit geratenen Kinderarztes Meinhard von PFANDLER findet sich bei HELLBRÜGGE (1966), PECHSTEIN (1974) sowie RIELÄNDER (1982).

[91] vgl. BOWLBY 1961 und 1973

[92] vgl. SPITZ 1985a

[93] Einen guten Überblick über die häufigsten körperlichen und psychischen Symptome des psychischen Hospitalismus gibt TROSCHKE (siehe TROSCHKE 1974: 21, 74-91).

[94] vgl. TROSCHKE 1974: 14, 20

[95] vgl. BOWLBY 1961

[96] vgl. SPITZ 1970: 180-181

[97] siehe zur überlebenswichtigen Bedeutsamkeit der Satturierung sozioemotionaler Bedürfnisse die mittlerweile zu Klassikern avancierten Experimente des Stauferkaisers Friedrich II. von Sizilien (svgl. KLEIN 2003: 177) sowie von Harry F. HARLOW (1972)

[98] Zu den positiven Auswirkungen täglicher Besuchszeiten auf die Reduktion per- und poststationärer Verhaltenausfälligkeiten siehe insbesondere LARBIG 1973; NEF 1973; TROSCHKE 1974: 49, 144 sowie WOODWARD 1959 und 1962.

[99] Das Konzept des *'Roming-in'* bezeichnet „(…) die gemeinsame Unterbringung des Kindes und eines Elternteils in einem Zimmer der Station" (SAILE 1988: 9). Zur geschichtlichen Entwicklung der Roming-in-Bewegung siehe insbesondere die Ausführungen von BIERMANN (vgl. BIERMANN 1967: 60-63 sowie BIERMANN & BIERMANN 1982: 13-18 u. 85-91). Empirische Belege für die Wirksamkeit des Roming-in-Konzepts finden sich u.a. bei LÖSCHENKOHL 1981: 167 und SAILE 1988: 8.

[100] vgl. BIERMANN 1981 sowie LÖSCHENKOHL 1981: 168

[101] vgl. LÖSCHENKOHL 1981: 163; TROSCHKE 1974: 154, 159. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf den erhellenden Text »*Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*« des berühmten Kinderpsychologen David W. WINNICOTT, demzufolge libidinös besetzte Übergangsobjekte wie z.B. der Lieblingsteddybär, die Lieblingspuppe oder das Lieblingsspielzeug dem Kind als tröstendes Muttersubstitut dienen (vgl. WINNICOTT 1969: 672).

[102] vgl. BIERMANN & BIERMANN 1982: 72; LÖSCHENKOHL & ERLACHER 1981 sowie TROSCHKE 1974: 152

[103] siehe dazu insbesondere das Schriftgut der Aktion "*Das fröhliche Krankenzimmer*" (vgl. MEYER 1982)

[104] vgl. TROSCHKE 1974: 156-158

Kindes (z.B. die Bedürfnisse nach Bindung, Sicherheit, Geborgenheit, Aufmerksamkeit, Zuwendung, Spiel etc.) zu vermindern.

Dass der Patientenbedürfnisbegriff nun jedoch nicht ausschließlich innerhalb der Diskussion über denkbare Schritte zur Verringerung des Ausmaßes kindlicher Verhaltensstörungen infolge eines stationären Krankenhausaufenthaltes, sondern darüber hinaus ebenso in der Anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in der deutschen Medizinsoziologie anhebenden Debatte über psychische Hospitalisierungsymptome bei erwachsenen, nichtpsychiatrischen Krankenhauspatienten eine zentrale Rolle spielte, soll in den nachstehenden Zeilen vermittels einer bündigen Darstellung der zentralen Aussagen dieses Diskurses aufgezeigt werden. Allen voran die beiden Medizinsoziologen Jürgen Johann ROHDE und Jonhannes SIEGRIST, die man mit Fug und Recht als Urväter der deutschen Medizinsoziologie bezeichnen könnte, konnten in ihren theoretischen und empirischen Studien eindrucksvoll nachweisen[105], dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt auch von Erwachsenen und nicht nur – wie *bis dato* angenommen wurde – ausnahmslos von Kindern[106] als derart belastend erlebt werden kann, dass sie hospitalismusähnliche Symptome – Jürgen Johann ROHDE spricht in diesem Zusammenhang von »*Veranstalteter Depressivität*«[107] – entwickeln, welche sich nachteilig auf den Krankheits- *resp.* Genesungsprozess auswirken. Ohne an dieser Stelle nun *en detail* auf die in der nachfolgenden Abbildung 36 aufgelisteten Belastungsfaktoren, denen der erwachsene Menschen im Krankenhaus gemeinhin ausgesetzt ist, eingehen zu wollen, so lassen sich die in den Kästen abgelichteten krankenhaussoziologischen Erkenntnisse nichtsdestotrotz dahingehend zusammenfassen, dass der – mit SIEGRIST gesprochen – *institutionell vereinnahmte*[108] Patient einem (bedürfnis-)reduzierten *resp.* zurechtgestutzten Menschen gleicht.

---

[105] siehe zur Problematik des psychischen Hospitalismus bei erwachsenen Patienten allen voran die Arbeiten von ROHDE 1973, 1974a&b, 1975a&b und SIEGRIST 1972, 1976a&b und 1978 sowie die zusammenfassende Darstellung dieser Studienergebnisse in den beiden Zeitschriftsaufsätzen von Fritz HARTMANN 1977a&b.

[106] Laut der Übersichtsarbeit von TROSCHKE (1974) herrscht in der internationalen Literatur zum psychischen Hospitalismus weitgehend Einigkeit über die unterste Altersgrenze, von der ab ein Heim- oder Krankenhausaufenthalt psychisch traumatisierend wirken kann. So halten die meisten Autoren die ersten 6 Lebensmonate des Kindes für nur gering oder gar nicht gefährdet (vgl. TROSCHKE 1974: 115). Hinsichtlich der obersten Altersgrenze, von der ab ein Heim- oder Krankenhausaufenthalt keine besonders belastende Situation für das Kind mehr darstellen sollte, gibt TROSCHKE auf der Basis einer umfangreichen Literaturanalyse das 4. Lebensjahr aus (vgl. ebenda: 118). Die Tatsache, dass sich die Forschung zum psychosozialen Hospitalismus bis in die Anfänge der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts ausnahmslos auf den kindlichen und nicht auf den erwachsenen Patienten konzentrierte, liegt ROHDE zufolge in dem Umstand begründet, „(…) dass man im Falle des erwachsenen Krankenhauspatienten a priori zu sehr mit Ich-Stärke und rationaler Situationsbewältigung rechnet, um in seiner Hospitalisierung durchschnittlich mehr sehen zu können als ein isoliertes und daher auch von der Person her isoliertes Ereignis, welches der Patient nun einmal auf sich zu nehmen habe und das ihn eigentlich nicht aus der Contenance bringen sollte" [ROHDE 1975b: 193].

[107] vgl. ROHDE 1975a. „Der Begriff «veranstaltete Depressivität» – so führt ROHDE aus – „meint nicht von vornherein eine klinisch fassbare psychische Störung im Sinne des nosologischen Formenkreises von Depression. Es ist bei seiner Betrachtung und Entfaltung auch verhältnismäßig irrelevant, ob das dergestalt Depressive Krankheitsgewicht bekommt. Ob und in welchem Grade nämlich solche Depressivität der Hospitalisierungssituation für den Kranken selbst spürbar und für andere auffällig sich manifestiert, hängt gewiss von der psychischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten ebenso ab wie von der Krankheit, unter der er leidet, von seiner Einstellung zur Krankheit ebenso wie von seiner Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten. Hier steht also weniger in Frage, wie der einzelne Patient als Individuum die veranstalteten Momente von Depressivität *verarbeitet*, als dass wir jene virtuell deprimierenden Sachverhalte aufsuchen wollen, die als situationelle Komponenten von Hospitalisierung auf *jeden* Krankenhauspatienten zukommen, ihm also generell und sozusagen selbstverständlich angetan werden. (….) Das in vielfältiger Weise strukturelle Drängen der Anstalt auf passive Adaption, Drosselung der Aktivität, Unterwerfung unter fremde Bedürfnis- und Situationsdefinitionen vermag nach unserer Auffassung beim Patienten Depressivität deshalb zu induzieren, weil die je fälligen individuellen Bedürfnisse des Patienten in einer dessen Selbst verletzenden Weise institutionell nivelliert, in ihrer Besonderheit kaum wahrgenommen und primär unter dem Gesichtspunkt der Anstaltsautoritäten und der Bedürfnisse der totalen Institution uminterpretiert werden und weil dies alles unter demonstrativen Vorzeichen helfender (liebender) Zuwendung geschieht, welche vielfach in konkreten Situationen nicht erlebt werden kann. Die Anstalt (…) sollte sich unseres Erachtens häufiger fragen, ob nicht «Schwierigkeiten», die der Patient macht, emotionale Störungen, depressive Reaktionen, aggressive Durchbrüche (…) usw. häufig besser unter dem Gesichtspunkt veranstalteter Depressivität zu sehen und zu interpretieren sind, eher aus der Struktur der Hospitalisierung sich erklären lassen als auf der Grundlage eines Denkens, das Verhaltensauffälligkeiten beim Patienten mit Selbstverständlichkeit «klinifiziert»" [ebenda: 116-117].

[108] vgl. SIEGRIST 1976: 26, 29

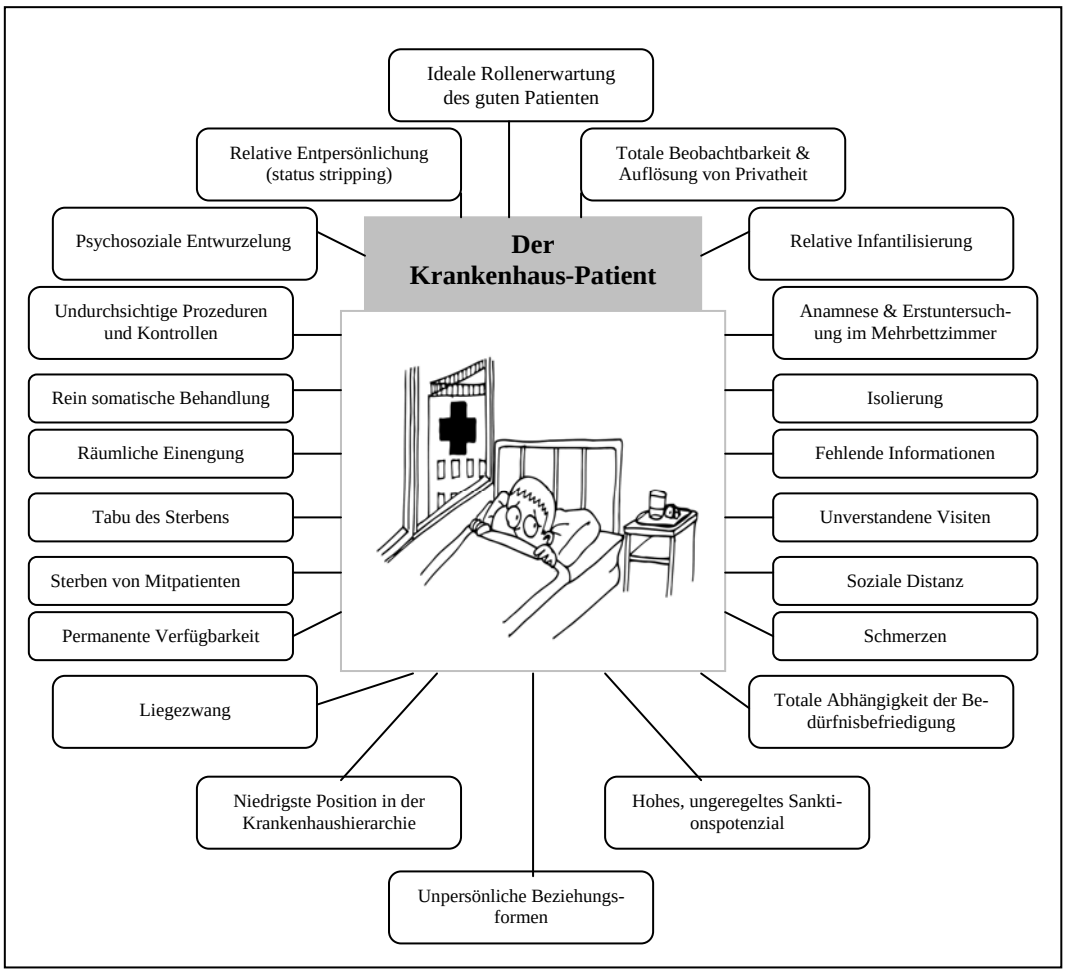


Abb. 36: Psychosoziale Belastungsfaktoren im Krankenhaus[109]

Zur weitestgehenden Verminderung der in der obigen Abbildung angeführen Belastungsfaktoren plädierten die führenden Forschungspersönlichkeiten der deutschen Medizinsoziologie für eine dezidierte Ausrichtung der krankenhausendogenen Arbeitsorganisation auf die individuellen Patientenbedürfnisse (z.B. Aufklärungsbedürfnisse, kulturelle Bedürfnisse etc.) im Sinne einer patientenzentrierten Medizin. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die prinzipiell hospialismusförderlichen Faktoren des Krankenhausalltag (siehe Abbildung 36) dadurch abgeschwächt werden sollen, dass das Krankenhauspersonal ihr tägliches Handeln nicht mehr an den Bedürfnissen der Institution (z.B. reibungsloser Ablauf der einzelnen Tätigkeiten), sondern an den konkreten Bedürfnissen der jeweiligen Patienten ausrichtet.

3. *Aufklärungs- und Informationsbedürfnisse der Patienten:* Wie aus den im Anhang abgedruckten Tabelle 10 mühelos entnommen werden kann, weisen *summa summarum* circa vier Fünftel (80%) aller Krankenhauspatienten – wobei auch Patienten mit infausten Krankheitsbildern berücksichtigt wurden – ein ausgeprägtes Aufklärungs- und Informationsbedürfnis *in puncto* Diagnose, Prognose, Therapie, Krankheitsursachen sowie bezüglich der Konsequenzen für die weitere Lebensführung auf.[110] Dass diesem hohen Aufklärungs- und Informationsbedürfnis der Patienten von Seiten der Ärzte jedoch nur äußert ungenügend stattgegeben wird, lässt sich einerseits an den in der Tabelle 11 (siehe Anhang) aufgelisteten Stu-

[109] Eigene Darstellung unter Rückgriff auf die medizinsoziologischen Einsichten von BAROLIN 1997; BARTHOLOMEYCZIK 1978; 1981; BEHRENS & WINTER 1979; BÖHM 1993: 123ff.; BREMER 1970; BRUNIER 1956; ENGELHARDT et al. 1973: 79; ENKE 1967 und 1970; HARTMANN 1977b: 102; JAEGER & BOVELENT 2007: 7-33; KUHN 1973; MALZAHN 1979; MASON et al. 1965; RASPE 1976; 1977; 1978a; 1980a&b 1981; 1983; ROHDE 1973; 1974a&b; 1975a&b; SAUER & SAUER 1983; SCHMELING-KLUDAS 1989; 1991; SCHRAMER 1978; SIEGRIST 1972; 1976a&b; 1978; TOLSON et al. 1965; VERRES 1976; VOGD 2004; VOLICER et al. 1975 und 1977a&b sowie WIMMER & PELIKAN 1985: 172-173

[110] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass die Patienten primär an Informationen zur Diagnose und Prognose interessiert sind. Informationen bezüglich der therapeutischen Möglichkeiten sowie der Aufenthaltsdauer sind demgegenüber eher von sekundärer Relevanz (vgl. dazu RASPE 1979: 81, 160 und WIMMER 1984: 25-27, 59).

dienergebnissen zur Aufklärungsbereitschaft der Ärzte sowie andererseits an dem von ENGELHARDT et al. (1973)[111], DUBACH & RECHENBERG (1977), HÖFER & STEICHER (1980), SZYSZKA (1981)[112] und WIMMER (1984)[113] zu Tage geförderten empirischen Datenmaterials hinsichtlich der faktisch Uninformiertheit der Patienten ablesen. Die Befürworter einer weitestgehenden Aufhebung der obig beschriebenen Diskrepanz zwischen dem profiliertem Aufklärungsbedürfnis der Patienten und der geringfügigen Aufklärungsbereitschaft der Ärzte stützen sich nun im Rahmen ihrer Argumentation nicht nur – wie nachstehend aufgezeigt werden soll – auf die Studienergebnisse zur Aufklärungs- und Informationswilligkeit der Patienten (siehe Tabelle 10) sowie das allgemeine Selbstbestimmungsrecht der Patienten[114], sondern sie können darüber hinaus auf ein reichhaltiges empirisches Datenmaterial zurückgreifen, welches auf der einen Seite die von Ärzten vielfach beklagten negativen Auswirkungen einer umfassenden Aufklärung (unzumutbare psychische Belastung der Patienten, Angstüberflutung, erhöhte Selbstmordgefahr bei Patienten mit schweren Krankheitsbildern etc.) widerlegen und auf der anderen Seite die positiven, genesungsförderlichen Effekte einer umfangreichen Informierung *bzw.* – im Umkehrschluss – die negativen, genesungshinderlichen Effekte einer unzureichenden Informierung der Patienten beweisen können. Wenden wir uns zunächst der Überprüfung jener medizinischen Argumente, die zur Rechtfertigung des realiter bestehenden ärztlichen MUM-Effekts[115] angeführt werden (siehe oben), zu, so konnten insbesondere die Studien von ACHTE & VAUHKONEN (1969), KÖHLE et al. (1973) sowie LESKY (2002) den empirisch gesicherten Nachweis erbringen, dass das bedeutungsschwerste Argument, welches gegen eine umfassende Aufklärung und Information des Patienten angeführt wurde – in Worten die erhöhte Suizidgefahr aufgeklärter Patienten mit ungünstiger Diagnose – jedweder Stichhaltigkeit entbehrt.[116] Betrachten wir nun abschließend erst einmal ganz allgemein, welche funktionalen Bedeutungen krankheitsbezogene Informationen für den Patienten besitzen, so können in Anschluss an die stresstheoretisch fundierten empirischen Studien von RASPE (1979) insgesamt drei Gründe genannt werden, warum es Krankenhauspatienten so wichtig ist, genau über ihre Erkrankung Bescheid zu wissen: 1) Die *kognitivorientierende Bedeutung* von Informationen: Informationen können in stresstheoretischer Terminologie als eine intrapsychische Bewältigungsressource (Copingstrategie) angesehen werden, welche von den Patienten u.a. erfolgreich zur Angstreduktion eingesetzt werden können.[117] 2) Die *emotiv-sichernde Bedeutung* von Informationen: Laut RASPE löst eine erschöpfende Informierung und Aufklärung das Bedürfnis des Patienten nach pragmatischer Orientierung ein. Dies meint, dass der Patient erst vermittels hinreichender Informationen dazu befähigt ist, seine Zukunft im Lichte der Krankheit zu antizipieren und diese gegebenenfalls modifiziert zu entwerfen.[118] 3) Die *pragmatisch-leitende* Bedeutung von Informationen: Die unter dieser Rubrik subsumierten Patientenaussagen hielten RASPE zufolge eine umfassende Aufklärung und Information

[111] So gelangten ENGELHARDT et al. in ihrer Studie, in der sie insgesamt 120 Krankenhauspatienten mittels teilnehmender Beobachtung und Interview untersuchten, zu der frappierenden Einsicht, dass „69% der Kranken, befragt zum Zeitpunkt der Klinikentlassung, (…) entweder nur teilweise richtige oder sogar falsche Vorstellungen von ihrer Behandlung [besaßen, T.K.]" [ENGELHARDT et al. 1973: 91].

[112] „Fast die Hälfte aller [480, T.K.] Patienten" – so die Erkenntnis von Wolfgang SZYSZKA – „kennt die Diagnose nicht! Bei den Krebskranken kennen sogar ¾ ihre Diagnose nicht (…)" [SZYSZKA 1981: 67].

[113] „Bei der Frage nach der Informiertheit der Patienten über ihre Krankheit" – so führt WIMMER aus – „zeigte sich, dass etwa die Hälfte (47%) der Patienten in einfachen Worten über die Art bzw. den Namen ihrer Erkrankung Auskunft geben konnte, dagegen hatte fast ein Fünftel (17%) überhaupt keine Vorstellungen über die Krankheit. Über Ursachen, auslösende Faktoren oder Risikofaktoren seiner Krankheit Vorstellungen oder Vermutungen zu äußern, war kaum ein Patient imstande (3%)" [WIMMER 1984: 40].

[114] vgl. PIERCHALLA 1986: 9

[115] Die Tendenz, das überbringen schlechter Nachrichten zu vermeiden, wird in der sozialpsychologischen Literatur als »*MUM-Effekt*« bezeichnet (vgl. HACKFORT / REGÖS & SCHLATTMANN 2005: 85 sowie grundlegend ROSEN & TESSER 1970).

[116] zu einer ähnlichen Einschätzung gelangten BOK 1980: 62; KÖHLE et al. 1986: 1218 und RASPE 1979: 146ff.

[117] vgl. RASPE 1979: 83-84 und WIMMER 1984: 13

[118] vgl. RASPE 1979: 83-84

über die Krankheit für selbstverständlich, wobei zumeist auf das Grundrecht der Selbstbestimmung oder den Status des mündigen Bürgers insistiert wurde.[119] Nehmen wir nach dieser recht allgemeinen Beschreibung, welche Bedeutung eine gewissenhafte Aufklärung und Information für die Patienten hat, nunmehr die bereits voranstehend genannten Studien, in denen der genesungsförderliche Effekt umfänglicher Aufklärungsarbeit herausgestellt werden konnte, näher in Augenschein, so können die Ergebnisse dieser Untersuchungen wie folgt zusammengefasst werden:

- Informierte Patienten sind kooperativer (erhöhte Compliance[120]);
- Informierte Patienten haben weniger Angst[121];
- Informierte Patienten weisen ein geringeres Maß an Befindlichkeitsstörungen auf[122]
- Informierte Patienten klagen präoperativ über weniger Schlafstörungen[123];
- Informierte Patienten benötigen geringere Mengen an Narkosemitteln[124];
- Informierte Patienten haben postoperativ weniger Schmerzen[125];
- Informierte Patienten weisen eine geringere postoperative Erbrechensrate auf[126];
- Informierte Patienten benötigen postoperativ weniger Schmerzmittel[127];
- Informierte Patienten zeigen postoperativ weniger aggressives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal[128];
- Informierte Krebs-Patienten weisen eine längere Überlebensdauer als uninformierte Mitpatienten auf[129];
- Informierte Patienten mit schwerer Diagnose weisen in geringerem Maße depressive und suizidale Tendenzen auf[130];
- Informierte Patienten werden schneller entlassen (kürzere stationäre Verweildauer)[131];
- Informierte Patienten weisen insg. einen besseren Genesungsverlauf als uninformierte Patienten auf.[132]

Versuchen wir nun zum Abschluss unserer Ausführungen über den medizinsoziologischen Diskurs »*Aufklärungs- und Informationsbedürfnisse der Patienten*« nochmals die zentrale Forderung dieses Diskurses in komprimierter Form darzustellen, so kann festgehalten werden, dass die auf diesem Gebiet federführenden Forscher – wobei dem Medizinsoziologen Hans-Heinrich RASPE sicherlich die größten Verdienste zukommen – die im Krankenhaus obwaltenden psychosozialen Belastungsfaktoren (siehe Abbildung 35[133]) durch eine möglichst umfassende Saturierung der patientenseitigen Aufklärungs- und Informationsbedürfnisse partiell zu beheben beabsichtigten. Der medizinsoziologische Appell an eine verstärkte Berücksichtigung der von circa 80% der Patienten geäußerten Aufklärungs- und Informationsbedürfnisse schließt somit unmittelbar an die im vorausgehenden Diskursunterpunkt thematisierten Konzepte zur Hospitalismusprophylaxe (z.B. freie Besuchszeiten, Rooming-in) an.

---

[119] vgl. ebenda
[120] vgl. AITKENSWAN & EASSON 1959; BOK 1980: 61; JOHNSON & LEVENTHAL 1974
[121] vgl. STRAUß / APPELT & HAACK 1984
[122] vgl. RASPE 1978a: 2000-2001 sowie RASPE & SIEGRIST 1979: 132-133
[123] vgl. DAVIES-OSTERKAMP 1985: 221
[124] vgl. DAVIES-OSTERKAMP 1985: 221 sowie SCHNELLER & WILDGRUBE 1980: 102
[125] vgl. EGBERT et al. 1964
[126] vgl. RASPE 1979: 57
[127] vgl. ANDREW 1970; DAVIES-OSTERKAMP 1982: 153 sowie EGBERT et al. 1964 und FREY 1968
[128] vgl. ebenda
[129] vgl. ACHTE & VAUKOHNEN 1975
[130] vgl. KÖHLE et al. 1973 und 1986: 1216-1218 sowie LESKY 2002
[131] vgl. DAVIES-OSTERKAMP 1985: 221 und EGBERT et al. 1964
[132] vgl. JOHNSTON & VÖGELE 1992 sowie RASPE 1979: 130ff.
[133] Getreu den Ausführungen von RASPE werden Aufklärungs- und Informationsdefizite – RASPE spricht in diesem Zusammenhang auch von '*kognitiver Deprivation*' – von den Patienten als äußert belastend empfunden (vgl. RASPE 1979: 124ff.).

4. Kritik der »stummen Medizin«[134] oder *Zentrale Ergebnisse und Reformvorschläge der medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Visiteforschung:* In den nachstehenden Zeilen soll nun in einem ersten Schritt anhand einer rhapsodischen Auflistung der bedeutendsten Erkenntnisse der Anfang der 70er Jahre in der BRD unabhängig voneinander entstandenen medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Visiteforschung[135] aufgezeigt werden, inwiefern sowohl strukturelle Rahmenbedingungen als auch habitualisiertes Personalverhalten dafür verantwortlich zu machen sind, dass elementare psychosoziale Patientenbedürfnisse (z.B. Informationsbedürfnis, Sicherheitsbedürfnis, Orientierungsbedürfnis, Kommunikationsbedürfnis, Anerkennungsbedürfnis etc.) innerhalb der Krankenhausvisite in hohem Maße missachtet werden. Betrachten wir nun die zentralen Ergebnisse der medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Visiteforschung, so erhalten wir das folgende Bild einer durchschnittlichen Visite:

- die Stationsvisite dauert circa 3-4 Minuten pro Patient[136];
- der Arzt nimmt in der Visite zumeist eine sozial distanzierende *bzw.* Herrschaft symbolisierende Körperhaltung ein (vor dem Bett stehend, nicht auf Augenhöhe mit dem Patienten)[137];
- Kulturell fest verankerte Interaktionsnormen *bzw.* – mit dem Soziologen Erving GOFFMAN gesprochen – basale *Zuvorkommenheitsrituale*[138] wie z.B. Begrüßung, namentliche Vorstellung und Verabschiedung werden vom Visitenteam nicht selten übergangen[139];
- Ärzte benutzen häufig für Patienten unverständliche Fachtermini[140];
- Das Visiteteam reguliert teilweise die Lautstärke des Gesprächs, in dem sie über den Patienten sprechen, so stark nach unten, dass der betroffene Patient den Gesprächsinhalten nicht mehr folgen kann[141];
- Der Redeanteil des Patienten während der gesamten Visite beträgt ungefähr 30%. Dem gegenüber umfassen die Sprechanteile des visiteführenden Arzt ungefähr 60%. Die restlichen 10% fallen den übrigen Visiteteilnehmern (Krankenpflegepersonal, AiP etc.) zu[142];
- Nur ca. 20% der verbalen Äußerungen des Patienten sind initiativ. Der überwiegende Teil (ca. 80%) des Patiententextes besteht aus Antworten auf Arztinitiativen[143];

---

[134] Die Allegorie der »*stummen*-« resp. »*schweigenden Medizin*« geht zurück auf den Medizinkritiker Paul LÜTH (1972: 38-39 und 1974: 1), der nach Meinung des Autors mit dieser Metapher allen voran die im Krankenhaus maßgeblich vorherrschende Begegnungsform der *Vergegnung* (siehe zum Begriff der »Vergegnung« Martin BUBER 1978: 10) zum Ausdruck bringen wollte. Lassen wir Paul LÜTH an dieser Stelle jedoch in einem längeren Zitat, indem er eindrucksvoll den Entstehungskontext seiner Metapher von der »*schweigenden Medizin*« skizziert, einmal selbst zu Wort kommen: „*Der Sporttaucher und der Hai: die Klinik.* Ein Sporttaucher, der den Angriff eines Haies zwar schwer verletzt aber lebend überstand, wurde später gefragt, was ihn dabei am meisten entsetzt habe. Er antwortete, es sei der unheimliche Gegensatz gewesen zwischen dem wie zu lautem Gebrüll weit aufgerissenen Rachen des heranschießenden Raubfisches und der absoluten Lautlosigkeit des Vorganges, der vollkommenen Stille. Ich frage mich, ob das nicht wenigstens in der Annäherung dem Eindruck entspricht, den der normale Patient – Angehöriger der Unter- oder unteren Mittelklasse – hat, wenn er in eine große Klinik aufgenommen wird. Alles kündigt Handlungen an, unablässig geschieht etwas um in her und auch mit ihm, aber niemand spricht, von Belanglosem abgesehen. Der Rachen ist weit aufgerissen, es geht um Leben und Tod, jede in Aussicht genommene Operation, jede eingreifendere diagnostische Maßnahme machen diesen auswegslosen Ernst deutlich, er selbst also ist betroffen, und doch richtet niemand ein Wort an ihn, abgesehen von Anweisungen, die für den reibungslosen Ablauf notwendig sind, die demgemäß im Grunde gar nicht ihmals Person gelten, sondern für den Apparat da sind, der vor möglichen Störungen bewahrt werden soll. Ringsum ist es, als schriee alles, als redeten Wände, aber es herrscht eisige Stille“ [LÜTH 1974: 1] Eine literarische Verarbeitung der »*schweigenden Medizin*« findet sich übrigens in den autobiographischen Romanen »*Der Atem*« und »*Die Kälte*« des österreichischen Schriftstellers Thomas BERNHARD: „(…) mit mir hatte der Primarius überhaupt nicht sprechen können und sich mit mir auch nicht ein einziges Mal unterhalten, obwohl es nicht an Versuchen von meiner Seite gefehlt hatte von dem Augenblick an, in welchem ich zu einer solchen gewünschten Unterhaltung befähigt gewesen war. Ich hatte ununterbrochen den Wunsch gehabt, mit meinen Ärzten zu sprechen, aber ausnahmslos haben sie niemals mit mir gesprochen, nicht die geringste Unterhaltung mit mir geführt. (…) Nach der Visite, ein Vorgang, der nur ein paar Minuten in Anspruch genommen hatte, waren die Patienten, die während der Visite wenigsten den Versuch gemacht hatten, sich in ihren Betten aufzurichten, was ihnen aber nur auf die hilfloseste Weise geglückt war, wieder in ihre Betten zurückgesunken, so auch ich. (…) Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen“ [BERNHARD 2004c: 45-48] „Von Anfang an hatte ich versucht, mit dem Primarius in ein Gespräch zu kommen, aber alle diese von mir aus tatsächlich verzweifelten Versuche hatte der Arzt und Direktor sofort im Keim erstickt, er forderte nur, dass ich spukte, und war erbost, weil aus mir wochenlang kein Sputum herauszubekommen war“ [BERNHARD 2004d: 16].

[135] Die medizinsoziologische Visiteforschung in der BRD geht auf das Jahr 1970 zurück und ist eng mit den Studien von Johannes SIEGRIST (1972; 1976b; 1977; 1978; 1982a&b), Hans-Heinrich RASPE (1980a; 1981; 1982) und Monika BEGEMANN-DEPPE (1978) verbunden. Unabhängig von der medizinsoziologischen Visiteforschung nahm sich im Jahre 1973 eine Gruppe von Medizinpsychologen des Forschungsgegenstandes 'Stationsvisite' an, wobei in diesem Zusammenhang insbesondere die Arbeit von Jutta NORDMEYER (1978 und 1982), NORDMEYR et al. (1979; 1981a&b; 1982), STEINMANN (1977), STEINMANN et al. (1978) sowie JÄHRING & KOCH 1982. Eine lesenwerte Übersicht über die Zielsetzungen und Methoden der frühen medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Visiteforschung findet sich bei FEHLENBERG (1987: 7-27) sowie Ders. et al. (1986: 246-252).

[136] vgl. AHRENS 1975; 1976a&b; 1982; ENGELHARDT et al. 1973: 59; ERDMANN et al. 1976: 143; FERBER 1975: 86; KOCH & JÄHRING 1982; MOEHR & HAEHN 1977; NORDMEYER 1982 und SIEGRIST 1972: 278;

[137] vgl. SIEGRIST 1972

[138] vgl. GOFFMAN 1986: 79ff

[139].vgl. SIEGRIST 1972

[140] vgl. SAMORA et al. 1961 sowie SAUER & SAUER 1983: Anhang III/3/Frage 12.

[141] vgl. NOTHDURFT 1982a: 25-26. Eine belletristische Schilderung derartiger Praktiken des Visiteteams findet sich wiederum in dem erschütternden autobiographischem Bericht »*Die Kälte*« von Thomas BERNHARD: „Visite war um neun Uhr, das Ärztetriumvirat erschien am Eingang der Liegehalle, Patientenköpfe, die gerade noch in der Höhe waren, fielen automatisch zurück, das Liegespalier war reglos. Die Hände in die Hüften gestemmt, bestimmte der Primarius die Therapien (…). Manchmal beugte er sich vor und klopfte einem Patienten auf die Brust, der Blick auf eine Fiedertafel löst bei ihm oft ein Gelächter aus, das das Tal erfüllte. Mit den Herrn Kollegen unterhielt er sich nur im Gemurmel“ [BERNHARD 2004d: 15].

[142] vgl. FEHLENBERG et al. 1986: 247

[143] vgl. FROEHLICH & BISHOP 1973

- Insgesamt 82% aller im Gespräch gestellt Fragen stammen vom Arzt. Dabei benutzt der Arzt beinahe ausschließlich geschlossene Fragen (z.B. „tut Ihnen das hier weh?"), die das Antwortspektrum der Patienten vorab in erheblichem Ausmaß einschränken[144];
- 94% aller Gesprächsunterbrechungen erfolgen durch den Arzt[145];
- Ärzte unterbrechen Schilderungen oder Fragen von Patienten durchschnittlich bereits schon nach 18 Sekunden[146];
- Initiativ geäußerte Patientenfragen (z.B. zur Diagnose, Therapie und Prognose) werden vom Arzt – insbesondere wenn es sich dabei um schwerkranke Patienten mit einer infausten Prognose handelt[147] – sehr häufig ausweichend (»*asymmetrische Verbalhandlungen*«[148]) beantwortet. Zur Abwehr unangenehmer, belastender Patientenfragen finden auf Seiten der Ärzte nun sowohl die von dem Medizinsoziologen Johannes SIEGRIST im Rahmen seiner wegweisenden Studie »*Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*« (1978) herausstellten Strategien der *Nichtbeachtung*, des *Themen- oder Adressantenwechsels*, des *Beziehungskommentars* sowie der *Mitteilung funktionaler Unsicherheit*[149] als auch die von dem Germanisten Thomas BLIESNER auf der Grundlage des siegristschen Datenmaterials herausdividierten zwölf Abweisungstechniken (Abriegeln, Überfahren, Hinhalten, Leerlaufenlassen, Abwinken, Stillegen, Problematisieren, Abbiegen, erlagern, Filibustern, Abgleiten, Sich-Rausreden[150]) Anwendung.

Angesichts der voranstehend enumerierten Einblicke der medizinsoziologischen und medizinpsychologischen Visiteforschung nimmt sich das in der Stationsvisite statthabende Arzt-Patient-Verhältnis zusammenfassend als ein *verhinderter Dialog* – so der Untertitel eines bekannten Buches von BLIESNER[151] – aus, indem grundlegende Patientenbedürfnisse wie z.B. die Bedürfnisse nach Anerkennung, Wertschätzung, Kommunikation, Orientierung, Sicherheit, Wissen, Mitbestimmung und Information sträflich vernachlässigt werden. Zur Überwindung dieser Missstände wurde nun in den Jahren 1972 bis 1979 auf einer internistischen 15 Betten-Station der Universitätsklinik in Ulm (Modellstation IV) eine patientenzentriertes Visitekonzept installiert, welches national – begünstigt durch den preisgekrönten Dokumentarfilm über das Ulmer-Modell »*Wer will krank sein auf der Welt?*« von Maximiliane MAINKA (1977) – eine enorme Aufmerksamkeit erfuhr. Da eine detailliert Darstellung der konzeptionellen Feinheiten des Ulmer-Modells nun aus Raumgründen nicht möglicht ist, sei an dieser Stelle nur die bedeutendste Neuerung dieses Reformansatzes kurz erwähnt. Im Unterschied zu herkömmlichen Visite wird die Ulmer-Visite in drei separate Abschnitte: *erstens* die Vorbesprechung (Kurvenvisite), *zweitens* die Kernvisite und *drittens* die Nachbesprechung aufgeteilt, wobei erstere und letztere, d.h. Vor- und Nachbesprechung, durchweg außerhalb des Patientenzimmers stattfinden.[152] Durch diesen Prozess einer so genannten *funktionalen Entflechtung* des Visitegeschehens sowie weiterer Veränderungen des Interaktionsverhaltens der Visiteteilnehmer (u.a. soll der visiteführende Arzt auf einen Stuhl Platz nehmen, um dem Patienten auf Augenhöhe zu begegnen[153]) gelang es der Ulmer-Modellstation nicht nur die Visitedauer[154], die Redezeit des Arztes zum Patienten[155] sowie die initiativen Patientenäußerungen[156] signifikant zu erhöhen, sondern darüber hinaus konnten die von SIEGRIST diagnostizierten *asymmetrischen Verbalhandlungen* der Ärzte (Ausweichstrategien) sowohl bei den leicht- als auch in besonderem Maße bei den schwerkranken Patienten der Ulmer Station eindrucksvoll reduziert werden (siehe Abbildung 37/Anhang).

---

144 vgl. ENGELHARDT et al. 1973: 58ff.
145 vgl. FEHLENBERG et al. 1986
146 vgl. BECKMANN & FRANKEL 1984
147 vgl. FEHLENBERG et al. 1986
148 vgl. SIEGRIST 1978
149 vgl. FEHLENBERG et al. 1986
150 vgl. BLIESNER 1980a&b sowie Ders. 1982
151 vgl. BLIESNER 1982
152 vgl. FEHLENBERG et al. 1986: 252; PSYCHOLOGIE HEUTE 1978: 70 sowie STÖSSEL 1981: 99
153 vgl. FEHLENBERG et al. 1986: 252
154 vgl. STÖSSEL 1981: 94
155 vgl. ebenda
156 vgl. ebenda: 96

5. *Patientenzentrierte Medizin:* Das im Jahre 1969 von den klinisch tätigen Internisten ENGELHARDT und TISCHER[157] ausgerufene Reformkonzept einer »*patientenzentrierten Medizin*«, welches keinesfalls mit dem gleichnamigen – ebenfalls im Jahr 1969 entwickelten – psychoanalytischen Ansatz von Michael BALINT[158] verwechselt werden darf, setzte sich lautstark dafür ein, die *bis dato* vorherrschende krankheitszentrierte Medizin durch eine patientenzentrierte Sichtweise, in welcher der Patient nicht länger in reduktionistischer Weise als bloßes Objekt *bzw.* Werkstück[159] sondern als ganzheitliches Subjekt angesehen wird, zu ergänzen.[160] Ohne nun vermittels einer feingliedrigen Aufarbeitung des Reformansatzes der »*patientenzentrierten Medizin*« in einen mäandrierten Schreibstil verfallen zu wollen, kann der Stellenwert des Patientenbedürfnisbegriffs innerhalb des obig angesprochenen Diskurses *in medias res* dahingehend präzisiert werden, als dass sich die patientenzentrierte Medizin – in Analogie zu den voranstehend beschriebenen Diskursen – allen voran für eine verstärkte Berücksichtigung der psychosozialen Patientenbedürfnisse stark machte.[161] Ehe nun im Folgenden der Funktionalität des Patientenbedürfnisbegriffs im Rahmen des Diskurses über die »*Humanisierung des Krankenhauses*« nachgespürt werden soll, möchte der Autor den Leser der vorliegenden Arbeit abschließend über zwei interessante Ergebnisse einer von ENGELHARDT et al. (1973) an insgesamt 120 Krankenhauspatienten durchgeführten Interview- und Beobachtungsstudie in Kenntnis setzen, da diese einerseits beweisen, dass die Umsetztung einer patientenzentrierten Medizin nicht bloß von philanthropisch gestimmten Humanmedizinern, sondern gleichfalls von der Majorität der Patienten (73%) gefordert wird[162] sowie dass andererseits von einer faktischen Verwirklichung eines patientenzentrierten Arztverhaltens (nur 9%)[163] anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts mitnichten die Rede sein konnte.

6. Humanisierung des Krankenhauses: Die ungefähr Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts aufkeimende Debatte über die »*Humanisierung des Krankenhauses*« – in die sich neben den üblichen Verdächtigen aus Medizinsoziologie[164], ärztlicher Profession[165] und Demoskopie[166] auch die evangelische Kirche[167] maßgeblich einschaltete – schrieb sich in Analogie zum obig erläuterten Programm der »*patientenzentrierten Medizin*« das Credo auf die Fahne, die entmenschlichende Apparatemedizin der Krankenhäuser durch eine verstärke Berücksichtigung genuiner Patientenbedürfnisse zu überwinden. Der nuancielle Unterschied zwischen diesen beiden in der Literatur leider häufig synonym verwandten Reformansätzen[168] besteht nun vornehmlich darin, dass das Konzept des Humanen-Krankenhauses nicht nur darauf abzielt, die Personal-Patient-Beziehung, sondern vielmehr die gesamte Organisation des Kran-

---

[157] vgl. ENGELHARDT & TISCHER 1969 sowie ENGELHARDT 1971c und 1978

[158] vgl. dazu BALINT / BALL & HARE 1969: 534 sowie BALINT 1975: 35ff.

[159] vgl. MITSCHERLICH 1983b

[160] vgl. ENGELHARDT 1978: 221ff.

[161] vgl. ROHDE 1975b: 192

[162] vgl. ENGELHARDT et al. 1973: 144. „Nahezu Dreiviertel (73%) der Patienten" – so ENGELHARTDT et al. – „wollten, dass man auch ihre Persönlichkeit, ihre Subjektivität, bei der Behandlung berücksichtige" [ebenda]

[163] vgl. ENGELHARTDT et al. 1973: 202-207. „Mit etwa jedem zehnten Patienten (9%)" – so fassen ENGELHARTDT et al. die Ergebnisse ihrer Beobachtungsstudie zusammen – „hatten die Ärzte einen Persönlichkeitszentrierten Umgang. Bei ihnen versuchten sie, ihre Situation zu verstehen. (…) Mit nahezu der Hälfte (47%) der Patienten gingen die Ärzte oberflächlich um. Es kam weder bei der Anamneseerhebung noch bei der Visite zu sinnvollen Gesprächen. (…) Etwa ein Drittel (37%) der Patienten wurde durch die Umgangs- und Behandlungsweisen der Ärzte verletzt. Diese Persönlichkeitsverletzungen reichten von relativ harmlosen ironischen Bemerkungen bis zu massiven Beschimpfungen. Bei insgesamt 84% der Patienten zeigten sich in der persönlichen Betreuung durch die Ärzte mehr oder weniger große Unzulänglichkeiten" [ebenda: 206-207].

[164] vgl. ROHDE 1973 und 1975b sowie WISSERT 1985. „*Das Krankenhaus*" – so die von ROHDE vertretene Hauptthese – *„ist tendenziell inhuman, weil es generelle Humanität sich zuschreiben lässt, selber zuschreibt und eben dadurch daran gehindert wird, Einsicht in die strukturellen Momente seiner Inhumanität zu gewinnen, die Situation des Patienten und deren Humanisierungsbedürftigkeit zu durchdenken und zu analysieren*" [ROHDE 1973: 19-20].

[165] vgl. dazu u.a. ARBEITSGRUPPE „HUMANES KRANKENHAUS" 1979; HARTMANN 1979 sowie SCHOBER 1977

[166] vgl. INFAS 1980a-d

[167] vgl. DEUTSCHER EVANGELISCHER KRANKENHAUSVERBAND 1981 und LEHNDORFF 1975

[168] vgl. PSYHOLOGIE HEUTE 1978: 65

kenhauses (Architektur[169], Tagesablauf, Freizeitangebote usw.) weitestgehend an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Ferner sei in diesem Zusammenhang auf den Sachverhalt verwiesen, dass der im Rahmen des Humanisierungs-Diskurses verwendete Patientenbedürfnisbegriff inhaltlich insofern eine höhere Komplexität als sein im Patientenzentrierung-Diskurs bemühtes Pendant aufweist, als dass neben der Saturierung elementarer psychosozialer Bedürfnisse auch die Stimulation und Befriedigung der kulturellen Patientenbedürfnisse (Patientenbibliothek[170], Musik[171], Kunst[172]) eingeforderter wurde.

7. *Kritik der Funktionspflege:* Während die Bedürfnisse der Patienten bereits in den international hoch angesehenen amerikanischen Pflegemodellen von Virginia HENDERSON (1955)[173], FAYE G. ABDELLAH (1968)[174], Dorothea OREM (1971)[175], Nancy ROPER et al. (1976)[176] sowie der ganzheitlichen Pflegetheorie der Schweizerin Liliane JUCHLI (1988)[177] als tragende Theoriesäulen in Erscheinung traten, wandte sich die Pflegeforschung innerhalb der – mit PLESSNER gesprochen – verspäteten Nation Deutschlands erst Anfangs der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts verstärkt dem Patientenbedürfnisbegriff zu. Den Ausgangspunkt dieser forcierten argumentativen Indienstnahme der Patientenbedürfnisse bildete nach Ansicht des Autors neben dem von Monika KROHNWINKEL (1984) in Anschluss an die obig genannten Pflegetheoretikerinnen entwickelten Bedürfnisansatz[178] allen voran die von dem Krankenpfleger, Arzt und Soziologen Thomas ELKELES[179] losgetretene Auseinandersetzung über die Schattenseiten des zum damaligen Zeitpunkt in den Krankenhäusern dominierenden Arbeitskonzepts der Funktionspflege.[180] Versuchen wir nun den Stellenwert des Patientenbedürfnisbegriffs innerhalb dieses Diskurses näher zu bestimmen, so zeigt sich, dass das Funktionspflegekonzept von Seiten seiner Kritiker aus Theorie und Praxis dafür verantwortlich gemacht wird, dass das Krankenpflegepersonal der sowohl allgemeinmedizinisch (siehe die Diskurse »*Patientenzentrierte Medizin*« sowie »*Humanisierung des Krankenhauses*«) als auch pflegespezifisch (siehe dazu die bedürfnisorientierten Ansätze der voranstehend notierten Pflegetheoretikerinnen) eingeforderte Berücksichtigung der psycho-sozio-kulturellen Patientenbedürfnisse *bis dato* nur äußerst unzureichend Rechnung tragen konnte.[181] Zur Überwindung dieses Missstandes sollten in den Krankenhäusern deshalb zukünftig ganzheitlich ausgerichtete Pflegemodelle – etwa im Sinne der Zimmer- oder Bezugspflege – installiert werden.

---

169 vgl. RIETMÜLLER 1969; REIMANN 1976: 145-146 und WISCHER 1977
170 vgl. dazu SCHMIDT 1982 sowie WITTERMANN 1982
171 vgl. FINKE-KNÜWER 1983
172 vgl. KRAFT 1973
173 vgl. STEPPE 1990a
174 vgl. STEPPE 1990c
175 vgl. STEPPE 1990b
176 vgl. ROPER 1997
177 vgl. JUCHLI 1988
178 vgl. LÖSER 2003
179 vgl. dazu insbesondere ELKELES 1985, 1988, 1994 und 1997
180 Zur Charakterisierung wesentlicher Grundzüge der Funktionspflege wird nachfolgend ein längere Passage aus einem Zeitschriftartikel von Thomas ELKELES wiedergegeben: „Das hierarchisch-zentralistische Modell der traditionellen Funktionspflege ist folgendermaßen gekennzeichnet: Die Tätigkeiten sind arbeitsteilig und nach hierarchischen Gesichtspunkten verteilt: Je patientenferner eine Tätigkeit, desto höher ihr Sozialprestige (Schreibtischarbeit als Statussymbol). Das Maß an Informiertheit ist entsprechend der bestehenden Zugangsmöglichkeiten zu bzw. der Barrieren bei den Informationsquellen (Patientenakten, Teilnahme an ärztlicher Visite, Dienstübergabe) positionsspezifisch verteilt. Entsprechend findet Kommunikation mit dem ärztlichen Sektor (Mitteilung von Krankenbeobachtungen, Entgegennahme von Aufträgen) nicht direkt, sondern indirekt über die Zentralinstanz der Stationsleitung statt. Die Arbeit wird zerlegt und in einzelnen Runden durchgeführt: z.B. Blutdruck-, Getränke-, Verbände-, Spritzen-Runde. Einzelaufträge werden in einer Art Rapportsystem mit jeweilig zu erfolgender Rückmeldung erteilt, wodurch hohe Kontrollunterwerfungen entstehen. Kommunikation mit den Patienten wird ebenfalls als Einzel-Arbeitelement betrachtet und hat tendenziell wenig Chancen, in die zügig hintereinander zu erledigenden Runden eingeflochten zu werden. (…) die Funktionspflege [steht, T.K.] mit der von ihr produzierten sozialen Beziehungslosigkeit im Widerspruch zu der heute berechtigterweise oft geforderten Patientenorientierung“ [ELKELES 1994: 442]
181 vgl. ELKELES 1994: 442. Über die negativen, entmenschlichenden Auswirkungen der Funktionspflege verfasste der Schriftsteller Claudio KÜRTEN während eines Krankenhausaufenthaltes ein nachdenklich stimmendes Gedicht mit dem Titel »*Nebenwirkung*«, dass dem Leser der vorliegenden Arbeit nicht vorenthalten werden soll: Nebenwirkung: // Es ist erreicht / Die Organisation / funktioniert perfekt! // Täglich kommen / im Durchschnitt / achtundzwanzig / verschiedene Mitarbeiter / ans Bett des Patienten // Täglich wechseln / viele Gesichter – / nach vier Wochen /sind es bereits / sechsundneunzig / verschiedene Menschen, / die Hand anlegen. // Diese Arbeitsteilung, / verbunden mit dem / Rotationsprinzip / der Mitarbeiter, / gewährleistet den /reibungslosen, / störungsfreien Betrieb. // Irgendwelche Nachteile / bekannt? // Nein, eigentlich nicht – / nur gelegentlich / ist die völlige Vereisung / eines Herzens / zu beobachten [KÜRTEN 1987: 23]

8. Entstehung der Selbsthilfegruppenbewegung sowie 9. *Wandel der Arzt-Patient-Beziehung:* Vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen, der Ausweitung des gesamtgesellschaftlichen Bildungslevels, der weiträumig zu verzeichnenden Abnahme einer herrschaftshörigen Untertanenmentalität sowie der breitflächigen Verabschiedung paternalistischer Beziehungsverhältnisse (z.B. zwischen Mann und Frau oder auch zwischen Eltern und Kindern) setzten Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in Deutschland zwei unumstößlich miteinander verbundene Entwicklungsprozesse – *nudis verbis* die Selbsthilfegruppenbewegung sowie die Demokratisierung der Arzt-Patient-Beziehung – ein, in denen die Bedürfnisse der Patienten eine tragende Rolle spielten. Versuchen wir nun zuerst die Funktion des Patientenbedürfnisterminus innerhalb der Selbsthilfegruppenbewegung näher zu umreißen, so erweist sich bereits ein flüchtiger Blick auf die in der spezifischen Literatur genannten Gründe, die für den rasanten Anstieg der Selbsthilfegruppen in den 70er Jahren verantwortlich zu machen sind[182], als außerordentlich erkenntnisdienlich. Die Entstehung der Selbsthilfegruppenbewegung ist nämlich – so kann in Anschluss an die Ursachenbestandsaufnahme von MERCHEL[183] gefolgert werden – maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die spezifischen Versorgungs- *resp.* Unterstützungsbedürfnisse einer Vielzahl Betroffener einerseits durch das etablierte Angebot medizinischer und therapeutischer Dienstleistungen nicht oder nur in einem unzureichendem Ausmaße gestillt wurden (quantitative Mangellage)[184] sowie andererseits, dass sich die Betroffenen im Rahmen des herkömmlichen (paternalistischen) Dienstleistungserbringungsmoduses um die Einlösung ihrer Aufklärungs-, Informations-, Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsbedürfnisse betrogen fühlten (qualitative Mangellage[185]). Ohne an dieser Stelle nun auf den historisch gesehen überaus interessanten Sachverhalt eingehen zu wollen, dass die im voranstehenden Satz aufgelistete Kritik der Selbsthilfegruppenbewegung einen nicht unerheblichen Anteil an der Modernisierung des psychosozialen Versorgungssystems (Stichwörter: ‚Neue Subsidiarität'[186], ‚Out-Contracting'[187], ‚Depriviligierung der Wohlfahrtsverbände'[188]) hatte, soll nachstehend nunmehr ausnahmslos darauf eingegangen werden, inwiefern die von der Selbsthilfegruppenbewegung geäußerte Kritik an der – einen Begriff des Medizinkritiker Ivan ILLICH bemühend – *entmündigenden Expertenherrschaft*[189] zu einer Modernisierung der Arzt-Patienten-Beziehung beitrug. Betrachtet man nun die in den 70er Jahren publizierten Schriften zum Arzt-Patienten-Verhältnis, so zeigt sich, dass die von der Selbsthilfegruppenbewegung an der klassischen Helfer-Klient-Beziehung geübte Kritik (kruder Paternalismus, totale Abhängigkeit, Missachtung der Informations- und Mitbestimmungsbedürfnisse der Klienten usw.) in der griffigen Metapher vom »*mündigen Patienten*« widerhallen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Ausgangs der 70er Jahres des 20. Jahrhunderts im medizinsoziologischen Diskurs der BRD vielmündig beschworene Forderung nach dem »*mündigen Patienten*«[190] maßgeblich darauf abzielte, die Arzt-Patienten-Beziehung vermittels einer verstärkten Berücksichtigung der Patientenbedürfnissen nach Aufklärung, Information, Selbstbestimmung und Partizipation sowie des besonderen Patientenwissens sukzessive zu demokratisieren (Patient als Ko-Produzent der eigenen Gesundheit). Abschließend kann an dieser Stelle somit festgehalten werden, dass die vier im vorausgehenden Satz notierten Patientenbe-

[182] zur Entwicklung der Selbsthilfegruppenbewegung in Deutschland siehe insbesondere die Ausführungen bei MOELLER 1996: 77-83 und MÜLLER 1993
[183] vgl. MERCHEL 2003: 156ff.
[184] vgl. ebenda: 156
[185] vgl. ebenda
[186] vgl. BACKHAUS-MAUL & OLK 1994
[187] vgl. ebenda
[188] vgl. ebenda
[189] vgl. ILLICH 1978: 7
[190] zum Idealbild des »mündigen Patienten« siehe allen voran BLUM 2000a: 27 und LÜTH 1982

dürfnisse im Rahmen des Diskurses über den »*mündigen Patienten*« zur Sperrspitze gegen den zum damaligen Zeitraum in der Arzt-Patienten-Beziehung omnipräsenten Paternalismus avancierten.

10. Beginn der Hospizbewegung: Um nun nachstehend die besondere Rolle des Patientenbedürfnisbegriffs innerhalb der Hospizbewegung – die sich in Deutschland, trotz einer breiten öffentlichen Diskussion über das von Cinsley SAUNDERS 1967 in London gegründete *'St. Christopher's Hospice'* zu Beginn der 70er Jahre[191], erst Mitte der 80er Jahre institutionell fest etablieren[192] konnte – herausarbeiten zu können, bedarf es vorab einiger Informationen über die inhumane Versorgungssituation, derer sich moribunde Patienten in den europäischen und amerikanischen Krankenhäusern der 60er und 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ausgesetzt sahen. Speziell die medizinsoziologischen Arbeiten von SUDNOW (1973), GLASER & STRAUSS (1974), LAU (1975), BEGEMANN-DEPPE (1976) und REST (1977) sowie der viel gelesene, in Tagebuchform verfasste Erlebnisbericht »*Sterben im Krankenhaus. Aufzeichnungen über einen Tod*« von KAUTZKY (1976) machten in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts auf die erniedrigende und entwürdigende Sterbesituation von Krankenhauspatienten aufmerksam. Mangelhafte Aufklärungsbereitschaft[193], physisch-räumliche[194] und kommunikative Isolierung[195] sowie die Verbannung zentraler Themen (z.B. Tod, Zukunft, Sinn des eigenen Lebens usw.[196]) aus der Personal-Patient-Interaktion – um nur die wichtigsten Kritikpunkte der obig genannten Publikationen zu nennen – weisen das Krankenhaus als einen Ort aus, an dem schwerkranke Patienten mitnichten einen würdevollen Tod sterben können. Basierend auf der Einsicht, dass das Krankenhaus aufgrund der voranstehend notierten Missstände den spezifischen Bedürfnissen sterbender Patienten, wie sie unter anderem von SAUNDERS (1993), REST (1998), KÜBLER-ROSS (2001), KOSTRZEWA & KUTZER (2002), STRACKE-MERTENS (2003) und GRUBER & SCHMIDT (2006) erforscht und beschrieben wurden, nicht genügend Beachtung schenkte, trat nun Ende der 60er Jahre die Hospizbewegung auf den Plan. Ungeachtet der konzeptionellen Feinheiten bestand die Grundidee der Hospizbewegung nunmehr darin, durch ein auf die speziellen Bedürfnisse sterbender Patienten hin ausgerichtetes Behandlungsprogramm den Betroffenen ein sanftes Sterben in Würde zu ermöglichen.

Dienten die auf den vorausgehenden Seiten getätigten Ausführungen zu den insgesamt zehn Diskursen maßgeblich dazu, die Karriere des Patientenbedürfnisbegriffs im Sprachgebrauch von Wissenschaft und Öffentlichkeit nachzuzeichnen, so soll in den nachstehenden Zeilen anhand der bereits im Jahre 1956 mit einer standardisierten Befragung der Patienten zum Erleben des Klinkaufenthaltes[197] – die, soviel sei an dieser Stelle schon verraten, in den *bis dato* vorliegenden Arbeiten zur Geschichte systematischer Patientenbefragungen nicht erwähnt wurde – beginnenden PZF der

---

[191] Die öffentliche Debatte über das für und wider von „*Sterbekliniken*" wurde in Deutschland insbesondere durch den am 10. Juni des Jahres 1971 im ZDF erstausgestrahlten Dokumentarfilm »*Noch 16 Tag – Eine Sterbeklinik in London*«, in dem der gelebte Alltag im Londoner St. Christopher's Hospice dargestellt wird, entfacht (vgl. dazu SEITZ & SEITZ 2002: 79ff.).

[192] So entstanden die ersten beiden Hospize erst 1986 in Aachen (*'Haus Hörn'*) und 1987 in Recklinghausen (*'Zum heiligen Franziskus'*) (vgl. JORDAN 2007: 47).

[193] vgl. LAU 1975: 31

[194] So weist bspw. LAU in ihrer Feldstudie zum Thema »*Tod im Krankenhaus*« auf den erschütternden Sachverhalt hin, dass es in deutschen Krankenhäusern aufgrund einer mangelhaften Anzahl an Einzelzimmern nicht selten vorkommt, „dass Patienten im Bad, günstigerenfalls im Arztzimmer, sterben (…)" [LAU 1975: 77].

[195] Wenngleich WITZEL in seiner bekannten Studien zum Bewusstseinszustand sterbender Patienten (N=110) aufzeigen konnte, dass insgesamt 70% *resp.* 26,4% der Patienten 24 Stunden *bzw.* 15 Minuten vor dem eintretenden Tod bei klarem Bewusstsein waren (vgl. WITZEL 1971; 1973; 1975), so konnten sowohl SUDNOW (1972), GLASER & STRAUSS (1974) als auch LAU (1975) in ihren empirischen Forschungsarbeiten dennoch feststellen, dass das Krankenhauspersonal den kommunikativen Umgang mit den todgeweihten Patienten auf ein Minimum reduzierte.

[196] vgl. SUDNOW 1973: 92

[197] vgl. VOIGT 1959: 83-92. So füllten im Zeitfenster zwischen Oktober 1956 und November 1958 füllten laut VOIGT insgesamt 810 Patienten den Kurzfragebogen zum Klinikerleben aus (vgl. VOIGT 1959: 85).

ehemaligen DDR[198] der Versuch unternommen werden, die zentralen Unterschiede zwischen den in der fachspezifischen Literatur zuhauf äquivalent zueinander verwandten Termini der Patientenbedürfnisse sowie der Patientenerwartungen herauszupräparieren.

Richtet man sich nun mit der Fragestellung: W*as ist PZ? bzw. Wie entsteht PZ?* an die in der DDR angefertigten PZ-Studien, so gelangt man nach einer ersten, diagonalen Lektüre dieser Studien zu der Einschätzung, dass der überwiegende Teil dieser Untersuchungen auf modelltheoretischer Ebene von einem Bedürfnisansatz, demnach die Zufriedenheit der Patienten zentral davon abhängt, inwieweit die Patientenbedürfnisse (Soll-Leistung) durch die wahrgenommene medizinisch-therapeutische Dienstleistung (Ist-Leistung) erfüllt werden, ausgeht. Diese modelltheoretische *prima vista Diagnose* – welche vornehmlich dem Umstand geschuldet ist, dass in den DDR-stämmigen PZ-Studien primär der Zusammenhang zwischen dem Sättigungsgrad der Patientenbedürfnisse und dem Ausmaß der PZ eruiert wurde – erweist sich allerdings im Rahmen einer zweiten, statarischen Durcharbeitung des Studienmaterials als unhaltbar. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die meisten der in der ehemaligen DDR zum Thema PZ publizierten Untersuchungen in impliziter oder expliziter Weise ebenfalls auf das »*Expectation-Disconfirmations-Model«* zurückgreifen. Konnte nun also vermittels einer zweiten, minutiösen Lektüre des Untersuchungsmaterials die Einsicht gewonnen werden, dass die in der DDR führenden PZ-Theoretiker – namentlich Inge HARYCH, Stefan KURELLA sowie die Geschwister Joachim und Eike GLOMB – allesamt von der Prämisse ausgingen, dass der Patient innerhalb des Zufriedenheitsausbildungsprozesses nicht etwa Bedürfnisse, sondern Erwartungen als Vergleichsgröße (Soll-Dimension) nutzt, so stellt sich nichtsdestotrotz nach wie vor die Frage nach den konzeptionellen Unterschieden *resp.* Zusammenhängen zwischen den Bedürfnissen und den Erwartungen der Patienten.[199]

Eine überzeugende Antwort auf die obig gestellte Frage nach den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den in der internationalen PZ-Literatur leider zuhauf nicht trennscharf voneinander benutzen Termini »*Patientenbedürfnis*« und »*Patientenerwartung*« findet sich nun in den Schriften des Ethnologen Stefan KURELLA, der seiner im Jahre 1975 an der Humboldt-Universität Berlin eingereichten Dissertation den richtungweisenden Titel »*Die Kategorie "Bedürfnis" in der Medizin. Eine soziologische Analyse der PZ*« voranstellte. Versuchen wir nun die Einsichten KURELLAS bündig, d.h. ohne näher auf die von KURELLA vorgenommene Ableitung des Bedürfnisbegriffs aus der marxistisch-leninistischen Philosophie eingehen zu wollen, zusammenzufassen, so kann an dieser Stelle *ad notam* genommen werden, dass KURELLA die beiden zur Disposition stehenden Begrifflichkeiten insofern voneinander separiert, als dass er den physischen, psychischen, materiellen, gesitig-kulturellen und sozialen Patientenbedürfnissen eine erwartungsdeterminierende Funktion zuschreibt. Greifen wir nun zur Exemplifizierung dieser Annahme auf die sozialen Patientenbedürfnisse, deren hinreichende Befriedigung laut KURELLA den Grundstein für eine ausgeprägte Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt bildet, zurück, so kann anhand der folgenden Tabelle 12 die Metamorphose von Patientenbedürfnissen in Patientenerwartungen gut nachvollzogen werden. Zur Erhöhung der Verständlichkeitsgrades des in der Tabelle 12 zum Ausdruck kommenden Transformationsprozesses von Bedürfnissen in Erwartungen – wobei KU-

[198] eine ausführliche Darstellung der in der ehemaligen DDR publizierten Studien zur Patientenzufriedenheit findet sich in Kapitel 5
[199] vgl. HARYCH 1973: 26 sowie KURELLA & HÜTTNER 1982: 15

RELLA in der Tabelle den Begriff des 'Anspruchsniveaus', welchen er in seinen Arbeiten äquivalent zum Erwartungsterminus gebraucht, verwendet – sollen nun nachstehend die aus dem von KURELLA unterstellten Metabedürfnis des Menschen nach Gemeinschaft (siehe dazu die erste Spalte der Tab. 12) resultierenden Anspruchs- *resp.* Erwartungshaltungen des Patienten näher erläutert werden. Wie nun aus den der ersten Spalte (Gemeinschaft) untergeordneten Zeilen ersichtlich wird, splittet KURELLA das soziale Grundbedürfnis des Menschen nach Gemeinschaft in die kommunikativen Sekundärbedürfnisse nach Information und Kontakt *bzw.* Nähe auf. Diese kommunikativen Sekundärbedürfnisse führen nun dazu, dass der Patient – je nach schwere seiner Krankheit – bestimmte Erwartungen darüber ausbildet, was im Krankenhaus geschehen sollte. Angemerkt sei noch, dass dem unstreitbarem Einfluss der Krankheitsschwere auf die Erwartungshaltung tabellarisch durch die drei am linken Tabellenrand unter der Begrifflichkeit '*Anspruchsniveau*' zum Vorschein kommenden Kategorien Rechnung getragen wird; wobei die *'Oragnismus-Umwelt-Relation*' den höchsten und die *'Persönlichkeits-Gesellschafts-Relation*' den niedrigsten Erkrankungsgrad repräsentieren.[200]

	(Gemeinschaft)		(Erkenntnis)		(Arbeit)	
Bedürfnisse / Anspruchsniveau	Kommunikative Bedürfnisse		Kognitive Bedürfnisse		Kreative Bedürfnisse	
	Bedürfn. nach Information	Bed. nach soz. Kontakt, menschl. Nähe	pragmatisch, sachlich	wertend, subjektiv	nach körperl. Betätigung	nach geistiger Betätigung
Organismus-Umwelt-Relation	Nicht allein im Zimmer sein, Wunsch nach häufigem Kontakt zu Arzt, Schwestern, Besuch.		Interesse für die Art der Erkrankung , ihre Ätiologie, Funktionsweise der betroffenen und der anderen Organe.		Elementares Bedürfnis nach körperlicher Betätigung.	
Subjekt-Objekt-Relation	Persönlichkeit des Patienten soll bei der Einteilung in die Krankenzimmer berücksichtigt werden. Arzt und Schwester sollen auch zu Besuchern und Angehörigen nett sein, mit ihnen sprechen. Kulturelle Betreuung.		Bedürfnis nach Erkenntnis über Ursachen der eigenen Erkrankung — wie sollte man sich verhalten, um Rückfall und/oder Komplikationen zu vermeiden.		Äktive Teilnahme an der eigenen Gesundung.	
Persönlichkeit-Gesellschaft-Relation	Ältere Patienten sollen genau so aufmerksam behandelt werden wie jüngere; aktiver Beitrag zu gutem Betriebsklima auf der Station. Was ist in der Welt los, auf der Arbeit, in der Familie ?		Interesse für allgemeine Zusammenhänge zwischen Umwelt, Verhalten und Krankheit, für eigene Rehabilitationsaussichten und Aussichten auf die Wiedererlangung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit...		Arzt und Schwester bei der Betreuung anderer Patienten zur Hand gehen, kleine Reparaturleistungen im Krankenzimmer...	

Tab. 12: Soziale Patientenbedürfnisse als Determinanten der Erwartungsbildung[201]

Speisen wir nun – ehe im nachstehenden Exkurs-Unterkapitel anhand ausgewählter empirischer Studien dem Fragekomplex nachgegangen werden soll, was sich Patienten wünschen, was unter Patientenwünschen zu verstehen ist sowie in welcher Weise Patientenwünsche von Patientenerwartungen unterschieden werden können – unsere aus den Schriften von Stefan KURELLA herausdestillierte Erkenntnis, der zufolge Patientenbedürfnisse als bedeutende Einflussfaktoren auf die Erwartungsbildung angesehen werden können, in das »*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ-Genese*« ein, so ergibt sich das folgende Bild:

[200] vgl. KURELLA 1975: 38-39
[201] entnommen aus KURELLA 1976: 1241

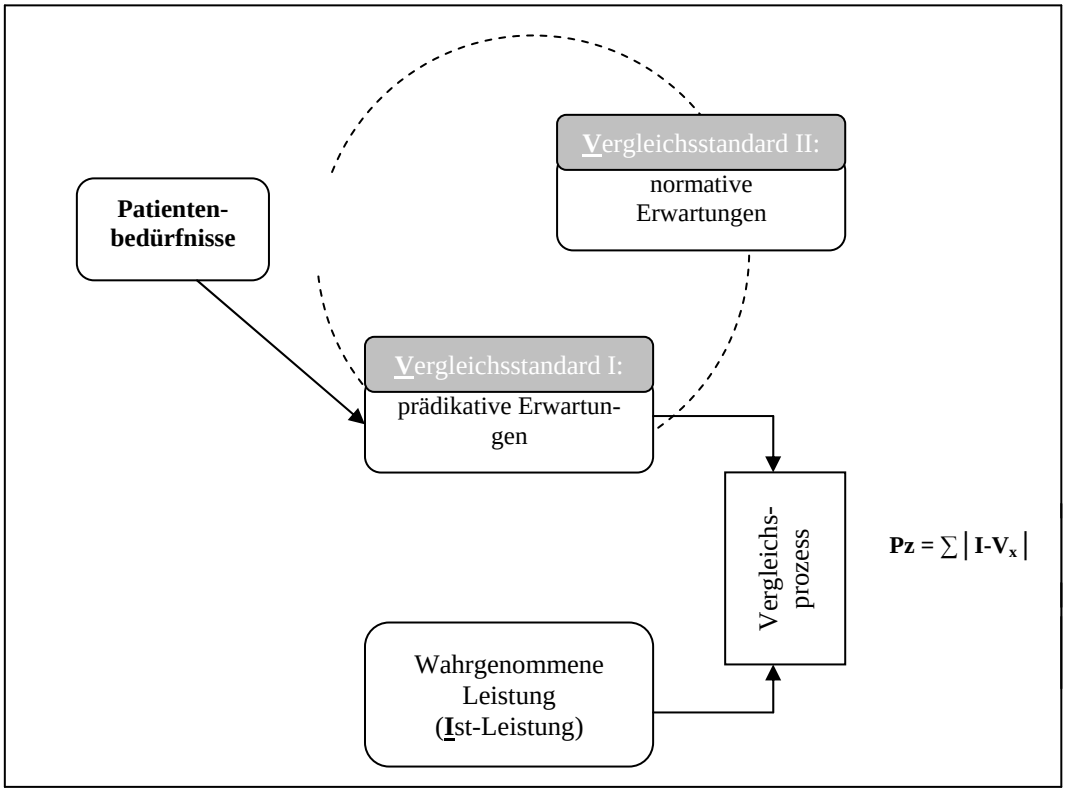


Abb. 38: Die Position von Patientenbedürfnissen innerhalb des Expectation-Disconfirmation-Modells

Wie nun aus der Abbildung 38 leichter Hand entnommen werden kann, hat sich der Modellbaustein »*Patientenbedürfnisse*« aufgrund der obigen Erkenntnisse aus seiner vormaligen Position innerhalb des Vergleichsstandrades (siehe dazu die Abb. 29) herausgelöst und fungiert nunmehr als zentraler Einflussfaktor auf die Ausbildung prädikativer Erwartungen. Bevor wir nun nachstehend unsere analytische Aufmerksamkeit den wissenschaftlichen Studien zum Thema Patientenwünsche widmen werden, sei der Leser zum Abschluss unserer Ausführungen über die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den beiden Termini »*Patientenbedürfnisse*« und »*Patientenerwartungen*« auf den überaus interessanten Sachverhalt hingewiesen, dass die theoretischen Überlegungen Stefan KURELLAS zur erwartungsstrukturierenden Potenz der Patientenbedürfnisse eine Entsprechung in den elaborierten betriebswirtschaftlichen Erwartungsbildungsmodellen von ZEITHAML / PARASURAMAN & BERRY (1992), HALLER (1995) sowie OLIVER (1997) erfährt. Kurzum: Die im voranstehenden Satz genannten Autoren gehen ebenfalls von der zum Teil empirisch unterfütterten Annahme aus, dass die Kundenbedürfnisse eine bedeutsame Determinante innerhalb des Erwartungsbildungsprozesses darstellen.

3.1.1.1.1.2 Empirische Erhebungen von Patientenwünschen

Lassen wir nun auf der Suche nach Studienexemplaren, die einen wesentlichen Beitrag zur semantischen Differenzierung zwischen den in der deutschen PZF zumeist bedeutungsgleich verwandten Begriffen »*Patientenwünschen*« und »*Patientenerwartungen*« beizusteuern vermögen, unser weitmaschiges Fangnetz bis in die letzten Ausläufe des mitunter äußerst trüben Publikationsmeers der Medizinsoziologie vordringen, so zeigt sich, dass sich in den Nylonfäden unseres weniger auf Quantität als auf Qualität hin angelegten Netzes ausnahmslos die gewichtigen Forschungsarbeiten von BAUM et al. (1994 sowie 1996a&b) nachhaltig verhedderten. Alle anderen

Untersuchungen, die sich ob ihres Arbeitstitels *prima facie* als bedeutungsvoll ausnahmen, wurden – wie z. B. die im Jahre 1969 publizierte Studie »*Meinungs- und Motivforschung in der Medizin. Dargestellt am Beispiel einer Umfrage zum Thema: „Wie wünsche ich mir meinen Arzt?"*« von Gisela LAURISCH sowie die im Jahre 2007 von JAEGER & BOVELET herausgegebene Untersuchung »*Krankenhaus ohne Angst. Befürchtungen, Bedürfnisse und Wünsche von (zukünftigen) Patienten, Angehörigen und Besuchern*« – nach einer eindringlichen Inspizierung wieder – um noch einen Moment in der genutzten nautischen Metapher zu verweilen – von Bord geworfen wurden, da die Ausführungen dieser Studien zum Thema »*Patientenwünsche*« keinesfalls an den im jeweiligen Titel ausgegebenen inhaltlichen Fahrplan anknüpfen konnten.[202]

Versuchen wir nun in komprimierter Form die Einsichten darzustellen, welche uns die bereits obig angesprochenen Studien von BAUM et al. (1994 sowie 1996a&b) in die Konstrukte »*Patientenwünsche*« und »*Patientenerwartungen*« bescheren, so kann in der Summe festgehalten werden, dass getreu dieser Forschungsgruppe Patientenwünsche einen speziellen Erwartungstypus, in Worten den normativen Erwartungstypus, abbilden.[203] Konkret gesagt bedeutet dies, dass sich Patientenwünsche auf diejenigen Leistungsmerkmale beziehen, die eine medizinisch-therapeutischen Dienstleistung idealerweise aufweisen sollte (normative Erwartungen) und nicht etwa auf jene Leistungsattribute die eine medizinisch-therapeutischen Dienstleistung mit hoher Wahrscheinlichkeit aufweisen wird (prädikative Erwartungen).

Gleichen wir nun die theoretischen Überlegungen der voranstehend genannten Arbeitsgruppe an den zentralen Erkenntnisse der betriebwirtschaftlichen Kundenzufriedenheits- und Kundenwunschforschung zum Wunschkonzept[204] ab, so kann die von BAUM et al. (1994 sowie 1996a/b) vertretene Annahme, der zufolge Patientenwünsche in den normativen Erwartungstypus inkorporiert *bzw.* mit diesem gleichgesetzt werden können, dahingehend verfeinert *resp.* reformuliert werden, dass die Wünsche der Patienten weniger als ein semantisches Äquivalent des normativen Erwartungstypus, sondern vielmehr als ein gewichtiger Einflussfaktor auf die Ausbildung normativer Patientenerwartungen fungieren. Kurzum: Basierend auf den konzeptionellen Aussagen von BAUM et al. (1994 sowie 1996a&b) sowie insbesondere den Erkenntnissen der betriebwirtschaftlichen Kundenzufriedenheits- und Kundenwunschforschung wird in der vorliegenden Arbeit die These vertreten, dass die Patientenwünsche eine wesentliche Rolle bei der Ausformung normativer Patientenerwartungen spielen. Ehe wir nun diesen Kausalnexus in das »*Expectation-Disconfirmation-Modells*« eingefügen werden, soll die im vorausgehenden Satz ausbuchstabierte These vorab anhand eines etwas überzeichneten Fallbeispiels exemplifiziert werden.

> Herr P, ein fünfzigjähriger Realschullehrer mit einer geschulten Zunge für lukullische Delikatessen, wurde vor einigen Minuten von seinem Hausarzt darüber in Kenntnis gesetzt, dass er sich Schnurstracks zur Abklärung seiner anhaltenden Atembeschwerden ins örtliche Kran-

[202] Des Weiteren wurden die Studien von CHINA (2003), HEBOLD (1973), KLINGENBERG et al. (1996a), KRAMPE et al. (1973), MOHL (1976), SIEG (2000), THIELHORN & MÜLLER (2002) sowie die Untersuchung des ARBEITSKREISES »*Leben lernen mit Krankheit und Behinderung*« (1993) nicht näher berücksichtigt, da die Ausführungen zum Thema »*Patientenwünsche*« innerhalb dieser Arbeiten maßgeblich dadurch gekennzeichnet sind, dass einerseits die Termini »*Patientenwünsche*«, »*Patientenerwartungen*« und »*Patientenbedürfnisse*« bedeutungsäquivalent verwendet werden sowie dass andererseits die Thematik »*Patientenwünsche*« zum Teil ausnahmslos im Arbeitstitel – sozusagen als absatzstrategischer eye-catcher – zu Vorschein kommt.

[203] vgl. BAUM et al. 1996a: 137 sowie Dies. 1996b: 274. Eine analoge Einschätzung findet sich übrigens auch in der Studie von GLÜCK (1985), in welcher der Autor von der Annahme ausgeht, dass das Konstrukt *Patientenerwartungen* einen Wirklichkeitsaspekt (Wie wird die Behandlung sein?) und einen Wunschaspekt (Wie sollte die Behandlung sein?) aufweist (vgl. GLÜCK 1985: 50ff.).

[204] siehe dazu insbesondere die umfangreiche Studie zum Thema »*Kundenwünsche*« von LAß (2002b: 733-748, 873) sowie das eleborierte Kundenerwartungsgenesemodell von OLIVER (1997: 78).

> kenhaus zu begeben habe. Wohnen wir also nun für eine kurze Zeit dem inneren Selbstgespräch bei, welches Herr P auf dem Weg zum nahe gelegenen Krankenhaus mit sich führte. Nachdem Herr P die flüchtige Idee, noch vor der Krankenhausaufnahme seinem Lieblings-Sterne-Restaurant einen kleinen, appetitnegierenden Besuch zu erstatten, schnell aus seinem Geiste verbannte, machte er sich so seine Gedanken über das Essens, welches man von einer Krankenhausküche erwarten sollte. Da er nun noch nie in seinem Leben, weder als Patient noch als Besucher, ein Krankenhaus von Innen erlebt hatte, ließ er seiner kulinarischen Fantasie freien Lauf und stellte sich vor seinem inneren Augen eine handvoll erlesener Gerichte (u.a. Zander, Hummer, Nudeln mit Trüffeln usw.) zusammen, die von einer Krankenhausküche wünschenswerter angeboten werden sollten. Einige Meter vor dem Krankenhauseingang viel Herrn P jedoch eine Reportage mit dem Titel: '*Das Krankenhaus – Ein modernes Hotel*', die er vor geraumer Zeit im TV gesehen hatte, ein. Die Erinnerung an diese besagte Reportage, in der Trend zum Hotelcharakter des modernen Krankenhauses anhand einiger ausgewählter Privatkliniken demonstriert wurde, veranlasste Herrn P nun zur Korrektur seines imaginären Speise-Wunschzettels. Konkret gesagt: Herr P durchschritt das mit den latainischen Worten »*Salus aegroti suprema lex*«[205] verzierte Eingangstor der Klinik nun nicht mehr mit dem Wunsch nach Hummer, Zander etc. sondern mit der (normativen) Erwartungshaltung, dass es auch in diesem Krakenhaus – in Analogie zu den Privatkrankenhäusern aus der TV-Reportage – idealerweise fünf zur Wahl stehende Menüs, eine Salatbar sowie gesegnetes Heilwasser geben sollte.

Fragt sich der aufmerksame Leser nun, was dieses zugegebenermaßen recht überkonstruiert anmutende Fallbeispiel des Herrn P eigentlich mit dem obig postulierten Einfluss der Patientenwünsche auf die normative Erwartungshaltung zu tun hat, so kann entgegnet werden, dass die kurzweilige Geschichte des Herrn P nicht nur den unterstellten Kausalnexus, sondern darüber hinaus die essenziellen Unterschiede zwischen Patientenwünschen und normativen Erwartungen plastisch herauszustellen vermag. War Herr P zuerst von dem fantastischen Wunsch beseelt, seine Geschmacksknospen im Krankenhaus durch ähnlich exquisite Speisen – wie er sie von seinem Lieblings-Sterne-Restaurant her kannte – zu verwöhnen, so stutze die Erinnerung an die in der TV-Reportage gezeigten Krankenhausküchen den in luftige Höhen enteilten Wunsch die Flügel. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass normative Patientenerwartungen als realistisch gewordene Patientenwünsche aufgefasst werden können.[206]

Bauen wir nun die gewonnen Erkenntnisse zu den familienähnlichen Konzepten »Patientenwünsche« und »normative Patientenerwartungen« in das »*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ-Genese*« ein, so ergibt sich das folgende Bild:

[205] „Der klassische Imperativ »*Salus aegroti suprema lex*«, wonach" – so der Medizinsoziologe ROHDE – „also das Wohlergehen des Kranken oberste Richtschnur zu sein habe, steht nicht nur als historische Reminiszenz, in Stein gemeißelt, in Bronze gegossen oder putzfarben über so mancher Krankenhauspforte" [ROHDE 1973: 16].

[206] vgl. LAß 2002b: 745

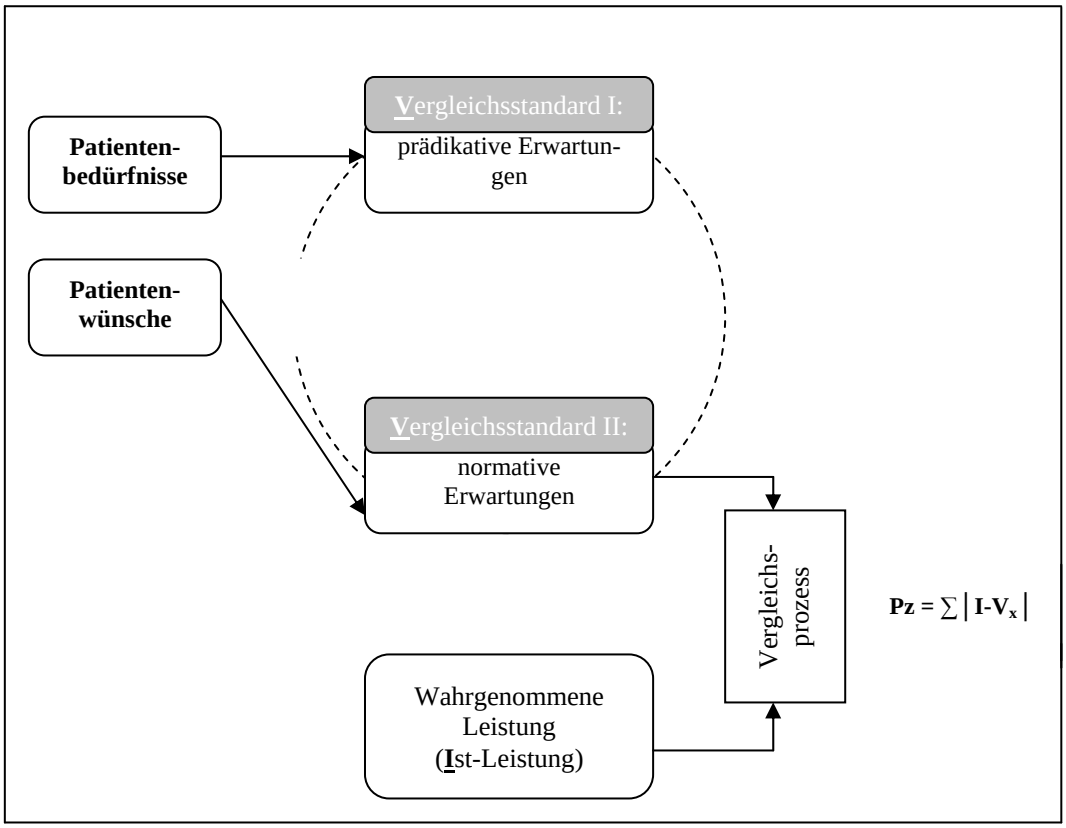


Abb. 39: Die Position von Patientenwünschen innerhalb des Expectation-Disconfirmation Modells

Vergleichen wir nun die obige Illustration mit der Abbildung des »*Black-Box-Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ*« (siehe Abb. 29), so zeigt sich, dass den Patientenwünschen in Analogie zu den Patientenbedürfnissen ebenfalls kein Platz innerhalb des Vergleichsstandrades zuteil wird, da sie von den Patienten nur indirekt, vermittels ihres Einflusses auf die Ausbildung des normativen Erwartungstypus, zur Bewertung der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung herangezogen werden.

Summa summarum können wir somit an dieser Stelle bereits festhalten, dass die in der deutschsprachigen PZF als Referenzgrößen (Soll-Dimensionen) der Zufriedenheitsbildung gehandelten Konzepte »*Patientenbedürfnisse*« und »*Patientenwünsche*« diese Funktion nicht auszufüllen vermögen. Anders gesagt: Gesetzt den Fall, dass ein x-beliebiger Patient am Ende seines Krankenhausaufenthaltes zu seiner Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhausessen befragt würde, so würden die »*Patientenbedürfnisse*« und »*Patientenwünsche*« innerhalb des Zufriedenheitsbewertungsprozess nur eine untergeordnete, indirekte Rolle spielen, da sie einzig und allein als Einflussdeterminanten auf die von dem Patienten als Beurteilungsmaß herangezogenen prädikativen *resp.* normativen Erwartungen fungieren.

3.1.1.1.1.3 Empirische Erhebungen von Patientenerwartungen

Nachdem wir nun in den beiden voranstehenden Exkursunterkapiteln die zwischen den Konstrukten »*Patientenbedürfnisse*«, »*Patientenwünsche*« und »*Patientenerwartungen*« bestehenden Beziehungsverhältnisse hinreichend erläutert haben, soll in den nachstehenden Zeilen nunmehr sowohl die allgemein-medizinische als auch die rehabilitationswissenschaftliche Forschungsliteratur daraufhin untersucht werden, ob – und wenn ja, mit welchem Ergebnis – sie sich der empirischen Erfassung des Konstrukts »*Patientenerwartungen*« angenommen haben.

Wenden wir uns also nun mit der Fragestellung, welche erkenntnisträchtigen Aussagen die allgemein-medizinische und rehabilitationswissenschaftliche Versorgungsforschung hinsichtlich des Konstrukts »*Patientenerwartungen*« trifft, an die spezifische Fachliteratur, so gelangt man im Rahmen einer ersten Literaturrecher-

che zu der Einsicht, dass die Erwartungen der Patienten innerhalb dieser beiden Forschungszweige in vielfältiger Weise zum zentralen Untersuchungsgegenstand avancierten. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich sowohl die allgemein-medizinische als auch die rehabilitationswissenschaftliche Versorgungsforschung nicht nur um die empirische Ermittlung der patientenseitigen Behandlungserwartungen, sondern darüber hinaus auch um die Erfassung von generellen oder spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen, Konsequenzerwartungen, Kompetenzerwartungen sowie Zukunftserwartungen bemüht. Ohne nun detailliert auf diese unterschiedlichen Erwartungskonstrukte eingehen zu wollen, sein an dieser Stelle angemerkt, dass im Folgenden ausschließlich jene Forschungsarbeiten eingehender analysiert werden, die sich primär der Erhebung von Behandlungserwartungen widmeten.

Um die nunmehr "*unter den Nägeln brennenden*" Fragen, welche Einblicke uns die beiden obig genannten Forschungszweige in die Strukturmorphologie, Genese und Funktion von Behandlungserwartungen gewähren, erschöpfend beantworten zu können, werden nachstehend insgesamt 40 empirische Studien[207] – welche mit der Absicht, die Erwartungen der Patienten an die bevorstehende medizinische Dienstleistung (z.B. Hausarztbesuch, Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationsmaßnahme) zu ermitteln, angetreten waren – systematisch ausgewertet.

Versuchen wir nun die drei vorausgehend notierten Fragestellungen nach 1) *der Funktion*, 2) d*er Strukturmorphologie* (Dimensionen) sowie 3) *der Genese* (Einflussfaktoren) von Behandlungserwartungen auf der Grundlage dieser Forschungsarbeiten zu beantworten, so ergibt sich das folgende Antwortmuster: 1) *Funktionen von Behandlungserwartungen*: Wie aus den in der Fußnote 207 enumerierten Studien ersichtlich wird, wandte sich sowohl die allgemeinmedizinische als auch die rehabilitationswissenschaftliche Forschung – im Gegensatz zur Psychotherapieforschung[208] – erst Anfangs der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts verstärkt der empirischen Erforschung des Konstrukts »*Behandlungserwartungen*« zu. Die zentralen Gründe, welche für das zunehmende wissenschaftliche Interesse an diesem Konstrukt verantwortlich zu machen sind, bestehen nun vornehmlich in der vielfach belegten Einsicht, dass positive initiale Behandlungserwartungen – insbesondere diejenigen, die sich auf den Erfolg der Behandlung (Ergebniserwartungen) beziehen – günstige Auswirkungen auf den Behandlungsprozess sowie das Behandlungsergebnis haben. Kurzum: Es konnte in mehreren Studien der empirische Nachweis erbracht werden, dass jene Patienten, die zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes *resp.* einer Rehabilitationsmaßnahme adäquat-positive Behandlungserwartungen aufwiesen, signifikant bessere Behandlungsergebnisse erzielten, als jene Patienten, die mit inadäquaten, unrealistischen oder gar negativ eingefärbten Erwartungen an die Behandlung herangetreten waren (Prädikationswert). 2) *Dimensionen von Behandlungserwartungen:* Betrachten wir nun, in welcher Form das Konstrukt »*Behandlungserwartungen*« gemeinhin operationalisiert wurde, so scheint sich allen voran in den neuren Studien die modelltheoretische Annahme durchgesetzt zu haben, dass dem Konstrukt »*Behandlungserwartungen*« eine multidimensionale Struktur zugrunde liegt. Da wir jedoch auf die Erkenntnis, dass das Konstrukt »*Behandlungs*-« bzw. »*Patientenerwartungen*« durch die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebniserwartungen hinreichend abgebildet

[207] In die Auswertung einbezogen wurden die folgenden Studien einbezogen: PFLANZ et al. (1966c); ZENZ et al. 1979, 1989; KELLER 1980; KOPSKE 1980; FELDES et al. 1982; LIEBECK 1984; ROSNER & SCHLAWIN 1987; FALLER 1988; GRAF 1989; HAMACHER & NIEDERMAIER 1989; GRIEBNITZ et al. 1990; GUNKEL 1991; DECKING-SCHWILL 1991; SCHNEIDER et al. 1993, 1994; WIKING & BÖKER 1994; DIERKS et al. 1995a-c; PETERMANN et al. 1996; LEHR 1996; KLINGENBERG 1997; BISCHOF & ZEITLER 1997; SCHUTH et al. 1999; DECK 1999, 2006a&b; DECK et al. 1998a&b; BERGELT et al. 2000; FALLER et al. 1997, 2000, 2006; HAFEN et al. 2000, 2001, 2006; RECK-HOG 2000a; BABERG et al. 2001; PLACZEK 2001; KÜHN et al. 2001; NIEWÖHNER 2003; DOHNKE 2003; DOHNKE et al. 2006; BÖLSCHE et al. 2004; HORRES-SIEBEN 2004; SCHUBMANN et al. 2005 sowie BARTH 2006.

[208] vgl. FALLER / VOGEL & BOSCH 2000: 206. Eine ausführliche Darstellung der bereits in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts massiv einsetzenden Erforschung von Behandlungs- *resp.* Therapieerwartungen innerhalb der Psychotherapieforschung findet sich im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2.3 der vorliegenden Arbeit.

werden kann, bereits im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1 gestoßen sind, wird aus Gründen der Redundanzvermeidung im Folgenden darauf verzichten, die einzelnen Erwartungsdimensionen nochmals *en miniature* zu beschreiben. 3) *Einflussfaktoren auf die Entstehung von Behandlungserwartungen*: Richten wir nun an die ausgewählten Studienarbeiten die Frage, welchen Faktoren die Genese von Behandlungserwartungen maßgeblich beeinflussen, so erweisen sich speziell die wegweisenden Arbeiten von ZENZ et al. (1979 & 1989) als besonders erkenntnisreich, da sie erstmalig den mittlerweile durch unzählige Replikationsuntersuchungen abgesicherten Befund zu Tage förderten, dass die subjektiven Krankheitstheorien[209] der Patienten eine zentrale erwartungsdeterminierende Größe darstellen. Konkret gesagt konnten ZENZ et al. (1979 & 1989) in ihren Studien den Nachweis erbringen, dass einerseits diejenigen Patienten, welche ihre Krankheit auf physikalische und/oder biochemische Ursachen zurückführten (naturalistische Krankheitstheorien) schwerpunktmäßig körperorientierte Behandlungsmaßnahmen (z.B. Fango-Packungen) erwarteten (naturalistische Behandlungserwartungen) und dass andererseits im Umkehrschluss dazu diejenigen Patienten, welche die Ursachen ihrer Krankheit eher in psychosozialen Ursachen (z.B. Stress, Ärger im Beruf, Überforderung usw.) lokalisiert sahen (psychosoziale Krankheitstheorien), vornehmlich psychotherapeutisch orientierte Behandlungsmethoden (z.B. Gesprächsangebote, Entspannungsverfahren usw.) erwarteten (psychosoziale Behandlungserwartungen).[210] Arbeiten wir nun diese Erkenntnis, die – soviel sei an dieser Stelle schon verraten – von der deutschsprachigen PZF bisher leider gänzlich außer Acht gelassen wurde[211], in das bereits modifizierte »*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ-Genese*« ein, so erhalten wir die folgende Modellstruktur:

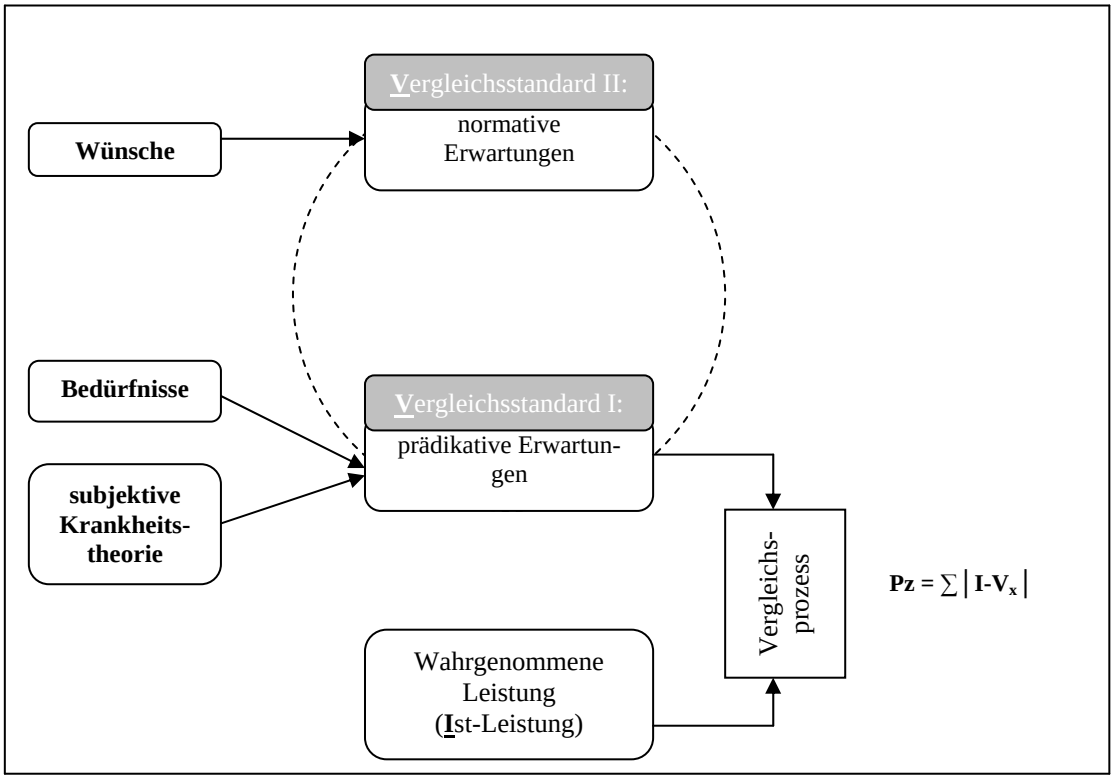


Abb. 40: Die Position subjektiver Krankheitstheorien des Patienten innerhalb des Expectation-Disconfirmation-Modells

[209] Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Konzept der *subjektiven Krankheitstheorie* in der spezifischen Fachliteratur teilweise auch mit den Synonymen Laientheorie, Krankheitskonzept, Krankheitserklärung, Krankheitsattribution oder Laienätiologie umschrieben wird (vgl. EULER 1990: 15).

[210] vgl. ZENZ et al. 1989: 154-155

[211] So findet sich der einzige – dem Autor der vorliegenden Arbeit bekannte – Hinweis auf den möglich Surplus, den die Patientenzufriedenheitsforschung aus einer verstärkten Berücksichtigung der subjektiven Krankheitstheorien der Patienten ziehen könnte, in dem einführenden Aufsatz »*Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*« von Uwe FLICK: „Für die Umsetzung von Konzepten wie einer patientenorientierten (sic) oder die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sind Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ein zentraler Ansatzpunkt" [FLICK 1998: 28].

Probieren wir nun abschließend die zentralen Erkenntnisse unserer Forschungsreise in die allgemeinmedizinische und rehabilitationswissenschaftliche Versorgungsforschung anhand der obigen Abbildung, die gewissermaßen das amalgamierte Wissens-Prunkstück unseres ersten Exkurses darstellt, in komprimierter Form zu beschreiben, so kann an erster Stelle die Einsicht festgehalten werden, dass weder Wünsche noch Bedürfnisse – wie in der deutschsprachigen PZ-Literatur zuhauf angenommen wurde – von den Patienten als Vergleichsstandard (Soll-Dimension) zur Ermittlung ihres Zufriedenheitsgrades mit der erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung verwendet werden. Vielmehr scheint einiges dafür zu sprechen, dass einerseits die Patientenwünsche einen mehr oder minder bedeutsamen Einfluss auf die Ausbildung der normativen Erwartungen (‚*Was sein sollte*') und dass andererseits die Patientenbedürfnisse einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entstehung der prädikative Erwartungshaltung (‚*Was sein wird*') der Patienten ausüben. Neben dieser gewichtigen Erkenntnis können wir uns an zweiter Stelle die in ihren Konsequenzen für die PZF noch die eingehender zu diskutierende Sentenz einprägen, dass die subjektiven Krankheitstheorien der Patienten ein enormes Erwartungsdeterminierendes Potenzial aufweisen. Zu guter Letzt kann an dritter Stelle die elementare Einsicht, dass die initialen Behandlungserwartungen der Patienten als sensible Prädikatoren des Behandlungsergebnisses fungieren, in das Langzeitgedächtnis der PZF überführt werden.

3.1.1.1.2 Exkurs (II): Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen in der psychiatrischen Versorgungsforschung sowie der Psychotherapieforschung

Ehe wir nun in den nachfolgenden Zeilen zu unserem zweiten Exkurs in die Gefilde der psychiatrischen Versorgungsforschung sowie der Psychotherapieforschung aufbrechen werden, sollen vorab noch einmal jene Gründe angeführt werden, welche dieser Forschungsreise den Anstrich der Notwendigkeit geben. Mit anderen Worten: In Anbetracht der Tatsache, dass uns bereits der obig vollzogene Exkurs in die Regionen der allgemeinmedizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung eine *prima facie* erschöpfende Einsicht in die unterschiedlichen Bedeutungshorizonte der zumeist synonym verwandten Konstrukte »*Patientenbedürfnisse*«, »*Patientenwünsche*« und »*Patientenerwartungen*« gewährte, gilt es nun all jene (potenziellen) Erkenntnisgewinne herauszupräparieren, die eine analytische Durchdringung des psychiatrischen Forschungsmaterials zu den voranstehend genannten drei Konstrukten legitimieren.

Ohne nun an dieser Stelle nun einer zwar nahen liegenden, jedoch der wissenschaftlichen Ethik Hohn sprechenden '*Killerphrase*', der zufolge die zur Verhandlung stehende Exkursion in die Forschungsgebiete der psychiatrischen Versorgungsforschung sowie der Psychotherapieforschung allein schon dadurch per se gerechtfertigt ist, dass sich die vorliegende Arbeit um die Erfassung der PZ mit einem stationären psychiatrischen Behandlungsprogramms (Entwöhnungsbehandlung) bemüht, das Wort reden zu wollen, lassen sich auf der Basis einer diagonalen Lesart der spezifischen Literatur insgesamt drei Argumente anführen, warum eine nähere Inaugenscheinnahme der psychiatrischen Forschungsstudien zu den Konstrukten »*Patientenbedürfnisse*«, »*Patientenwünsche*« und »*Patientenerwartungen*« – trotz der bereits im ersten Exkurs vollzogenen Konstruktabgrenzungen – für die PZF außerordentlich lukrativ sein kann. *Erstens* können die Ergebnisse einiger elaborierter Studien, die sich der empirischen Ermittlung von Patientenbedürfnissen und Patientenerwartungen angenommen haben, zur Erhöhung der Inhaltsvalidität von PZ-Fragebogen eingesetzt werden. *Zweitens* decken insbesondere die umfangreichen Forschungsbemühungen zur Erfassung von Behandlungserwartungen weitere Einflussfaktoren

auf die Erwartungsbildung auf. Darüber hinaus lassen sich aus den Ergebnissen der psychiatrischen Erwartungsforschung *drittens* höchst interessante Hinweise ableiten, welche Komponenten ein systematisches Erwartungsmanagement innerhalb einer psychiatrischen Klinik *bzw.* einer psychotherapeutischen Einrichtung notwendigerweise berücksichtigen sollte.

3.1.1.1.2.1 Empirische Studien zur Erfassung der Bedürfnisse von Psychotherapiepatienten

Inspizieren wir nun auf unserer ersten Exkursionsstation die an und für sich recht übersichtliche psychiatrische Forschungsliteratur rund um das Thema »*Patientenbedürfnisse*«, so wird man – in Analogie zur allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung – unweigerlich mit dem unerfreulichen Faktum konfrontiert, dass sich *bis dato* weder die Psychiatrische-Soziologie noch die Medizingeschichte darum bemüht hat, die unterschiedlichen Stellenwerte und Bedeutungszuschreibungen, welche dieser Terminus innerhalb der deutschsprachigen Psychiatriegeschichte erfuhr, in einer gesonderten Übersichtsarbeit nachzuzeichnen. Da nun eine derartige Aufarbeitung im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden kann, werden aus der nachfolgenden Abbildung 41 – in der sämtliche deutschsprachige Diskurse abgelichtet wurden, in denen die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen eine mehr oder minder zentrale Rolle spielten – ausnahmslos diejenigen *'Bedürfnis-Diskurse'* detailliert besprochen, deren Einsichten zumindest auf einer der drei obig genannten Theorieebenen der PZF, d.h. also entweder der Ebene der Inhaltsvalidität, der Erwartungsdeterminanten oder der des systematischen Erwartungsmanagement, mit einem vorzeigbarem Erkenntniszuwachs einhergehen.

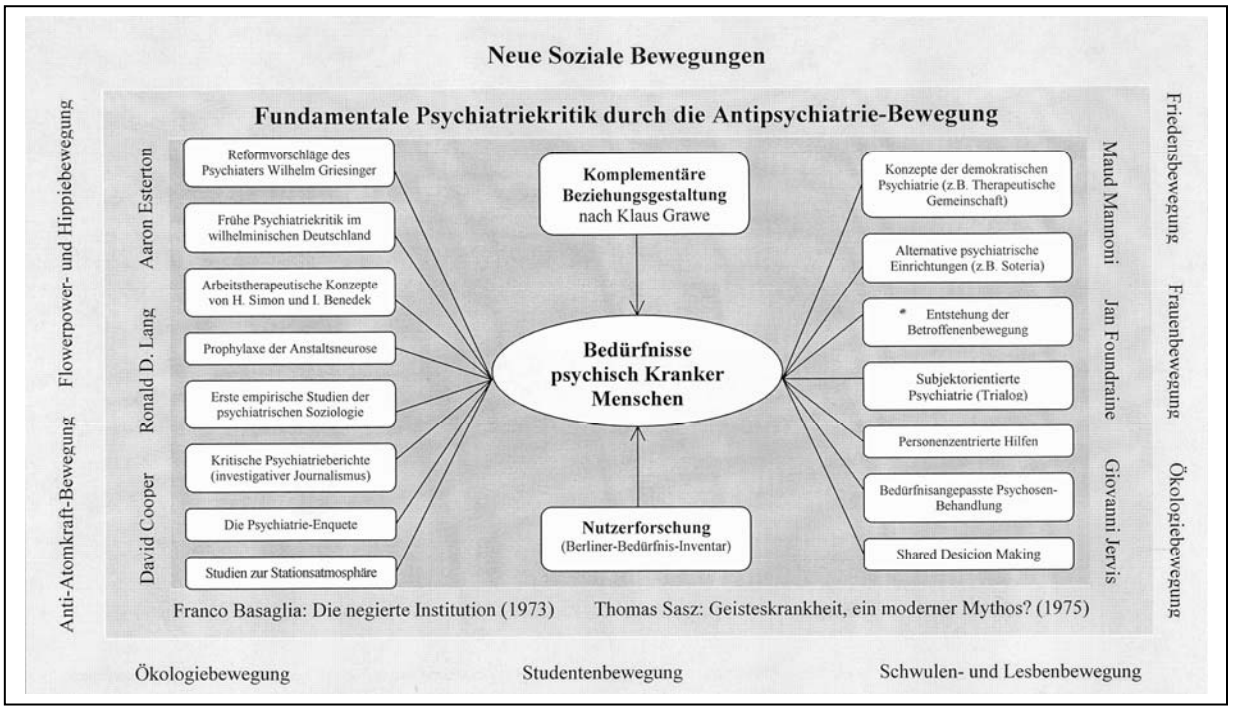


Abb. 41: Einflussfaktoren auf die Auseinandersetzung mit Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen in Deutschland

Betrachten wir nun die Abbildung 41, so verweisen bereits die schlagwortartigen Inhalte der beiden äußersten Rechtecke auf den geschichtlichen Zeitpunkt, ab dem – mit Ausnahme der Reformansätze des Psychiaters Wilhelm GRIESINGER aus dem Jahre 1868/1869[212], der um 1900 beginnenden psychiatrie-

[212] vgl. dazu den viel zitierten Aufsatz von GRIESINGER 1868/1869 sowie den lesenwerten Zeitschriftsbeitrag von SCHOTT & TÖLLE (2006b) über Werk und Wirkung des Reformansatzes von Wilhelm Griesinger.

kritischen Bewegung[213] sowie der innovativen Therapiekonzepte von Hermann SIMON[214] und Istvan BENEDEK[215] aus den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts – nicht mehr nur ausnahmslos über die von der *gesunden, vernünftigen Bevölkerung* an die psychiatrische Institution gerichteten Bedürfnisse (z.B. Sicherheit, Ruhe, Ordnung etc.) debattiert wurde, sondern darüber hinaus die Artikulation *bzw.* Erforschung der genuinen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen eine verstärkte gesellschaftliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfuhr. Wie nun aus den beiden angesprochenen äußersten Rechtecken der Abbildung entnommen werden kann, geht der Autor der hiesigen Arbeit davon aus, dass die Anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in Deutschland sukzessiv anhebende Auseinandersetzung mit den Bedürfniskomplexen psychisch kranker Menschen maßgeblich durch zwei Strömungen vorbereitet *resp.* beeinflusst wurde. An *erster* Stelle sei in diesem Zusammenhang auf den damals vorherrschenden gesellschafts- und kulturkritischen Zeitgeist verweisen, welcher insbesondere an den zahlreichen Gründungen unterschiedlichster Protestbewegungen (Neue Soziale Bewegungen), die unter anderem gegen die entsubjektivierenden und ausbeuterischen Strukturen von augenscheinlich humanen Institutionen (z.B. Heime) mobil machten, abgelesen werden kann. *Zweitens* sei noch auf den Sachverhalt hingewiesen, dass allen voran die Rezeption der Ende der 60er Jahre in England entstandene Antipsychiatrie-Bewegung, dessen Hauptprotagonisten – trotz heterogenster Theorienansätze – allesamt die Missstände der kustodialen Anstaltspsychiatrie stark kritisieren, dafür sorgte, dass der misstrauische, herrschafts- und autoritätskritische Geist dieser – mit einem Buchtitel des Soziologen Helmut SCHELSKY gesprochen – *skeptischen Generation* auf die Situation der psychisch Kranken Bundesbürger aufmerksam wurde.

Werfen wir nun einen ersten, flüchtigen Blick auf das innerste Rechteck der Abbildung 41, so zeigt sich, dass der Autor der vorliegenden Arbeit – ohne den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen – insgesamt 17 verschiedene Diskurse ausfindig machen konnte, in denen die Bedürfnisse von Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, mehr oder minder intensiv besprochen werden. Bei genauer Betrachtung der innerhalb des inneren Rechtecks aufgelisteten Diskurse fallen dem aufmerksamen Leser nun unweigerlich zwei Diskurse, namentlich die »*Komplementäre Beziehungsgestaltung nach Klaus GRAWE*« sowie die »*Nutzerforschung (Berliner-Bedürfnis-Inventar)*« auf, die ob ihrer exponierten Anordnung etwas aus der Reihe fallen. Bezüglich der herausgehobene Stellung dieser beiden Diskurse sei nun vorausblickend angemerkt, dass allen voran die bedürfnistheoretischen Aussagen dieser beiden Diskurse dazu prädestiniert sind, die PZF sowohl in theoretischer wie methodischer Hinsicht nachhaltig zu befruchten. Bevor wir nun allerdings ausführlich auf diese beiden Bedürfnisdiskurse und ihrer möglichen Auswirkungen auf die PZF eingehen werden, soll der interessierte Leser vorab – ähnlich dem in Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.1.1 vorgenommenen Exkurs in die allgemeinmedizinischen Patientenbedürfnisdiskurse – in möglichst knappen Worten über den Stellenwert und die Bedeutung, welche den Bedürfnissen psychiatrischer Patienten in den verbleibenden 15 Diskursen zuteil wurde, informiert werden. Ehe nun nachstehend also in chronologischer Form dargestellt wird, in welchen öffentlichen Debatten als auch wissenschaftsinternen Konzepten die Bedürfnisse der Patienten im Munde geführt *resp.* von der Feder festgehalten worden sind, möchte der Autor an dieser Stelle erklärend anführen, dass die nachfolgenden Ausführungen keinesfalls – wie anhand der obigen Ausführungen fälschlicherweise angenommen werden könnte – bar jegliches Erkenntniswertes für die PZF sind. Ohne nun sämtliche patientenzufriedenheitsrelevante Erkenntnisse aus den

[213] vgl. SIMON 1929
[214] vgl. BENEDEK 1968
[215] vgl. FEGER & SCHNEIDER 1981; KICK 1982, 1990; DAHM 1983; DICKHÖFER 1984 und SCHIEDEBACH 1996

nunmehr zu besprechenden 15 Diskursen vorwegnehmen zu wollen, sei nur soviel angemerkt, als dass insbesondere eine *bis dato* leider ausstehende, umfängliche Aufarbeitung der geschichtlichen Entwicklung der PZF von einigen dieser Ausführungen profitieren könnte.[216] Wenden wir uns nach diesen einleitenden Worten nunmehr in einem ersten Schritt – ehe die beiden apostrophierten Bedürfnisdiskurse der »*Komplementäre Beziehungsgestaltung nach Klaus GRAWE*« sowie der »*Nutzerforschung (Berliner-Bedürfnis-Inventar*)« eingehender erläutert werden – den zugewiesenen Funktionen des Bedürfnisterminus innerhalb der restlichen 15 Reform-, Protest *bzw.* Forschungsansätzen zu, so ergibt sich das folgende Bild:

1. Die Reformvorschläge des Psychiaters Wilhelm Griesinger: „Der Mensch, auch der sogenannte [sic!] Geisteskranke, ist" – so leitete GRIESINGER sein anthropologisches Credo ein – „keine lebendige Maschine, deren Function [sic!] mit Befriedigung von Essen oder Trinken und kahler mechanischer Arbeit abgethan [sic!] wäre; er hat Sinne, er hat Interessen, er hat ein Herz"[217]. Ausgehend von diesem humanistischen Menschenbild entwickelte GRIESINGER verschiedene Reformkonzepte zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung[218] die allesamt darauf abzielten, den individuellen Bedürfnissen der Patienten zu gebührend Rechnung zu tragen.[219] Mit Wilhelm GRIESINGER setzte sich also erstmalig in der deutschen Psychiatriegeschichte ein Psychiater dafür ein, dass der psychisch Kranke Mitmensch auch wirklich als ganzer Mensch, d.h. als ein Wesen, welches nebst seinen animalischen Bedürfnissen (Hunger, Durst, Schlaf) auch soziale und kommunikative Bedürfnisse aufweist, wahrgenommen wird. Leider stieß GRIESINGER mit seinen Reformvorschläge erst geschlagene 100 Jahre – im Rahmen der weiter unten noch zu besprechenden Psychiatrie-Enquête – auf offene Ohren.

2. Frühe Psychiatriekritische Bewegungen im Wilhelminischen Deutschland: Anfangs der 90er Jahre des 19. Jahrhunderts etablierte sich in Deutschland eine Psychiatriekritische Bewegung[220], die sich zur Äußerung ihres Unmutes über die unmenschlichen Anstaltsbedingungen sowie über den ihrer Meinung nach willkürlichen und interessengeleiteten Prozess der psychiatrischen Diagnosestellung gleichzeitig mehrerer Kommunikationskanäle bediente. So entstanden bis zum Jahre 1913 nicht nur sage und schreibe 170 psychiatriekritische Erfahrungsberichte von ehemaligen Patienten[221], sondern die Psychiatriegegner schufen darüber hinaus mit der im Jahre 1909 erstmals gedruckten »*Internationalen volkstümlichen Zeitschrift des Bundes für Irrenfürsorge und Irrenrechts-Reform*« ein eigens Periodikum, das bis zu seiner infalationsbedingten Einstellung im Jahre

---

[216] Ferner sei darauf hingewiesen, dass sich aus den brillianten Forschungsarbeiten »*Alltag in der Anstalt*« von FENGLER & FENGLER (1980) sowie »*ein bett ist keine wohnung*« von MÜHLICH-VON STADEN / WOLFF & MÜHLICH (1982) eine Vielzahl äußerst brauchbarer Ansätze zur Überwindung der in der Patientenzufriedenheitsforschung vorherschenden Defizite in Methodik und Verwertung herausschlagen lässt.

[217] GRIESINGER 1868/1869: 26

[218] So plädierte er z.B. für die Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken und setzte sich ferner für gemeindepsychiatrische Alternativen zur stationären Behandlung ein.

[219] Zur argumentativen Unterfütterung diese Ansicht sei nun nachstehend ein ebenso kurzer wie selbstklärender Passus aus seinem 1845 erscheinen Hauptwerk »*Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*« wiedergegeben: „Nirgends ist das Bedürfnis strengen *Individualisierens* größer, als in der Irrenbehandlung, nirgends ist ein stetes Bewusstsein darüber nothwendig [sic!], dass nicht eine Krankheit, sondern ein einzelner Kranker, nicht die Tobsucht, sondern ein tobsüchtig Gewordener das Objekt unserer Behandlung sei" [GRIESINGER 1945: 344].

[220] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass der Autor die zur Diskussion stehende Bewegung – in Anlehnung an die klarsichtigen Ausführungen von SCHMIEDEBACH – nicht, wie dies in der psychiatriehistorischen Literatur häufig praktiziert wird, mit dem Begriff „antipsychiatrisch" verbindet. Die Entscheidung gegen die Wendung „antipsychiatrische Bewegung" und für die Notation „psychiatriekritische Bewegung" gründet dabei vornehmlich auf der Einsicht, dass sich die Kritik dieser frühen Bewegung nicht etwa – wie es teilweise für die Antipsychiatrischen-Konzepte der 60er und 70er Jahre des 20 Jh. kennzeichnend war – grundsätzlich gegen die wissenschaftliche Disziplin der Psychiatrie als Ganzes richtete, sondern in erster Linie auf die unhaltbaren Zustände in den Anstalten sowie auf die nebulöse Praxis der Irrsinnserklärung und Entmündigung abzielte (vgl. SCHMIEDEBACH 1996: 156-157). Denjenigen Leser, welche sich intensiver mit dieser lange Zeit in Vergessenheit geratenen Bewegung beschäftigen möchte, sei die folgende Literatur anempfohlen: DAHM 1983; DICKHÖFER 1984; FEGER 1982; FEGER & SCHNEIDER 1981; KICK 1982 und 1990; MEIER 2006; SCHIPKOWENSKY 1974; SCMIEDEBACH 1996 und 2006; SCHINDLER 1990; SCHWOCH 2007 und 2008 sowie SCHWOCH & SCHMIEDEBACH 2007.

[221] vgl. SCHMIEDEBACH 2006: 263 sowie Ders. 1996: 140. Die meiste publizistische Aufmerksamkeit dieser insgesamt 170 Erfahrungsberichte – die meines Wissens nach zu urteilen, bisher leider noch nicht systematisch, d.h. inhaltsanalytisch, untersucht worden sind – erhielten allen voran die Schriften von Gottlieb HÄGI »*Kritische Reminiscenzen aus der Irrenanstalt Burghölzli*« (1894), Heinrich MELLAGE »*39 Monate bei gesundem Geiste als irrsinnig eingekerkert*« (1894) und Morris DE JONGE »*Ein Akt moderner Tortur. Teil I: Die Wahnbriefe*« (1890). Zusammenfassungen dieser drei Schriften finden sich u.a. bei BLASIUS 1980: 129-138; MEIER 2006; SCHMIEDEBACH 1996: 140-142 und Ders. 2006: 266 sowie SCHAFFER 1999.

1922[222] mit einer jährlichen Auflage von 10.000 Stück als zentrales Sprachrohr der Bewegung fungierte.[223] Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich auch die literarische Zunft in Gestalt von Erzählungen, Theaterstücken und Romanen – von denen sicherlich Heinrichs MANNS Roman »*Die Armen*« (1917), welcher neben den Romanen »*Der Untertan*« (1918) und »*Der Kopf*« (1925) das Mittelstück seiner so genannten Kaiserreich-Trilogie bildet, der wohl bekannteste und meistgelesene war – an der Psychiatriekritischen Bewegung beteiligte.[224] Betrachten wir nun den von dieser Bewegung angeschlagenen Tenor unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten, so zeigt sich, dass die Bewegung dafür eintrat, die in den damaligen Anstalten zum Teil – im wahrsten Sinne des Wortes – mit Füßen getretenen Bedürfnisse der Patienten nach Sicherheit, Zuwendung, Anerkennung und Kommunikation stärker zu berücksichtigen.[225] Darüber hinaus setzte sich die Bewegung dafür ein, den Bedürfnissen der allgemeinen Bevölkerung nach Sicherheit und Transparenz in Bezug auf die Internierungspraxis (Diagnosestellung und Entmündigung) durch die Einrichtung von Kontrollinstanzen (z.B. Besuchskommissionen) Abhilfe zu verschaffen.

3. Das arbeitstherapeutische Konzept von Hermann Simon: Wenden wir uns nun der im Jahre 1929 erschienen Schrift »*Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*«, in welcher der deutsche Psychiater Hermann SIMON – der gemeinhin als Urvater der Arbeitstherapie bezeichnet wird – sowohl über die Entstehungsgeschichte und die zentralen Grundsätze als auch über den inhaltlichen Aufbau und die Wirkungsweisen seiner *'aktivieren Therapieform'* berichtet, zu, so werden wir des Umstandes gewahr, dass SIMON zur Überwindung der in den damaligen Anstalten seiner Meinung nach vorherrschenden Grundübeln, welche er vor allem in der Untätigkeit der Kranken, dem ungünstigen Anstaltsmilieus, der grundsätzlichen Unverantwortlichkeit der Kranken[226] sowie den zum Prokrustesbett erstarrten Behandlungsmethoden[227] (z.B. einheitliche Bettbehandlung ohne Ansehung der Person) lokalisiert sah, ein dezidiert bedürfnisorientiertes Behandlungsprogramm entwickelte, in dem nicht nur – wie fälschlicherweise häufig angenommen wird – Wert darauf gelegt wurde, die Tätigkeits-, Gestaltungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse der Patienten durch die Überantwortung nützlicher und sinnvoller Arbeiten hinreichend zu befriedigenden, sondern in dem ferner die therapeutisch nicht minder bedeutungsvollen geistig-kulturellen Bedürfnisse der Patienten durch ein ganzes Sammelsurium an Unterhaltungs- und Zerstreuungsangeboten angeregt werden sollten.[228]

4. Prophylaxe der Anstaltspsychose: „Der Aufenthalt in der Irrenanstalt" – so der Psychiater Giovanni JERVIS – „bewirkt fast ausnahmslos nach einigen Jahren, und manchmal nach einigen Monaten, eine charakteristi-

---

[222] vgl. SCHMIEDEBACH 1996: 139

[223] „Die Schwerpunkte der Zeitschrift" – so der Medizinhistoriker Heinz-Peter SCHMIEDEBACH – „lagen entweder in eigenen Berichten über Selbsterlebtes in Irrenanstalten oder in ausführliche Darstellungen über solche Veröffentlichungen; dabei wurden Missstände aller Art, z.B. auch Misshandlungen durch das Wärterpersonal, gewaltsame Therapiemethoden etc. geschildert. Diese Artikel und die entsprechenden Referate gingen weit über die Themen der widerrechtlichen Internierung und Entmündigung hinaus, wobei manchmal die Namen der angegriffenen Ärzte aus Angst vor Beleidigungsklagen nicht genannt wurden" [ebenda: 143].

[224] Zur literarisch-künstlerischen Umsetzung der Psychiatriekritik siehe insbesondere die lesenwerten Ausführungen bei SCHMIEDEBACH 1996: 152-156 sowie Ders. 2006

[225] Dass die Missachtung elementarster Patientenbedürfnisse in den damaligen Anstalten keineswegs eine Seltenheit darstellte, lässt sich an und für sich bereits aus der meistbemühten Metapher der ehemals Internierten, in Worten das „Lebendig-Begraben-Sein", ableiten (vgl. SCHMIEDEBACH 2006: 273). *En passant* sein in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die im voranstehenden Satz angesprochene Todessemantik *mutatis mutandis* auch in den frühen Werken der Psychiatrischen-Soziologie zur Kennzeichnung von Einrichtungen genutzt wurde, die ihre Arbeitsschritte weniger an den Bedürfnissen der Patienten als vielmehr an den Bedürfnissen der Einrichtung (reibungsloser Ablauf) ausrichteten. *Pars pro toto* sei hier die Beobachtungsstudie »Die „Herren der Klinik" und die Patienten« von HEMPRICH & KISKER angeführt, welche die von ihnen untersuchte psychiatrische Station, auf der sich die Personal-Patient-Kommunikation zumeist in reinen Anweisungen erschöpfte, mit dem nekrotischen Bildnis der „toten Station" brankmarkten. „Die Pflegerstaffel" – so das Autorenduo – „(…) wahrte eine Umgangs-Uniformität, welche keine verstehende Unterhaltung, keine Frage nach dem Befinden oder eine mitfühlende Aufmunterung zuließ. Die Verbalisierungen der Pfleger beschränkten sich auf die routinemäßige Stationsarbeit, auf knappe Hinweise, in diese oder jene Poliklinik zu gehen usw. Der umfangreichste Kontakt während dieser 6 Wochen [Beobachtungszeit, T.K.] war die Zehn-Satz-Unterhaltung eines Pflegers mit Patient 5 über Zigarren. Die Grunderfahrung des Beobachters war diejenige der *toten Station*" [HEMPRICH & KISKER 1968: 438].

[226] „Die drei großen Schändlichkeiten" – so SIMON – „die unsere Geisteskranken in der Anstalt bedrohen und denen unsere Therapie fortgesetzt entgegenarbeiten muß [sic!], sind U n t ä t i g k e i t, das ungünstige A n s t a l t s m i l i e u und die grundsätzliche U n v e r a n t w o r t l i c h k e i t" [SIMON 1929: 50].

[227] „In der Therapie sind noch immer alle „Systeme" von Übel gewesen, weil sie knöchern, starr, tot sind. Was uns in der Psychotherapie" – laut SIMON – „not tut, ist im Gegenteil die B e w e g l i c h k e i t, d i e L e b e n d i g k e i t, d i e s t e t e A n p a s s u n g a n d i e d a u e r e n d w e c h s e l n d e n i n d i v i d u e l l e n B e d ü r f n i s s e, also gerade das Freiwerden von jedem System" [ebenda: 166].

[228] zu den von der Klinik angebotenen Unterhaltungs- und Zerstreuungsmedien siehe insbesondere SIMON 1929: 44-45

sche Art von Verhalten, die „institutionelle Neurose", „institutionelle Regression" oder richtiger „institutionelle Psychose" (…) genannt wird. Der Patient verschließt sich langsam immer mehr in sich selbst, wird energielos, abhängig, gleichgültig, träge, schmutzig, oft widerspenstig, regrediert auf infantile Verhaltensweisen, entwickelt starre Haltungen und sonderbare stereotype „Ticks", passt sich einer extrem beschränkten und armseligen Lebens*routine* an, aus der er nicht einmal mehr ausbrechen möchte, und baut sich oft als eine Art Tröstung Wahnvorstellungen auf (die so genannten „institutionellen Delieren")"[229]. Für die Ausbildung derartiger Hospitalisierungsschäden, wie sie in dem obig skizzierten Symptomkomplex der Anstaltsneurose[230] beschrieben wurden, macht der englische Psychiater Russel BARTON insgesamt sieben Faktoren verantwortlich: „1. Fehlender Kontakt zur Außenwelt, 2. erzwungene Untätigkeit, 3. autoritäres Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal, 4. Verlust von Freunden, persönlichem Besitz und Privatleben, 5. Medikamente, 6. Anstaltsatmosphäre, 7. mangelnde Zukunftsaussichten außerhalb der Anstalt"[231]. Werfen wir nun einen Blick auf die von BARTON in seinem verdienstvollem Aufsatz »*Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern*« anempfohlenen Techniken zur Behandlung und Prävention der Anstaltsneurose, so zeigt sich, dass BARTON die Anstaltsneurose – in Analogie zu den in Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.1.1 dargestellten Maßnahmen zur Eindämmung des psychischen Hospitalismus erwachsener, nicht-psychiatrischer Patienten – vorrangig durch eine verstärkte Berücksichtigung der sozialen, psychischen, geistigen und kulturellen Patientenbedürfnisse zu überwinden trachtete.[232]

5. Erste empirische Studien der Psychiatrischen-Soziologie: In den nachstehenden Zeilen werden nun insgesamt sechs ausgewählte empirische Studien aus dem Metier der Psychiatrischen-Soziologie – die sich zirka Mitte der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts in Deutschland als Subdisziplin der Medizinsoziologie etablierte[233] – dahingehend inspiziert, welche Aussagen sie hinsichtlich des Konstrukts »*Patientenbedürfnisse*« treffen. Bevor nun allerdings im Folgenden in einem ersten Schritt anhand eines tabellarischen Überblicks (siehe Tabellen 13 bis 24/Anhang) sowohl die vorrangigen Erkenntnisinteressen und Erhebungsinstrumente als auch die zentralen, bedürfnisübergreifenden Ergebnisse der besagten sechs Studien in komprimierter Form dargestellt werden sollen, möchte der Verfasser den Leser vorab über zwei bedeutsame Sachverhalte in Kenntnis setzen: *Erstens* sei angemerkt, dass in Ermangelung elaborierter Studien zum Thema »*Patientenbedürfnisse*« innerhalb der deutschen Psychiatrischen-Soziologie zwei österreichische Untersuchungen – *nudis verbis* die Forschungsarbeiten von FORSTER & PELIKAN (1979 & 1980) und SCHWEDIAUER (1984) – aufgrund ihrer versierten theoretisch-methodischen Ausrichtung sowie der Tatsache, dass die psychiatrischen Versorgungslandschaften Österreichs und Deutschlands nur graduelle Unterschiede aufweisen, in die Analyse aufgenommen wurden. Darüber hinaus sei *zweitens* darauf hingewiesen, dass zwischen der Untersuchung von HEMPRICH & KISKER (1967) – die nachstehend als erstes – und der Studie von FLOETH (1991) – die als letztes beäugt wird – in Deutschland die Psychiatrie-Reform (1975)[234] auf den

---

[229] JERVIS 1978: 129

[230] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass der deutsche Reformpsychiater und Übersetzer des BARTON-Artikels Asmus FINZEN den seiner Meinung nach etwas unglücklich gewählten Begriff der »Anstaltsneurose« durch den Terminus des »Anstaltssyndroms« ersetzt wissen möchte (vgl. FINZEN 1974: 9). Siehe zu dieser Thematikm ferner die instruktiven Texte von FREUDENBERG (1962) und HUPPMANN (2006)

[231] BARTON 1974: 16

[232] vgl. ebenda: 29-77

[233] vgl. REIMANN 1973: 250. Es sei an dieser Stelle der nicht bierernst zunehmende Hinweis erlaubt, dass eine ungleich frühere – wenngleich auch literarisch-satirisch überzeichnete – Psychiatrische-Soziologie, im Sinne einer »*Soziologie der Anstalt*«, bereits 1929 von Kurt TUCHOLSKY in seinem überaus lesenwerten Text »*Die Anstalt*« entwickelt wurde. „Die Soziologie" – so TUCHOLSKY – „definiert seit ihrem Bestehen ununterbrochen sich selbst. Man sollte denken, es gebe nichts Interessanteres als soziologische Bücher und Zeitschriften: es gibt nichts Langweiligeres. Da ist zu lesen: was Soziologie ist; was sie nicht ist; was sie sein soll; was sie sein sollte; inwiefern die überhaupt sein muß; (…). Ich unternehme hier den Versuch, eine ganz bestimmte Gruppe in ihren Funktionen bloßzulegen: Die Anstalt. (…) [es, T.K.] lassen sich Gesetze aufstellen, denen alle Anstalten unterliegen, und eben dies scheint mir Soziologie zu sein" [TUCHOLSKY 2005: 459-460].

[234] siehe zu einer ausführlichen Erläuterung der deutschen Psychiatrie-Enquete und –Reform die Ausführungen zum siebten Patientenbedürfnis-Diskurs

Plan trat, so dass die stellenweise äußerst erschütternden Erkenntnisse von HEMPRICH & KISKER nach den im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête statthabenden Reforminitiativen in dieser Brisanz und Schärfe – wie bereits die Ergebnisse der postreformatorisch erschienen Studien von FENGLER & FENGLER (1980) sowie FLOETH (1992) aufzeigen – nicht mehr anzutreffen sind.

Im Folgenden soll nun in zwei separaten Untersuchungsgängen der Versuch gestartet werden, das äußerst reichhaltige, in den im Anhang abgelichteten Tabellen 13 bis 24 unter der Analyserubrik *‚Zentrale Untersuchungsergebnisse'* subsumierte, Studienmaterial der Gestalt zu verschlanken, dass die Erkenntnisgewinne, welche sich aus den ausgewählten sechs Untersuchungen sowohl für das Patientenbedürfniskonstrukt im Speziellen als auch für die PZF im Allgemeinen ergeben, klar zutage treten. Mit anderen Worten gesagt, sollen in den nachstehenden Zeilen die beiden folgenden Fragen anhand der tabellarisch dokumentierten Studienergebnisse hinreichend beantwortet werden: 1) Welche erkenntnisbereichernden Einsichten in die Genese und Morphologie des Patientenbedürfniskonstrukts gewähren die durchmusterten Studien? sowie 2) Inwieweit lassen sich die Ergebnisse der durchgesehenen Forschungsarbeiten zur Analyse und Überwindung der bestehenden Defizite innerhalb der PZF fruchtbar einsetzen?

Wenden wir uns nach diesen Orientierung stiftenden Präliminarien der ersten Fragestellung, sprich den bedürfnisbezogenen Studienerkenntnisse zu, so zeigt sich das folgende Bildnis:

- Allen voran die Arbeit »*Die „Herren der Klinik" und die Patienten*« von HEMPRICH & KISKER (1968), die Studie »*Menschliche Bedürfnisse und totale Institutionen*« von FORSTER & PELIKAN (1979, 1980) sowie die Untersuchung »*Alltag in Steinhof*« von SCHWEDIAUER (1984) legten mit ihren Forschungsergebnissen Zeugnis über den kustodialen Charakter der deutschen *resp.* österreichischen (Verwahr-)Psychiatrie ab, die sich ausschließlich um die Saturierung der physischen-, nicht jedoch um die Befriedigung der sozialen und psychischen Bedürfnisse der Patienten bemühte.
- Besonders in der methodisch äußerst raffiniert angelegten Forschungsarbeit »*ein bett ist keine wohnung*« konnten MÜHLICH-VON STADEN et al. (1982) allerdings sowohl in ihren an insgesamt 111 Patienten durchgeführten Explorationsstudien als auch in der anschließenden Hauptuntersuchung an 90 Langzeitpatienten eindrucksvoll nachweisen, dass die Patienten psychiatrischer Institutionen keineswegs – wie es von den Verfechter der Verwahrpsychiatrie implizit angenommen wird – ausnahmslos physische Bedürfnisdimensionen aufweisen, sondern dass ihnen vielmehr ein ähnlich vielschichtiges und komplexes Bedürfnisspektrum zugestanden werden muss, wie es jedem anderen beliebigen Normalbürger auch zugestanden wird. Zur empirischen Verankerung dieser Ausführungen sei hier *pars pro toto* an den bereits in der Tabelle notierten Befund erinnert, dass die befragten Langzeitpatienten in den Interviews ein enorm hohes Beziehungsbedürfnis zum Ausdruck brachten.[235] Als indirekte Beweise für die obig postulierte Annahme, der nach sich psychisch Kranke in ihrer Bedürfnisstruktur nicht signifikant von somatisch Kranken *bzw.* gesunden Mitbürgern unterscheiden, können ferner die in den Forschungsarbeiten von HEMPRICH & KISKER (1969), SCHWEDIAUER (1984) sowie FLOETH (1991) herausgearbeiteten – mit GOFFMAN gesprochen – *‚gemäßigten sekundären Anpassungsmechanismen'*[236] der gegenseitigen Hilfs- und Solidaritätsbeziehungen unter den Patienten[237], der territorialen Aus-

[235] vgl. MÜHLICH-VON STADEN 1982: 17

[236] Unter dem Terminus der *‚gemäßigten sekundären Anpassungsmechanismen'* versteht der amerikanische Soziologe Erving GOFFMAN in seiner 1973 erstmals in deutscher Sprache publizierten Schrift »*Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*« – die nach wie vor als „*Bibel der Institutionenkritik*" [SCHÜLEIN 2007: 32] angesehen wird – sämtliche Patientenhandlungen, die nicht direkt gegen die Institution oder das Personal gerichtet sind, sondern es den Patienten erlauben, „(…) sich verbotene Genüsse bzw. erlaubte Genüsse mit verbotenen Mitteln zu verschaffen. (…) Die sekundäre Anpassung" – so GOFFMAN – „ hat die wichtige Funktion, dem Insassen zu beweisen, dass er noch auf eigenen Füßen steht und eine gewisse Kontrolle über seinen Lebens-

lagerung des Auslebens institutionell verbotener Bedürfnisse (z.B. die Befriedigung sexueller Bedürfnisse an versteckten, kontrollarmen Orten auf dem Klinikgelände[238]) sowie der strategischen Anwendung diverser *Tricks* und *Spiele* zur Erhaschung besonderer Privilegien der Bedürfnisbefriedigung[239] angesehen werden, da all diese Praktiken darauf hindeuten, dass eine Vielzahl der Patienten in mehr oder weniger subtiler Form die institutionellen Vorstellungen vom Patienten als eines bedürfnisreduzierten Wesens bewusst unterlaufen.[240]

- Gehen wir nun noch einmal einen Schritt hinter die voranstehend beschrieben sekundären Anpassungsmechanismen, von denen – wie gesagt – zwar die meisten, jedoch beileibe nicht alle Patienten Gebrauch machen[241], zurück und versuchen anhand der inspizierten Studien diejenigen Techniken freizulegen, welcher sich die psychiatrischen Institutionen zur Normierung *resp.* Zurrechtstutzung der Patientenbedürfnisse befleißigten, so erhalten wir das folgende Arsenal:

  Das vor dem Eintritt in die psychiatrische Institution noch – wenngleich auch beschädigt – bestehende bürgerliche Selbst, wird im Zuge der Sozialisation zum Patienten durch eine Reihe von Erniedrigungs-, Degradierungs-, Demütigungs- und Entwürdigungsprozessen, welche von der Enteignung der persönlichen Habe (Verlust der Identitätsausrüstung)[242] und devoten Ehrerbietungsritualen[243] über die Verpflichtung zu permanenten Bittgesuchen[244] und der Desavouierung elementarer Persönlichkeitsrechte (z.B. Postzäsur[245]) bis hin zur Perforation der Intimsphäre (z.B. Nichtvorhandensein von Schamwänden oder körperliche Bloßstellung der Patienten[246]), systematisch negiert.[247] Pointiert formuliert bemächtigen sich »*totale Institutionen*« der obig beschriebenen Techniken mit der Absicht, die mit der bürgerlichen Identität des Patienten unumstößlich verquickten Ansprüche und Bedürfnisse aus dem Bewusstsein der Patienten zu löschen, um anschließend die institutionseigene Vision des idealen *resp.* guten Klinikpatienten aufspielen zu können, dessen Eigenschaften laut dem Medizinsoziologen Jürgen Johann ROHDE folgendermaßen charakterisiert werden können:

---

bereich ausübt; manchmal wird die sekundäre Anpassung geradezu zu einem Bollwerk des Selbst, zu einer Art Beschwörungsformel, in der die Seele wohnt" [GOFFMAN 1973: 59-60). An anderer Stelle bemüht GOFFMAN zur Illustration der sekundären Anpassungsmechanismen einen überaus poetischen Schreibstil, der dem Leser der vorliegenden Arbeit nicht vorenthalten werden soll: „Jede totale Institution" – so hebt GOFFMAN an – „kann man mit einem toten Meer vergleichen, in dem es einige wenige Inseln lebendiger, fesselnder Aktivitäten gibt. Solche Aktivitäten können dem Individuum helfen, den psychischen Stress auszuhalten, der normalerweise durch Angriffe auf sein Selbst erzeugt wird" [ebenda: 73]. Zur definitorischen Abgrenzung zwischen *‚zerstörerischen'* und *‚gemäßigten'* Formen sekundärer Anpassungsmechanismen siehe insbesondere GOFFMAN 1973: 194-195.

237 Hinweise auf die gezielte Befriedigung physischer, sozialer und psychischer Bedürfnisse (z.B. trösten, zuhören, Übernahme der Körperpflege etc.) durch solidarische Hilfsbeziehungen unter den Patienten finden sich sowohl bei HEMPRICH & KISKER (1969: 439-440) und SCHWEDIAUER (1984: 76, 81-82) als auch in den grundlegenden Analysen GOFFMAN (1973: 263ff.). Ferner sei an dieser Stelle *in nuce* auf die besondere Bedeutung so genannter *‚Nischenpatienten'* bei der Einlösung von Anerkennungs- und Identitätsbedürfnissen hingewiesen (vgl. FLOETH 1991: 223).

238 vgl. SCHWEDIAUER 1984: 48-49 sowie GOFFMAN 1973: 225

239 vgl. FLOETH 1991: 40-41

240 vgl. GOFFMAN 1973: 289

241 siehe dazu beispielshalber die von GOFFMAN beschriebenen Anpassungsmodi der »*Kolonialisierung*« sowie der »*Konversion*«, welche auf die Ausspielung sekundärere Anpassungsmechanismen verzichten (vgl. GOFFMAN 1973: 66-67).

242 vgl. FISCHER 1972: 42-43, 59, 71; GOFFMAN 1973: 29; MARCOTTY 1965: 204; SCHWEDIAUER 1984: 63 und WALLRAFF 1975b: 28

243 So findet sich in Karl SCHWEDIAUERS Forschungsarbeit »*Alltag in Steinhof*« bspw. die folgende Beschreibung einer rituellen Demütigungszeremonie im Rahmen der Dienstübernahme: „Das dienstübernehmende Personal hat die Aufgabe, den Patientenstand zu kontrollieren. Zu diesem Zweck werden die Patienten abgezählt, um etwaige fehlende zu entdecken. Dieser für den Patienten an sich degradierende Vorgang wurde von einem Pfleger regelmäßig dazu benützt, ihnen seine Macht zu demonstrieren. Er ließ bei der Abendübernahme die Patienten regelmäßig vor ihren Betten antreten mit dem Befehl: „Alles an die Betten!" Der Pfleger kontrollierte so, wieweit es mit dem Gehorsam ihm gegenüber stand. (…) Die Dienstübernahme ist so ein wirksames Symbol, auch neuen Patienten sofort klarzumachen, wer hier das Sagen hat" [SCHWEDIAUER 1984: 53]. Von ähnliche Prozeduren berichten ferner FISCHER 1972: 46 und GOFFMAN 1973: 32

244 vgl. FISCHER 1972: 19, 50, 60 und GOFFMAN 1973: 32, 47-48, 283. Es sei an dieser Stelle auf die überaus interessante Einsicht GOFFMAN hingewiesen, dass sich die Patienten des von ihm via teilnehmender Beobachtung untersuchten St. Elizabeths Hospitals in Washington D.C. untereinander zumeist mit der brennenden Zigarette Feuer gaben *bzw.* dass es unter den Patienten eine Art *‚Zigaretten-Ordnung'* existierte, laut derer jeder Patient seinem Leidensgenossen dazu verpflichten konnte, dass dieser ihm mit der brennenden Zigarette die seine anzündet. Die primäre Funktion dieser Zigaretten-Ordnung bestand nun darin, die Patienten davor zu bewahren, dass sie – da der Besitz von Streichhölzern und Feuerzeugen strengstens verboten war – einen Wärter um Feuer hätten bitten müssen (vgl. GOFFMAN 1973: 270-271).

245 vgl. FISCHER 1972: 106; GOFFMAN 1973: 40 und WALLRAFF 1975b: 23

246 siehe dazu SCHWEDIAUER 1984: 63 sowie FISCHER 1972: 66; GOFFMAN 1973: 34-35; sowie KLEE 1993 und WALLRAFF 1975b: 25

247 vgl. GOFFMAN 1973: 53 sowie KRISOR 1995

> „Der gute Patient im Sinne der Institution ist für sie der Patient, der sich bedingungslos und passiv unter möglichst vollständiger Aufgabe aller den diagnostisch-therapeutischen Prozess störenden Eigenarten, Impulse, Interessen und Bedürfnisse dem System unterwirft, der sich widerstandslos, gefügig und brav, helfen lässt, wenn die anderen meinen, dass er Hilfe braucht, Bedürfnisse zeigt, wenn die anderen meinen, dass er solche zeigen sollte, die legitimen Interessen sich zuteilen lässt, mit dem Maß von Kommunikation zufrieden ist, das ihm zugebilligt wird. Der gute Patient schluckt, was ihm zu schlucken gegeben wird; gibt von sich, was er auf Anweisung von sich geben soll; lacht, wenn seine Umgebung meint, dass er etwas zu lachen habe; weint und ist traurig nur dann, wenn ihm ein Grund für solche Emotionen zugebilligt wird. Er reißt sich zusammen, zeigt Verständigkeit, »Reife« wie ein Erwachsener, wenn diejenigen, von denen er abhängig ist, meinen, dass er das sollte; und er zeigt doch zugleich auch wieder die Anhänglichkeit, das grenzenlose Urvertrauen, die Gefügigkeit, die den Dominanzpersonen gerade in den Streifen passen. Er antwortet ehrlich, rückhaltlos, umfassend, wenn er gefragt ist; und er sagt nichts, wenn er nicht gefragt ist. Und da er in kindlich-vertrauender Gläubigkeit lebt, dass ohnehin für ihn auf das beste gesorgt ist, sind ihm Angst, Skepsis oder gar Kritikbedürfnis fremd.“[248]

Dass die obig beschriebenen Demütigungspraktiken nun jedoch keineswegs die einzigen Mittel zur Anpassung des Patienten an die ideale Rolle eines guten, bedürfnisarmen Patienten darstellen, wird aus nahezu allen der durchgesehenen sechs Forschungsarbeiten ersichtlich. Ohne Anspruch auf Vollzähligkeit werden dem Leser nachstehend vier weitere Techniken *ad oculos* geführt, vermittels derer die Kliniken den stets riskanten Transformationsprozess vom mündigen Bürger zum unmündigen Patienten zum Gelingen bringen wollen:

1) *Positive Verstärkung idealen Patientenhandelns*: Jene Patienten, die den idealen Rollenerwartungen (arbeitsam, anspruchslos, servil, gehorsam etc.[249]) sehr nahe kamen *bzw.* diesen gar entsprachen, erfuhren einerseits eine bessere pflegerische Betreuung (u.a. größeres Maß an Zuwendung[250]) und genossen andererseits kleinere Privilegien (z.B. Ausgang, Genussmittel, Einzelzimmer etc.[251]), die ihnen ein höheres Bedürfnisbefriedigungsniveau bescherten.

2) *Sanktionsmaßnahmen gegenüber devianten Patientenhandeln*: Jenen Patienten, die mitsamt ihres Verhaltes den idealen Rollenerwartungen entweder teilweise oder sogar gänzlich spotteten, begegneten das jeweilige Klinikpersonal häufig mit dem Einsatz unterschiedlicher Sanktionsmaßnahmen, die sich – in vornehmlichem Rückgriff auf die popitzschen Quellen der Aktionsmacht[252] sowie der instrumentellen und autoritativen Macht[253] – *realiter* wie folgt ausnahmen: Degradierungshandlungen[254], Drohungen und Einschüchterungen[255], illegitime Verabreichung hoher Dosen dämpfender

[248] ROHDE 1973: 32-33

[249] Trotz der nach Ansicht des Verfassers *bis dato* eindrucksvollsten Charakterisierung des idealen Patienten durch ROHDE (siehe oben) sei an dieser Stelle ein weiteres Schriftstücke genannt, in dem sich der Autor um die Kennzeichnung der besonderen Eigenschaften des idealen Patienten bemühte: SCHWEDIAUER 1984: 67

[250] vgl. HEMPRICH & KISKER 1968: 437 sowie KATZ & ZIMBADO 1977: 41

[251] SCHWEDIAUER 1984: 75-76; GOFFMAN verweist in diesem Zusammenhang mit Recht daraufhin, dass „(…) in der totalen Institution (…) Privilegien (…) nicht dasselbe wie Vergütungen, Vergünstigungen oder Werte [sind, T.K.], sondern lediglich die Abwesenheit von Entbehrungen, die man normalerweise [außerhalb der Institution, T.K.] nicht ertragen zu müssen erwartet“ [GOFFMAN 1973: 56-57].

[252] vgl. POPITZ 2009

[253] vgl. ebenda

[254] vgl. SCHWEDIAUER 1984: 60-61, 63-64. Einen erhellenden Einblick in die notwendigen Voraussetzungen für das Gelingen von Degradierungszeremonien erhält der an diesem Thema interessierte Leser durch die Lektüre des schmalen Aufsatzes von Harold GARFINKEL aus dem Jahre 1977.

[255] vgl. FORSTER & PELIKAN 1980: 185 sowie SCHWEDIAUER 1984: 58-59

Medikamente[256] sowie Missachtung und Ignorierung („Wie Luft behandeln“)[257] stellten laut der in Augenschein genommenen Literatur die beliebtesten Techniken dar, derer sich »*totale Institutionen*« zur Domestizierung unliebsamer Patienten bedienen.[258]

3) *Psychopathologisierung von bedürfnisbezogenen Patientenforderungen*: Eine weitere Technik des Klinikpersonals die Bedürfnisse der Patienten auf das institutionell legitimierte Maß zu reduzieren besteht darin, dass bedürfnisbezogene Patientenkritik (z.B. Beanstandungen über die Unterkunft und das Essen oder Missfallensäußerungen über das Ausmaß der erhaltenen therapeutischen Versorgung) – unabhängig davon, ob sie nun in sachlicher, sozialverträglicher oder in aufgebrachter, fahriger Weise vorgetragen wird – als symptomatische Auswüchse der zugrunde liegenden psychiatrischen Diagnose interpretiert wird.[259] Motto: „*Wer die Psychiatrie kritisiert, ist psychisch Krank*“.[260] Die Anwendung dieser Immunisierungsstrategie – welche wir in Anlehnung an GOFFMAN auch als Looping-Technik beschreiben können[261] – legt den Patienten nun insofern die Ausübung der Rolle des obig beschrieben guten *resp.* idealen Patienten nahe, da sie das patientenseitige bemühen um eine bedürfnisorientierte Veränderungen der Versorgungssituation als prototypische Form hoffnungsloser Donquichotterie ausweist, welche den renitenten Patienten insofern zum Verhängnis werden kann, als dass der Assimilationsgrad an die ideale Patientenrolle gewissermaßen als Genesungsbarometer fungiert, an dem unter anderem abgelesen wird, ob der Patient entlassungsfähig ist oder der weiteren Obhut *bzw.* Behandlung bedarf.[262]

4) *Bemühung organisatorischer Notwendigkeiten und/oder therapeutischer Theoreme zur Legitimierung der Bedürfnisreduktion*: Das mangelhafte eingehen auf die psychischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten wird vom Pflegepersonal sowohl gegenüber Besuchern und Ärzten als auch gegenüber den Patienten selbst häufig dadurch gerechtfertigt, dass es entweder auf organisatorische Grundprinzipien (z.B. die vorrangige Bedeutung von Sicherheit und Ordnung auf der Station[263] sowie die Einlösung der Gleichbehandlungsmaxime[264]) Bezug nimmt oder aber auf die fortwährende Existenz organisatorischer Hindernisse (z.B. geringer Personalschlüssel, anstrengendes Patientengut etc.[265]) verweist.

---

[256] vgl. FORSTER & PELIKAN 1980: 183; KATZ & ZIMBADO 1977: 41 sowie SCHWEDIAUER 1984: 65, 67-68

[257] vgl. SCHWEDIAUER 1984: 83

[258] Erving GOFFMAN weist in diesem Zusammenhang eine Reihe weiterer, zutiefst menschenverachtender Techniken hin, die in psychiatrischen Anstalten zur Anpassung unbequemer, nonkonformistischer Patienten an die Stationsnormen bzw. zur Aufrechterhaltung oder Einlösung der primären Anstaltsbedürfnisse nach Ruhe, Ordnung und Sicherheit Anwendung fanden: „So wie die persönliche Habe des Patienten den reibungslosen Arbeitsablauf in der Anstalt beeinträchtigen kann und aus diesem Grunde weggenommen wird, können auch Teile des Körpers“ – laut GOFFMAN – „mit einem effektiven Management in Konflikt geraten, und dieser Konflikt wird mitunter zugunsten der Effektivität gelöst. Wenn die Köpfe der Insassen sauber gehalten werden sollen und deren Träger leicht kategorisierbar sein sollen, dann besteht das wirksamste Mittel im Kahlscheren des Kopfes, ungeachtet des Schadens, den dies der äußeren Erscheinung zufügt. Aus ähnlichen Gründen halten es manche Heilanstalten für angezeigt, »Beißern« die Zähne zu ziehen, an promiskuitiven Patientinnen eine Ligatur vorzunehmen und chronisch streitsüchtige Patienten durch Lobotomie ruhigzustellen“ [GOFFMAN 1973: 83]. Eine ebenso bewegende literarische Umsetzung der von GOFFMAN in dem voranstehend wiedergegebenen Zitat zuletzt genannten Gräueltat, in Worten die Instrumentalisierung der Lobotomie – einem mittlerweile obsoleten Verfahren der Chirurgischen-Psychiatrie, bei der die Nerven, die vom Stirnlappen zum Tahalmus verlaufen, durchtrennt werden (vgl. GERSTE 2008: A946) – zur Umwandlung aufsässiger, psychiatriekritischer Patienten in fügsame Marionetten, bietet der von Ken KESEY verfasste Roman »*Einer flog über das Kuckucksnest*«. Dieser überaus lesenswerte und in meinen Augen nach wie vor unerreichten Klassiker der prosaischen Psychiatriekritik endet nämlich damit, dass sich die Verwahrpsychiatrie – im Roman durch die ‚*Große Schwester*' *Miss Ratched* repräsentiert – gegen den aufopferungsvoll – wenngleich auch zugegebenermaßen mit zum Teil äußerst unkonventionellen und rüden Mitteln – für humanere Anstaltbedingungen kämpfenden Patienten *R.P. McMurphy* nur mittels eines fein säuberlich durchgeführten Schnittes unterhalb der Augenbraune, im medizinischen Fachjargon auch Leukotomie oder Lobotomie genannt, erfolgreich zur Wehr setzen konnte (vgl. KESEY 2004: 339-340). Eine knappe Übersicht über die psychischen Auswirkungen einer Lobotomie findet sich bei LIUNGMAN 1974: 109-11.

[259] vgl. FORSTER & PELIKAN 1980: 185; GOFFMAN 1973: 51, 88, 349-350; KATZ & ZIMBARDO 1977: 41; KLEE 1977, 1978: 34-35; SCHWEDIAUER 1984: 65-66, 100; sowie STANTON & SCHWARZ 1954: 200-206

[260] vgl. KLEE 1978: 45 und WEISS 1977: 48

[261] Looping-Techniken werden von GOFFMAN wie folgt beschrieben: „Jemand ruft beim Insassen eine Abwehrreaktion hervor und richtet dann seinen nächsten Angriff gerade gegen diese Reaktion“ [GOFFMAN 1973: 43].

[262] vgl. SCHWEDIAUER 1984: 66, 85

[263] vgl. FENGLER & FENGLER 1980: 21, 24-28; FISCHER 1972: 63 und GOFFMAN 1973: 87

[264] vgl. FENGLER & FENGLER 1980: 201-211 und SCHWEDIAUER 1984: 57

[265] vgl. FLOETH 1991: 165, 226-231

Darüber hinaus weis das Klinikpersonal mit dem Argument der therapeutischen Zweckdienlichkeit eine finale Trumpfkarte in ihren Händen, mit der es sich unbeschadet aus der Affäre winden kann. Nachdem wir nun aus den durchmusterten Studien der Psychiatrischen-Soziologie herausfiltern konnten, dass die psychiatrische Institution über ein äußerst reichhaltiges Repertoire an Techniken verfügt, vermittels derer sie die allzu normale *resp.* gewöhnliche Bedürfnisstruktur psychisch erkrankter Menschen auf ein institutionell legitimiertes Maß, welches zumeist nicht über die Absättigung rein physischer Bedürfnisse hinausreicht, zu reduzieren trachtet, soll abschließend – ehe die möglichen Erkenntnisgewinne der besprochenen Studien für die allgemeine PZF diskutiert werden – noch in knappen Worten auf die weitreichende Funktion eines sich *prima facie* recht bescheiden ausnehmenden Bedürfnisses, *nudis verbis* des Bedürfnisses nach persönlichem Besitz, eingegangen werden; da allen voran die scharfsichtigen Einsichten von Thomas FLOETH in die fundamentale Bedeutsamkeit dieses elementaren Grundbedürfnisses – welches den Patienten in deutschen Psychiatrien bis zum Anheben der Psychiatrie-Reform Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts systematisch abgesprochen wurde – über die GOFFMANSCHEN Analysen zu eben jener Thematik hinausweisen *bzw.* diese eindrucksvoll zu ergänzen wissen. Denn während GOFFMAN in seiner wohl bedeutendsten Studie »*Asyle*« relativ pauschal die allgemeine Identitätsstabilisierende *resp.* – bildende Funktion persönlicher Dinge hervorhebt[266], dringt FLOETH insofern noch ein Stück tiefer in das Funktionsgeflecht persönlicher Besitztümer, als dass er unter anderem anhand des patientenseitigen Gebrauchs von Kaffee und Zigaretten nachweisen konnte, dass die Patienten diese Genussmittel gezielt zur Kontaktaufnahme und damit einhergehend zur Ausdifferenzierung von *Nischen* einsetzten.[267] Zum besseren Verständnis des von Thomas FLOETH genutzten Begriffs der *Nische* sei an dieser Stelle nur soviel angemerkt, als dass Nischen einen Freiraum innerhalb des formal geregelten Anstaltsalltags darstellen, indem sowohl die sonst üblichen Rollenzuschreibungen als auch die gängigen Stationsnormen kurzzeitig außer Kraft gesetzt werden.[268] Pointiert formuliert bedeutet dies nun, dass persönliche Besitzgüter wie z.B. Süßigkeiten, Kaffee, Zigaretten oder auch Erinnerungsstücke (Fotos etc.) von den Patienten dazu verwandten werden können, entweder mit anderen Mitpatienten oder mit Angehörigen des Stationspersonals eine kommunikativen Raum aufzuspannen, in denen sie sich nicht in ihren festgeschriebenen Rollen – mit Martin BUBER gesprochen – vergegnen[269], sondern als individuelle Personen begegnen.[270] Werfen wir nun noch abschließend einen flüchtigen Blick auf die multiplen Funktionen derartiger Nischen für die Patientenschaft[271], so besteht – anschlussfähig an die obig ausbuchstabierten Aussagen GOFFMANS sowie

[266] „Eine Garnitur persönlicher Sachen" – so intoniert GOFFMAN – „hat eine besondere Bedeutung für das Selbst des Individuums. Der einzelne nimmt normalerweise an, dass ihm eine gewisse Kontrolle darüber zusteht, in welcher Gestalt er vor anderen erscheinen will. Zu diesem Zweck benötigt er sowohl kosmetische Artikel und Kleidung als auch bestimmte Geräte, um jene zu verwenden, in Ordnung zu halten und zu reparieren, sowie einen zugänglichen, gesicherten Platz zur Aufrechterhaltung dieser Vorräte und Werkzeuge – kurz, der einzelne brachte eine Art »Identitäts-Ausrüstung« zur Aufrechterhaltung seiner persönlichen Fassade. (…) Bei der Aufnahme in eine totale Institution wird das Individuum jedoch meist seiner üblichen Erscheinung sowie der Ausrüstung und der Dienstleistungen zu deren Aufrechterhaltung beraubt, wodurch es eine persönliche Entstellung erfährt. (…) Bei der Aufnahme kann der Verlust der Identitäts-Ausrüstung das Individuum daran hindern, anderen gegenüber sein normales Selbstbild zu präsentieren" [GOFFMAN 1973: 30-31].

[267] vgl. FLOETH 1991: 60, 64, 104, 232. Denjenigen Lesern, die sich intensiver mit den multiplen psychischen Funktion persönlicher Besitztümer beschäftigen möchten, sei die Lektüre des brillianten Buches »*Geliebte Objekte. Symbole und Instrumente der Identitätsbildung*« von Tilmann HABERMAS aus dem Jahre 1999 empfohlen.

[268] vgl. ebenda: 201, 206

[269] vgl. BUBER 1978

[270] vgl. FLOETH 1991: 205, 221, 223

[271] vgl. ebenda: 211ff.. Kritisch ist in diesem Zusammenhang allerdings anzumerken, dass sich Thomas FLOETH in seiner Studie »*Ein bisschen Chaos muss sein*« vorrangig mit den Nischenbildungsprozessen des professionellen Stationspersonals und weniger mit denen der Patienten beschäftigt hat.

des ersten generischen Prinzips der synergetischen Psychotherapie nach Günther SCHIEPEK[272] – die wohl wichtigste Nischenfunktion darin, dass sie den Patienten ein Refugium gewährt, indem sie Sicherheit, Stabilität, Orientierung und Anerkennung erfahren. Die therapeutische Bedeutsamkeit des Nischenkonzepts ist nun also vornehmlich darin zu lokalisieren, dass sie vermittels ihrer sicherheitsspendenden Potenz die basalen Voraussetzungen für einen gelingenden psychotherapeutischen Interventionsprozess bereitstellt.[273]

Kehren wir nun – ehe nachstehend die Einsichten der voranstehend *en detail* analysierten sechs Studien daraufhin überprüft werden sollen, inwieweit sie zur Überwindung *resp.* zum besseren Verständnis der zentralen Defizite der PZF herangezogen werden können – noch mal zur eigentlichen Metafragestellung des vorliegenden Kapitelunterpunktes, in Worten die Frage nach denjenigen semantischen Bausteinen, welche es ermöglichen, die in der fachspezifischen Literatur zuhauf bedeutungsäquivalent genutzten Begriffe der »Patientenbedürfnisse« sowie der »Patientenerwartungen« inhaltlich voneinander zu separieren, zurück, so müssen wir uns die elegische stimmende Wahrheit eingestehen, dass wir der emsig herauspräparierten Einsichten in die institutionellen Techniken der Bedürfnisreduktion zum Trotz, nicht wesentlich über die bereits im Kapitelabschnitt 3.1.1.1.1.1 gemachte Erkenntnis, demnach Patientenbedürfnisse innerhalb des Expectation-Diskonfirmations-Modells der PZ-Genese nicht etwa als eigenständiger Vergleichsstandard, sondern als erwartungsbildende Determinante in Erscheinung treten, hinausgelangt sind.

Im Folgenden soll also nun aufgezeigt werden, inwiefern uns die gesichteten sechs Studien effektive Erkenntnisse an die Hand geben, vermittels derer die nach wie vor bestehenden Kerndefizite der PZF, sprich die bereits in der Einleitung der hiesigen Arbeit ausführlich erläuterten Defizite auf der Theorie-, Methoden- sowie auf der Verwertungsebene, möglicherweise ausgeräumt werden können.

Wenden wir uns nun zur Einlösung dieses Unterfangens in einem ersten Schritt dem Theoriedefizit der PZF, welches vornehmlich darin besteht, dass einerseits *bis dato* kein allgemeines PZ-Modell verabschiedet wurde sowie andererseits, dass der konkrete Operationalisierungsprozess des theoretischen Konstrukts »*PZ*« mehrheitlich – da er zumeist ausnahmslos vom medizinisch-therapeutischen Fachpersonal (Ärzte, Therapeuten, Pflege- und Verwaltungspersonal etc.) oder wissenschaftlichen Experten vorgenommen wird – an einer *‚expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität'* leidet[274], zu, so drängt sich aus den in Augenschein genommenen Studien allen voran eine Einsicht von Thomas FLOETH auf, die zwar keinesfalls dazu imstande ist, das Theoriedefizit *in toto* zu lösen, uns jedoch partielle Lösungsansätze darreicht, an welcher Stelle der zweiten Säule des Theoriedefizits, welche den Namen der *‚expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität'* trägt, wir zukünftig das wissenschaftliches Sägeblatt anzusetzen haben. *In medias res* ist in diesem Zusammenhang insbesondere die von FLOETH zu Tage geförderte Erkenntnis, dass die Majorität der von ihm mit den Methoden der teilnehmenden Beobachtung sowie des narrativen Interviews untersuchten psychiatrischen

[272] Das erste Axiom bzw. das erste generisches Prinzip des synergetisch fundierten Psychotherapieansatz esvon Günter SCHIEPEK besagt, dass effektive psychotherapeutische Interventionen – die seiner Ansicht nach Destabilisierungsprozesse auslösen – notwendigerweise einen Kontext von Stabilität voraussetzen (vgl. SCHIEPEK 2000: 174-175).

[273] „Der relativ zu Organisations- und Gesellschaftsregeln freie, mitmenschliche Kontakt zu anderen, der" – so Thomas FLOETH – „(…) als ein Kontakt in Nischen bestimmt werden kann, ist in sich Therapeutikum" [FLOETH 1991: 221].

[274] zu einer ähnlichen Einschätzung gelangen u.a. APPLEBAUM et al. 2004: 37; BIEBER 2000: 35, 39; BITZER & DIERKS 1995; BITZER et al. 1997; JUCKEN 1996: 20; PUKIES 2001: 104 und SCHIRL et al. 2001: 38

Patienten von der erfahrungsgesättigten Ansicht beseelt war, dass positive, harmonische und respektvolle Beziehungen zu den Mitpatienten einen der zentralsten therapeutischen Wirkmechanismen darstellen.[275] Frappierent ist nun jedoch, dass sich diese Einsicht – welche in der spezifischen Fachliteratur mittlerweile mannigfaltig repliziert worden ist[276] – im Rahmen der Operationalisierung des Konstrukts »*PZ*« bisweilen gänzlich unthematisiert blieb. Ohne nun vertiefend auf das Problem der *‚expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität'* und deren Ursachen eingehen zu wollen, kann aus der in den vorausgehenden Zeilen präsentierten Erkenntnis die logische Schlussfolgerung abgeleitet werden, dass künftige Forschungsarbeiten, die sich die valide Erfassung des multidimensionalen Konstrukts PZ auf ihre Fahnen schreiben, nicht umhinkommen, ihrer Hauptuntersuchung eine eigene intensive exploartive Vorstudie, in der die Patienten selbst zu Wort kommen, voranzustellen, um nicht ebenfalls die Fall der *‚expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität'* zu tappen. Darüber hinaus gilt es die obige Erkenntnis im Rahmen der in Kapitel 8 der vorliegenden Arbeit statthabenden Methodenentwicklung angemessen – z.B. als Item innerhalb des Indikators Stationsatmosphäre – zu berücksichtigen.

Betrachten wir nun die Mittel und Wege, welche uns die durchmusterten sechs Studien zur Verflüchtigung des mehrschichtigen Methodendefizits der PZF[277] implizit anbieten, so erweist sich einmal mehr die in methodischer Hinsicht ungemein raffiniert angelegte Studie »*ein bett ist keine wohnung*« von MÜHLICH-VON STADEN et al. (1982) als äußerst nützlich, da besonders das von dem Autorentrio zu explorativen Erkenntniszwecken entwickelte Erhebungsinstrument namens '*Planspiele*', bei dem die untersuchten Patienten aus einem insgesamt 8 Möbelstücke und 32 Einrichtungsgegenstände in puppenformat umfassenden Sortiment[278] u.a. ihr Lieblingskrankenhauszimmer zusammenstellen sollten (siehe Abbildung 42), der PZF eine wertvolle Anregung zur Überwindung des in der Metakategorie »*Methodendefizit*« vorzufindenden Problems, dass eine nicht unbedeutende Zahl von Patienten, die ob ihrer eingeschränkten kognitiven, verbalen oder auch motorischen Fähigkeiten (z.B. Kinder, behinderte Menschen, psychiatrische Langzeitpatienten, Apoplexiepatienten etc.) nicht in der Lage sind einen Fragebogen adäquat auszufüllen, in PZ-Studien, aufgrund der Tatsche, dass der standardisierte Fragebogen *bis dato* den – freudianisch gesprochen – methodischen Königsweg der PZF darstellt, häufig nicht zu Worten kommen.

[275] vgl. FLOETH 1991

[276] vgl. BENDER & BACHMANN 1980: 5; BIEBER 2000: 37; BÖHM 1998: 170, 178; BOSSERT et al. 1990: 326; CARTER 1959; CARTWIGHT 1964; EICHLER et al. 2006: 184; ETZIONI 1960: 20; EULER 1990: 33; FLEISCHMANN 2003: 138-139; GENTES 2002: 103; GUTKNECHT 2006: 346; HAASE 1979; HAHNEFELD & KALLERT 2005; HOERMANN et al. 2001: 57; HOPKINSON & HALLETT 2001; JUNGKUNZ et al. 1999; KORDY et al. 1990: 383; KRAMPEN & DELIUS 1981: 121; KULIK & MAHLER 1989; KULIK et al. 1993 und 1996; LEONARD 1973; MEYER et al. 2008: 202; RENTORP 1997: 159; REUTTER et al. 1978; ROßBACH 2002: 103; SAMMERT & SCHAUENBERG 1999: 9; SANDROCK 1968; SCHAAL 1996; SCHAAL et al. 1998; SCHMIDT 1990: 152; SENF 1988; TRITTOR 1991; WOLFERSDORF 1983: 209 sowie YALOM 1989 und ZAJAC et al. 2006. Zu gegenläufigen Ergebnissen gelangten die Studien von BALZ et al. 1983; BALZ 1984; BOHRER et al. 2002; STOCKSMEIER & RATH 1982; VOLICER et al. 1977 und WÖLLER et al. 1998: 59, in denen die Mitpatienten eher als zusätzliche Belastung den Hilfe erlebt wurden.

[277] siehe dazu die Ausführungen in der Einleitung zur vorliegenden Arbeit

[278] vgl. MÜHLICH-VON STADEN et al. 1982: 107-114, 265-275

Abb. 42: Spielergebnis aus einer offenen Frauenstation[279]

Versuchen wir nun abschließend auszuloten, ob die untersuchten Studien möglicherweise Erkenntnisse in sich bergen, die sowohl zur Klärung der Ursachen als auch zur Beseitigung des dritten großen Defizits der PZF, in Worten des Verwertungsdefizits, herangezogen werden können, so zeigt sich, dass uns nahezu alle sechs Forschungsarbeiten äußerst interessante Einblicke in das komplexe Ursachenbündel, welches für die Beharrlichkeit des Verwertungsdefizits generierter Zufriedenheitsdaten verantwortlich zu machen ist, gewähren. Zugespitzt formuliert liefern uns die sechs analysierten Studien insgesamt fünf plausible Antworten auf die Fragestellung, warum die im Rahmen von PZ-Befragungen erhobenen Daten fast ausnahmslos für Marketing-Aktionen (positive Öffentlichkeitsarbeit) und nicht etwa, wie es ihrer ursprünglichen Intention entspräche, zur Verbesserung der jeweiligen Versorgungsqualität verwandt werden. Diese fünf Antworten *resp.* Gründe werden nun im Folgenden näher erläutern:

1) Pathologisierende Entwertung von Patientenkritik: Eine erste Ursache für das persistente Verwertungsdefizit, welche wir bereits in den vorausgehenden Zeilen vor dem Hintergrund der institutionellen Techniken zur Anpassung des Patienten an eine reduzierte Bedürfnisstruktur detailliert beschrieben haben, kann also nunmehr darin erblickt werden, dass das professionelle Klinikpersonal die von den Patienten geäußerte Unzufriedenheit häufig pauschal als Symptome der zugrund liegenden psychiatrischen Krankheit wertet und ihnen somit keinen veränderungsanstoßenden Wahrheitsgehalt zuteil werden lässt.[280]

2) Soziale Entwertung von Patientenkritik: Auf eine weitere, wenngleich marginale Ursache des Verwertungsdefizits weist das Forscherehepaar FENGLER & FENGLER innerhalb ihrer verdienstvollen Studie »*Alltag in der Anstalt*«, welche 1980 mit dem begehrten Hermann-Simon-Preis ausgezeichnet wurde und seither in Fachkreisen als der „deutsche GOFFMAN“[281] gehandelt wird, hin. So konnten FENGLER & FENGLER in ihrer Arbeit nämlich nachweisen, dass das Pflegepersonal sich gegenüber den patientenseitigen Unzufriedenheitsbekundungen dadurch zu immunisieren suchte, dass es den Patienten – unter Ver-

[279] entnommen aus MÜHLICH-VON STADEN et al. 1982: 112

[280] vgl. FISCHER 1972: 45; FORSTER & PELIKAN 1980: 185; GOFFMAN 1973: 51, 88, 349-350; KATZ & ZIMBARDO 1977: 41; KLEE 1977, 1978: 34-35; SCHWEDIAUER 1984: 65-66, 100; STANTON & SCHWARZ 1954: 200-206

[281] so die Einschätzung des Psychiaters Asmus FINZEN nach der Lektüre des Manuskripts (vgl. DÖRNER 1980: 5).

weis auf ihren geringen sozialen Status – das Beschwerderecht aberkennt. Lassen wir jedoch nun zur Exemplifizierung dieser Immunisierungstechnik das Forscherehepaar einmal selbst zu Wort kommen:

> „Nun herrscht zwar innerhalb des Personals weitgehend Einigkeit darüber, dass das Stationsleben nicht sehr abwechslungsreich ist und dass auch das Essen in anderen Krankenhäusern oft besser ist. Aber: wenn diese Feststellungen von Patienten formuliert werden, nimmt das Pflegepersonal sie als Vorwurf gegen sich selbst wahr, so als wollte der Patient bestreiten, dass jeder Angestellte sein Bestes tut. Hinweise wie „Wir sind doch hier kein Hotel" oder „Sie sind hier nicht in einem Erholungsheim" sollen dem Patienten klarmachen, dass er sich nicht in einem Dienstleistungsunternehmen befindet, in dem der ‚Kunde König' ist (…). Und falls ein Patient seinen Aufenthaltsort missdeutet und Ansprüche stellt, die das Pflegepersonal als Vorwurf gegen die eigene Person wahrnehmen kann und nicht als Bemerkung über Sachzwänge, die nicht zu ändern sind (Patient: „Ich weiß, sie können nichts dafür, dass es hier so unruhig ist"), dann sind solche Reaktionen beobachtbar wie: „Sie haben doch zu Hause auch nur die ganze Zeit im Bett rumgelegen" oder „Sie haben sich doch zu Hause wochenlang von Dosen ernährt." Mit seinen Erwiderungen erkennt das Pflegepersonal zwar die Richtigkeit der in der Klage zum Ausdruck kommenden Feststellung an (es *ist* langweilig; das Essen *ist* nicht gut), zieht jedoch den Geltungsanspruch der Selbst- und Situationsdefinition des Klageführeres in Zweifel, nach dem Muster: ‚Das mag zwar richtig sein, aber *Sie* haben kein Recht, sich darüber zu beklagen'. In einer Situation, in der Teile aus dem Leben der Patienten offenliegen, kann das Pflegepersonal die Ansprüche der Patienten mit ihren normalen Lebensumständen und Standards kontrastieren und ihnen dadurch das Recht auf eine konkrete Beschwerde streitig machen. Die Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen der Selbstdarstellung des Patienten und dem ‚objektiven' Wissen über ihn ist in solchen Fällen Grundlage des Entzugs von Glaubwürdigkeit."[282]

3) Therapeutische Entwertung von Patientenkritik: Wie der Arbeit von FLOETH entnommen werden kann, werden die von den Patienten vorgetragenen Beanstandungen vom professionellen Klinikpersonal zum Teil dadurch entkräftet, dass man ihre faktische Umsetzung mit dem öffnen der Pandorabüchse gleichsetzt. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass patientenseitige Unzufriedenheitsäußerungen *bzw.* Verbesserungsvorschläge (z.B. die Forderung nach einer besseren, moderneren Ausstattung der Patientenzimmer) vom Klinikpersonal häufig mit dem Hinweis auf deren negative therapeutischen Konsequenzen (z.B. die Negation von Gesundungswillen und Entlassungsmotivation) abgewiegelt werden. Abschließend sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass die insbesondere vom Pflegepersonal sowie stellenweise auch von Psychiatern und Therapeuten vertretene Ansicht, demnach die Installation einer Klinikatmosphäre, in der sich die Patienten pudelwohl *resp.* rundum zufrieden fühlen, den ausgegebenen therapeutischen Zielen der psychiatrischen Institution, *nudis verbis* der vollständigen Wiedereingliederung in die Gesellschaft, insofern zuwiderläuft, als dass sie einer resignativen Anpassungsleistung der Patienten (u.a. gekennzeichnet durch den Verlust des Entlassungswunsches sowie des Gefühls in der Klinik zu Hause zu sein)[283] Vorschub leistet, im nachfolgenden dritten Kapitel der vorliegenden Arbeit nochmals eingehender diskutiert wird. Ohne nun dem in Kapitel 4 statthabenden Untersuchungsgang zu sehr vorgreifen zu wollen, sei prospektiv angemerkt, dass in dem besagten Kapitel die ketzerische Frage „Warum Patienten eigentlich mit den erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen zufrieden und nicht vielmehr unzufrieden gestimmt werden sollten, da doch der unzufriedene Patient augenscheinlich – wie es *bspw.* die

[282] FENGLER & FENGLER 1980: 108-109

[283] Erving GOFFMAN (1973) spricht in diesem Zusammenhang auch vom Anpassungsmechanismus der so genannten Kolonisierung.

voranstehend wiedergegebenen Argumente nahe legen – eine Reihe von Vorteilen aufweist?" gestellt und umfassend beantwortet werden soll.

4) Die instrumentelle Macht des Pflegepersonals: Ausgehend von den zentralen Untersuchungsergebnissen der Studie »*Die Herren der Klinik*« von HEMPRICH & KISKER (1968) sowie der Forschungsarbeit »*Alltag in der Anstalt*« von FENGLER & FENGLER (1980) kann nun ein weiterer Grund für die mangelhafte Rückbindung der im Rahmen von PZ-Befragungen erhobenen Daten an die Versorgungsbasis darin erblickt werden, dass das Pflegepersonal – welches ja, mit Ausnahme der täglichen Visite sowie vereinzelter Therapiegespräche, die meiste Zeit, in Anlehnung an Titel eines amerikanisches Buches von TRIESCHMAN et al. aus dem Jahre 1969[284] spricht man in der spezifischen Literatur von insgesamt 23 Stunden[285], auf der Station Regie führt – über ein nicht zu unterschätzendes instrumentelles Machtpotenzial verfügt, dass von dieser Berufsgruppe zur Verhinderung jedweder Reformvorhaben fruchtbar ausgespielt werden kann. Versuchen wir nun in einem ersten Schritt, ehe an späterer Stelle mögliche Wege zur Beseitigung dieses Umsetzungshindernisses aufgezeigt werden sollen, die Quellen ausfindig zu machen, aus denen das Pflegepersonal ihr instrumentelles Machtpotenzial – das getreu dem Soziologen Heinrich POPITZ vernehmlich auf Drohungen und Versprechungen basiert[286] – schöpft, so erhalten wir diesbezüglich insbesondere in der Studie »*Alltag in der Anstalt*« einige wertvolle Hinweise. So konnte das Forscherehepaar FENGLER in ihrer gewichtigen Studie nämlich eindrucksvoll nachweisen, dass das Pflegepersonal zur Durchsetzung ihrer Interessen *bzw.* zur Zurückweisung der von den Ärzten geforderten sozialpsychiatrischen Neuerungen auf den instrumentellen Machttypus der Drohung zurückgriff. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass das Pflegepersonal – insbesondere wenn es sich bei wichtigen Entscheidungen oder Reformmaßnahmen übergangen fühlte – die Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern dadurch einzuschüchtern versuchte, dass es ihnen mit ‚*Unruhe im Personal*'[287] (Abkühlung der Arbeitsbeziehungen zum therapeutischen Team, Dienst nach Vorschrift, Verweigerung der Kooperation, Zurückschraubung sozialpsychiatrischer Errungenschaften etc.) drohte.[288] Aus dem in diesem Zusammenhang von den FENGLERS beschriebenen Paradoxon, dass die Außerachtlassung der Sichtweisen und Interessen des Pflegepersonals in letzter Konsequenz dazu führen kann, dass „(…) durch sozialpsychiatrische Maßnahmen (…) Sozialpsychiatrie verhindert [wird, T.K.]"[289], lässt sich nun für die PZF insofern ein gangbarer Weg zur partiellen Lösung des Verwertungsdefizits ableiten, als dass Reformvorhaben, die auf der Grundlage von PZ-Befragungen entwickelt wurden, niemals mit der berühmt-berüchtigten Brechstange – sprich ohne Anhörung *resp.* Partizipation des Pflegepersonals – implementiert werden sollten. Unter Vorgriff auf die im Kapitel 7 der hiesigen Arbeit zu diskutierenden Strategien, die zur weitestgehenden Eliminierung des Verwertungsdefizit eingesetzt werden können, sei der Leser abschließend *en passant* darauf aufmerksam gemacht, dass die Forschungsarbeit »*Alltag in der Anstalt*« neben der obig beschriebenen ‚*Partizipationstechnik*' in Gestalt der so genannten ‚*bis-auf-weiteres-Klausel*'[290] eine weitere, viel versprechende Technik parat hält, die im Rahmen des praktischen Umsetzungsprozesses von PZ-Ergebnissen möglicherweise wertvolle Dienste zu leisten vermag.

---

[284] vgl. TRIESCHMAN et al. 1969

[285] vgl. BETTELHEIM 1978: 220 und CHRIST 2002: 67

[286] „Unter instrumenteller Macht verstehe ich" – so führt POPITZ in seinem lesenswerten Buch »*Phänomene der Macht*« aus – „die Steuerung des Verhaltens anderer durch Drohungen und Versprechungen. Drohungen steuern das Verhalten, weil sie Furcht, Versprechungen, weil sie Hoffnung erzeugen. Instrumentelle Macht bedeutet also die Verfügung über Furcht und Hoffnung anderer Menschen" [POPITZ 2009: 79].

[287] FENGLER & FENGLER 1980: 170

[288] vgl. ebenda: 73, 124-125, 167, 170ff.

[289] ebenda: 173

[290] vgl. ebenda: 237

5) *Sanktionsangstbedingtes Ausbleiben verwertbarer Patientenkritik*: Die vorerst letzte Ursache des Verwertungsdefizits, welche aufgrund ihrer gehäuften Apostrophierung innerhalb diverser Studienarbeiten aus den Bereichen der Medizinischen-Psychologie sowie der Medizinischen-Soziologie in ihrer Wirkmächtigkeit sicherlich nicht unterschätzt werden sollte, kann nun, ausgehend von den Einsichten in den pseudodemokratischen Charakter so genannter Patientenparlamente *bzw.* von Stationsbesprechungen – wie sie uns die Forschungsarbeiten von HEMPRICH & KISKER sowie SCHWEDIAUER gewähren – darin erblickt werden, dass eine nicht unbedeutende Vielzahl der Patienten aus Angst vor Repressalien mit ihren Unzufriedenheitsbekundungen hinterm Berg hält und somit möglichen Verbesserungsansätzen von vornherein die Grundlage entzogen wird.[291] Anerkennend muss an dieser Stelle allerdings angemerkt werden, dass bereits die allermeisten nationalen wie internationalen PZ-Studien den obig beschrieben Verzerrungseffekts namens „Sanktionsangst", welcher das Zufriedenheitsniveau künstlich nach oben reguliert, durch ein reflektiert angelegtes Methodendesign (u.a. Zusicherung von Anonymität, Plausibilisierung der Erkenntnisziele, Durchführung der Datenerhebung- und Auswertung durch externe Institute usw.) einzudämmen versuchen.

6. Kritische Psychiatrieberichte aus dem Metier des investigativen Journalismus: Während in England die Journalistin Nellie BLY bereits im Jahre 1887 mit ihrem Bericht »*Ten Days in a Mad-House*« eine fulminante psychiatriekritische Undercover-Reportage vorlegte, richtete der deutsche Journalismus seine Aufmerksamkeit – wie der nachstehend abgebildeten Tabelle 25 entnommen werden kann – erst anfangs der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts verstärkt auf die psychiatrischen Institution.

Jahr	Autor	Erhebungsinstrumentarium
1950	M. Heinze-Masfeld	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pseudopatient
1950	Hasso Ziegler	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pseudopatient
1965	Thomas Marcotty	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Hilfspfleger
1969	Frank Fischer	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Hilfspfleger
1975	Günther Wallraff	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Pseudopatient
1976	Heinz Weiss	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Hilfpfleger
1987	Uwe Heitkamp	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Pseudopatient
1992	Heinz G. Schmidt	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Pseudopatient

Tab. 25: Investigativ-Journalismus in der Psychiatrie

Fragen wir nun, welches Ereignis dafür verantwortlich zu machen ist, dass die beiden zur damaligen Zeit noch gänzlich unerfahrenen Journalisten namens Manfred HEINZE-MANSFELD und Hasso ZIEGLER – die nunmehr als Urväter des deutschen Investigativ-Journalismus angesehen werden[292] – aus ihrem *‚psychiatrievergessenen Schlummer'* aufschnellten und sich der journalistischen Erforschung dieser Institution annahmen, so zeigt sich, dass maßgeblich der im Frühjahr des Jahres 1950 erstmals in den deutschen Kinos ausgestrahlte Spielfilm »*Die Schlangengrube*«, in dem – basierend auf der autobiographischen Romanvorlage von Mary Jane WARD[293] – die inhumanen Zustände innerhalb der amerikanischen Anstaltspsychiatrie ungeschminkt dargestellt wurden, als journalistischer Weckruf fungierte. Da nun im Folgenden nicht jede einzelne der tabellarisch aufgelisteten Reportagen – aus Gründen der Redundanzvermeidung – *en detail* besprochen werden kann, wird der Autor in den kommenden Zeilen den Versuch starten, dass allgemeine Psychiatriebild, welches in diesen Dokumentationen zum Ausdruck gebracht wurde, mit groben Strichen wiederzugeben. Obzwar nun sowohl die frühen Reportagen von HEINZE-MANSFELD

[291] Eine wunderbare literarische Exemplifizierung des pseudodemokraischen Charakters von Gemeinschaftssitzungen, in denen die Patienten aus Angst vor Vergeltungsmaßnahmen des Personals mit ihrer Kritik bzw. ihren Wünschen hinterm Berg halten, bietet das Buch »*Einer flog über das Kuckucksnest*« von Ken KESEY (2004)

[292] vgl. NOACK 2006: 315

[293] vgl. WARD 1974

(1950), ZIEGLER (1950) und MARCOTTY (1964) als auch das im Jahre 1976 erschiene »*Tagebuch eines Irrenwärters*« von WEISS — im Gegensatz zu den späteren Berichten von FISCHER und WALLRAFF— schwerpunktmäßig das ebenso unmenschliche wie unwirksame therapeutische Methodenarsenal der Psychiatrie (z.B. Elektroschocks, Leukotomie, Insulinkur, ausbeuterische Arbeitstherapie etc.) sowie den grobschlächtigen Umgangsstil des Pflegepersonals – welcher zuhauf den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllte – anprangerten, so skizzieren die obig enumierierten Reportagen jedoch nichtsdestotrotz insofern ein gemeinsames Psychiatriebild, als dass sie allesamt die psychiatrische Institution als eine »*totale Institution*« beschreiben, welche in der Summe weniger am Wohlbefinden den am Wohlverhalten ihrer Patienten interessiert zu sein scheint.[294] Stellen wir nun unsere analytische Linse zur Beantwortung der Frage, welche erkenntniserweiternden Aussagen die Psychiatrie-Reportagen hinsichtlich des Konstrukts »Patientenbedürfnisse« treffen, eine Stufe schärfer ein, so zeigt sich, dass die in Augenschein genommenen journalistischen Erzeugnisse allen voran zur Vervollständigung einer der grundlegendsten Einsicht der Psychiatrischen-Soziologie herangezogen werden können. Denn während in den Forschungsarbeiten von HEMPRICH & KISKER (1968), FORSTER & PELIKAN (1982) sowie SCHWEDIAUER (1984) noch der Tenor vorherrschte, dass in psychiatrischen Institutionen wenigsten die physischen Elementarbedürfnisse hinreichend befriedigt werden, so weisen die Reportagen darauf hin, dass zuzüglich zu der Missachtung psychischer und sozialer Patientenbedürfnisse auch die basalen physischen Grundbedürnisse – wie zum Beispiel das Körperhygienebedürfnis – nur äußerst oberflächlich und zumeist vermittels zutiefst demütigender und hochgradig ekelerregender Prozeduren befriedigt werden. Nehmen wir zu Illustration dieses Sachverhaltes das im vorausgehenden Satz angeführte Beispiel der Körperhygiene auf, so konnte in den journalistischen Dokumentationen glaubhaft[295] nachgewiesen werden,

- dass eine Station, die mehr als dreißig Patienten beherbergt, ihren Insassen nur einen einzigen Kamm[296] sowie sage und schreibe zwei elektrische Rasierapparate zur Verfügung stellte[297];
- dass weder auf den Toiletten noch in den Waschräumen Schamwände eingebaut waren[298] sowie
- dass sich die Patienten auf der von Ernst KLEE untersuchten Station 5c mit einen Stationswaschlappen und einen Stationshandtuch begnügen mussten.[299]

Bevor nun in den nachstehenden Zeilen die bedürfnistheoretischen Aussagen der deutschen *Psychiatrie-Enquête*, welche übrigens maßgeblich durch die 1969 publizierte Undercover-Reportage »*Irrenhäuser. Kranke klagen an*« des Literatur- und Geschichtslehrers Frank FISCHER lanciert wurde[300], herausdividieren werden, möchte der Autor die obig vorgenommene Stippvisite in das stellenweise zwielichtige Feld des In-

[294] „Oberstes Gesetz der Anstalt" – so fasst der Lehrer Frank FISCHER seine via verdeckt-teilnehmender Beobachtung in der Rolle eines Hilfspflegers (vgl. FISCHER 1972: 10-12) gewonnen Einblicke in die Anstaltspsychiatrie zusammen – „ist nicht sich primär um die individuellen Bedürfnisse des neuen Patienten zu kümmern, sondern ein bis ins einzelne festgelegtes Aufnahmezeremoniell abzuspülen, dem sich der Patient gehorsam zu unterwerfen hat. Der bürokratische Apparat, einmal in Gang gesetzt, gehorcht seinen eigenen Gesetzen, die nicht die Gesetze der Menschlichkeit sind. Auf Fürsorge, Trost und beruhigenden Zuspruch ist dieser Mechanismus nicht eingestellt; er fordert folgsame, in ihr Schicksal ergebene Nummern. Je schneller der Neuankömmling das begreift, umso besser für ihn. Sperrt er sich jedoch dagegen, diese im zugewiesene Rolle zu spielen, wird sie ihm »beigetrimmt«, weil nur ein Grundsatz gilt: Nicht die Anstalt hat sich auf den Patienten, der Patient hat sich auf die Anstalt einzustellen" [ebenda: 40].

[295] So hielten etwas 1.800 befragte Leser einer Tageszeitung, in welcher die Reportage von Frank FISCHER vorab in einer längeren Serie abgedrückt, die Schilderungen FISCHERS über die unhaltbaren Zustände in der deutschen Anstaltspsychiatrie keinesfalls für überzogen (vgl. LENNERTZ 1971: 53-54). Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangte darüber hinaus der renommierte Düsseldorfer Universitätspsychiater Casper KULENKAMPFF. Dieser merkte zwar kritisch an, dass FISCHER im Rahmen seiner verdeckt-teilnehmenden Beobachtung ausnahmslos geschlossene und keine offenen Stationen ins Visier genommen hatte, betonte aber im selben Atemzug, dass „(…) die Feststellung [wichtiger sei, T.K.], dass alle im Buch des Autors dargelegten Begebenheiten tatsächlich irgendwo auf psychiatrischem Boden vorkommen, geschehen, dass es sich also nicht um literarische Erfindungen, sondern um harte Fakten handelt, ja dass wir in sehr vielem Typisches, die landläufige Unsitte, den systematischen Fehler wieder erkennen" [KUHLENKAMPFF 1970: 152]. Eine knappe Zusammenfassung der öffentlichen und fachlichen Reaktionen auf das Buch von Frank FISCHER findet sich bei BRINK 2006: 350-351.

[296] vgl. FISCHER 1972: 53. In Haus 19 gibt es laut FISCHER gar zwei Kämme, jedoch für insgesamt 73 Patienten (vgl. ebenda: 121).

[297] vgl. FISCHER 1972: 53. WALLRAFF berichtet in seiner Reportage »*Als Alkoholiker im Irrenhaus*« von einem elektronischen Stationsrasierapparat für insgesamt 30 Patienten (vgl. WALLRAFF 1975b: 26)

[298] vgl. FISCHER 1972: 66 und WALLRAFF 1975b: 25

[299] vgl. KLEE 1993: 16. Der interessierte Leser sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die KLEESCHE Reportage »*Die Hölle von Ückermünd*« unter dem gleichnamigen auch als Dokumentarfilm erschienen ist. Erstausstrahlung 1993 in der ARD (siehe zu näheren Angaben das Filmverzeichnis)

[300] vgl. FINZEN 1999: 4; FINZEN, A. & SCHÄDLE-DEININGER 1979: 2; SCHOTT & TÖLLE 2006a: 312 sowie STUMME 1977: 573

vestegtaiv-Journalismus[301] mit einer – in wissenschaftlichen Texten eher ungern gesehenen – subjektiven Assoziationen, die dem Autor der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Reportagenlektüre immer wieder in den Sinn kam, beenden: Ganz gleich ob den in den acht Reportagen inspizierten Stationen nun – wie etwas bei Frank FISCHER – die Nummern 19[302] und 34[303] vorangestellt wurden, so konnte sich der Autor der hiesigen Arbeit nur äußerst mühsam gegen die immer wieder aufkeimende Assoziation zur Wehr setzen, dass hinter jedweder der genannten Stationsnummern vormals die seit der OREWLLSCHEN Dystopie »*1984*« berühmt berüchtigte Zahlenkombination 101 gestanden haben muss. Denn „(…) in Raum 101" – so formuliert es O'Brien in ORWELLS berühmtesten Roman" – „[wartet, T.K.] die schlimmste Sache der Welt"[304].

7. Die Psychiatrie-Enquête: Maßgeblich ausgelöst durch die Veröffentlichung der psychiatriekritischen Reportage »*Irrenhäuser. Kranke klagen an*« von Frank FISCHER im Jahre 1969 sowie der Gründung des sozialpsychiatrisch orientierten Mannheimer Kreises im Frühjahr 1970 – aus dem im Herbst des selbigen Jahres die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hervorging – entwickelte sich in Deutschland anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts eine breite öffentliche und fachinterne Diskussion über die Zukunft der psychiatrischen Krankenhausversorgung, vor der auch das politische System nicht halt machen konnte. So beschloss der Deutsche Bundestag schließlich am 23. Juni des Jahres 1971, dass dem bereits im März des Vorjahres eingereichten Vorschlag, einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – kurz Enquête-Bericht genannt – anzufertigen, umgesetzt werden soll.[305] Bevor nun im Folgenden die zentralen Aussagen des Enquête-Berichts über den Befriedigungsgrad genuiner Patientenbedürfnisse innerhalb der deutschen Psychiatrie dargestellt werden sollen, sei vorab darauf hingewiesen, dass die nachstehenden Ergebnisse nicht dem im Jahre 1975 vorgelegten Hauptbericht, sondern dem bereits im Oktober 1973 herausgegebenen Zwischenbericht der *Enquêtekommission* entnommen wurden, da einerseits die ubiquitäre Missachtung elementarer Patientenbedürfnisse im Zwischenbericht stärker akzentuiert wird und andererseits eine penible Durcharbeitung des insgesamt circa 2.000 Seiten umfassenden Abschlussberichts der vorliegenden Arbeit keine wesentlich neuen Erkenntnisse – die nicht auch schon im Zwischenbericht standen – beschert hätte. Betrachten wir nun die Einsichten, die uns der Zwischenbericht in die deutsche Nachkriegspsychiatrie gewährt, so zeigt sich, dass die *Enquête-Sachverständigenkommission* im Wesentlichen die von Frank FISCHER geschilderten Zustände replizieren konnte. Entsprechend stellte der Zwischenbericht fest, „dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen. Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in gewissen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen (…) [den, T.K.] gegenwärtigen Zustand (…)."[306] Um dem Leser nun eine Vorstellung darüber geben zu können, in welchem Ausmaß die Patienten in den damaligen psychiatrischen Institutionen selbst auf die Befriedigung der grundlegendsten Patientenbedürfnisse Verzicht zu üben hatten, wird der Autor nachstehend einige Fakten aus dem *Enquête-*

[301] vgl. FINZEN 1985: 30
[302] vgl. FISCHER 1972: 113ff.
[303] vgl. ebenda: 131ff.
[304] ORWELL 2007: 324
[305] vgl. SCHOTT & TÖLLE 2006a: 312
[306] DEUTSCHER BUNDESTAG 1973: 22

Zwischenbericht – welche sich auf die sechs psychiatrischen Großkrankenhäuser des Landschaftsverbandes Rheinland beziehen – in geraffter Form wiedergeben:

- *Baualter*: Insgesamt 22,3% der etwa 12.000 Betten des Landschaftsverbandes Rheinland stehen in Räumlichkeiten aus dem 19. Jahrhundert[307]; wobei 18 Stationen mit insgesamt 1347 Betten als abbruchreif bezeichnet werden müssen.[308]

- *Belegung*: Die sechs Landeskrankenhäuser weisen eine durchschnittliche Überbelegungsrate von 35,1% auf.[309]

- *Schlafsäle*: 65% der Betten stehen in Schlafsälen mit mehr als 5 Betten; 38,6% der Betten stehen in Zimmern mit mehr als 10 Betten und immerhin noch 10,8% der Betten stehen in Schlafgemächern mit sage und schreibe mehr als 20 Betten.[310]

- *Sanitäre Anlagen*: Im Durchschnitt teilen sich 6 Patienten 1 Waschbecken. Darüber hinaus steht für durchschnittlich 11 Patienten lediglich 1 WC zu Verfügung.[311]

- *Mobiliar*: „Begehungen in den Landeskrankenhäusern haben ergeben, dass zusammengefasst 3.600 Betten ersetzt werden müssen und ebenso viele Matratzen, die vielfach noch mit Seegras gefüllt sind. Ferner wären 2.500 Spinde zu beschaffen, weil ebenso viele Patienten überhaupt keinen oder einen viel zu kleinen Schrankraum haben. Außerdem werden 3.300 Nachttische benötigt. Schließlich hat sich herausgestellt, dass das Mobiliar in 207 Tagesräumen ersetzt werden muss."[312]

Zur weiteren Exemplifizierung der unzumutbaren Lebensbedingungen, unter denen psychisch kranke Menschen in der deutschen Psychiatrie ihr Leben fristen mussten, sollen nachfolgend – unter kurzfristiger Ausklammerung des *Enquête-Zwischenberichts* – noch einige der von FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER zusammengestellten Daten zum damals vorherrschenden psychiatrischen *Personalschlüssel* wiedergeben werden:

- Im Gegensatz zum Allgemeinkrankenhaus, indem einem Arzt durchschnitt 17,5 Patienten gegenüberstehen, sieht sich der einzelne Psychiater durchschnittlich 64 Patienten gegenübergestellt. Wenn man von diesen Zahlen nun noch die Chef- und Oberärzte, die ja selbst keine Station betreuen, abzieht, so ergibt sich ein Verhältnis von 1 : 87.[313]

- Laut einer Hochrechnung von DEGEWITZ aus dem Jahre 1970 haben Ärzte in psychiatrischen Landeskrankenhäusern unter Einbeziehung sämtlicher Verwaltungstätigkeiten täglich nicht mehr als 4 Minuten für den einzelnen Patienten zur Verfügung.[314]

- Für das psychiatrische Krankenpflegepersonal beträgt der Schlüssel – unter Berücksichtigung von Krankenpflegeschülern, Pflegehelfern und ungeprüften Hilfskräften – ungefähr 1 : 5.[315]

- Noch misslicher nimmt sich die Situation jedoch bei den klinischen Psychologen, etwa 1 : 500, den Beschäftigungstherapeutten, circa 1: 450, und den Sozialarbeitern, von denen in der gesamten Krankenhauspsychiatrie laut FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER nur etwa 120 tätig sind – was einem Verhältnis von nur einem Sozialarbeiter für mehr als 900 Patienten entspricht – aus.[316]

---

[307] vgl. ebenda: 23
[308] vgl. ebenda: 24
[309] vgl. ebenda. Zum Tatbestand der enormen Überfüllung der psychiatrischen Krankenhäuser finden sich ferner bei FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER (1979: 12) zwei schlagende Beispiele.
[310] vgl. ebenda: 25
[311] vgl. ebenda: 26
[312] ebenda: 27
[313] vgl. FINZEN & SCHÄDLE-DEININGER 1979: 14
[314] vgl. ebenda: 15
[315] vgl. ebenda
[316] vgl. ebenda

Alarmiert durch die obig dargestellten Daten, welche die brutalen Lebensverhältnisse innerhalb der Psychiatrie numerisch verdeutlichten, stellte die *Enquête-Sachverständigenkommission* einen umfangreichen Katalog an unerlässlichen „Sofortmaßnahmen zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse“[317] zusammen. Ohne nun *en miniature* auf den vorgelegten Sofortmaßnahmenkatalog der Sachverständigenkommission eingehen zu wollen, sei angemerkt, dass sich dieser vornehmlich für eine unverzügliche Verbesserung der Strukturqualität (z.B. ausreichende sanitäre Anlagen, genügend Mobiliar, Ermöglichung des Tragens eigener Kleidung, Abriss oder Renovierung maroder Bauten etc.[318]) aussprach.[319]

8. Studien zur Stationsatmosphäre: Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts wandte sich die deutsche Psychotherapieforschung verstärkt der empirischen Erfassung eines theoretischen Konstrukt namens »*Stationsatmosphäre*« – welches in der Literatur stellenweise auch unter den Begrifflichkeiten des *Stationsklimas* oder des *Behandlungsklimas* geführt wird – zu. Ohne nun an dieser Stelle bereits unter Vorgriff auf das fünfte Kapitel der vorliegenden Arbeit, indem die historische Entwicklung der systematischen Patientenbefragung detailliert nachgezeichnet werden soll, die fachlichen Ursachen und Ziele darstellen zu wollen, welche dazu geführt haben, dass das Konstrukt der »*Stationsatmosphäre*« ausgangs der 1970er Jahre zu einem Hauptuntersuchungsgegenstand der deutschen Psychotherapieforschung avancierte, werden wir uns nachstehend ausnahmslos darauf beschränken, die bedürfnistheoretischen Grundlagen dieses Forschungsansatzes aufzuzeigen. Stülpen wir nun zur Einlösung dieses Vorhabens unser wissenschaftliches Vergrößerungsglas über die im Zeitfenster zwischen 1978 und 2008 im deutschen Sprachraum erschienen Stationsatmosphäre-Studien[320], so zeigt sich, dass allen voran das meistgenutzte Erhebungsinstrumentarium zur Erfassung der Stationsatmosphäre – in Worten die deutschsprachige Übersetzung der von Rudolf H. MOOS im Jahre 1974 entwickelten ‚*Ward Atmosphere Scale*'[321] – auf einem bedürfnistheoretischem Ansatz fußt.[322] Konkret formuliert bedeutet dies, dass MOOS seine ‚*Ward Atmosphere Scale*' auf der theoretischen Grundlage der so genannten Need-Press-Theorie von MURRY (1938) entwickelt hat. Ungeachtet der messtechnischen Probleme, welche ein derart einseitig-deduktiver Fragebogenkonstruktionsprozess – sprich die weitgehende Außerachtlassung explorativer Vorstudien[323] – unweigerlich aufwirft (z.B. die Frage nach dem Einlösungsgrad des Gütekriteriums der Inhaltsvalidität), sollen nun in den nachfolgenden Zei-

---

317 vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973: 27

318 vgl. ebenda

319 Zum Abschluss dieses Diskurspunktes soll im folgenden ein kurzer Passus aus dem Buch »*Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie*« von Asmus FINZEN, welcher die Bedürfnissaturierende Bedeutsamkeit einer sich auf den ersten Blick recht unscheinbar ausnehmenden Stationsneuheit anschaulich darzustellen vermag, in paraphrasierter Form wiedergegeben werden. Nehmen wir nun die ausgewählten Textpassagen, die unter der richtungweisenden Kapitelüberschrift '*Die Einrichtung von Cafeteria und Kiosk: Ein Schritt auf dem Weg zur normalen Bedürfnisbefriedigung*' angesiedelt sind, genauer in Augenschein, so zeigt sich, dass die von FINZEN begleitete Errichtung einer Cafeteria und eines Kiosks im Kellerraum des Hauses „Männer 4“ im Mai 1975 dazu führte, dass den Patienten in diesem begrenzten Klinikbereich die Möglichkeit eingeräumt wurde, sowohl ihre physischen als auch ihre sozialen und psychischen „(…) Bedürfnisse selbst zu steuern und selbst zu regulieren“ [FINZEN 1985: 83] Konkret formuliert bedeutet dies, dass die Gründung von Cafeteria und Kiosk es den Patienten einerseits gestattete, selbst darüber entscheiden zu können wie viel Kaffee und Kuchen sie bspw. zu sich nehmen möchten (physische Bedürfnisbefriedigungoption) sowie dass andererseits insbesondre die Cafeteria – welche von Ehrenamtlichen geführt wurde – den Patienten die Möglichkeit bot, sowohl mit dem ehrenamtlichen Cafeteria-Personal als auch mit den Leidensgenossen intersubjektive Nischen aufspannen zu können, in denen – frei von den üblichen Organisationszwängen und Rollenerwartungen – wahre Subjekt-Subjekt-Begegnungen realisiert werden konnten (Chance zur Befriedigung sozialer und psychischer Bedürfnisse).

320 Insgesamt wurden folgende 21 deutschsprachige Untersuchungen zum Konstrukt »Stationsklima« intensiv analysiert: HEFNER & HÖLLER 1978; HENRICH et al. 1979; ENGESSER et al. 1979; SCHWARZ 1980; LORTZ 1981; KRAMPEN & VON DELIUS 1981a&b; ENGEL et al. 1983; MOSCH 1984; WEBER 1984; REY 1985; KRAMPEN & OHM 1985; POLLAK 1988; KOCH & THILO 1991; POLSTERMÜLLER 1997; SAMMET & SCHAUENBURG 1999; ORTH et al. 2000; SCHMIDT et al. 2003; SCHALAST & REDIES 2005; LINDEN et al. 2006; BAUMEISTER 2007 sowie UHLMANN & STEINERT 2008

321 vgl. MOOS 1974a&b. Mit Nachdruck sei in diesem Zusammenhang auf den Tatbestand hingewiesen, dass die von MOOS konzipierte ‚*Ward Atmosphere Scale*' in mehreren deutschsprachigen Versionen (vgl. HEFTNER & HÖLLER 1978; HENRICH et al. 1979; LORTZ 1981; ELLINGHAUS et al. 1981 sowie für nicht-psychiatrische Stationen KRAMPEN & DEBUS 1981a&b sowie KRAMPEN & OHM 1985) vorliegt, wobei der Stationsbeurteilungsfragebogen (SBB) von ENGEL et al. (1983) das meistgenutzte deutschsprachige Erhebungsinstrument zur Erfassung des Stationsklimas aus Sicht psychiatrischer Patienten darstellt. Zur argumentativen Absicherung der im vorausgehenden Satz getätigten Einschätzung, werden wir im Folgenden – ohne einen Vollständigkeitsanspruch erheben zu wollen auf – einige Untersuchungen aufzählen, in denen der Stationsbeurteilungsfragebogen (SBB) von ENGEL et al. (1983) angewandt wurde: EICHHORN et al. 1987; GEBHARDT 1997; GEBHARDT & RADTKE 2003; LEIBRICH et al. 1993; MODESTIN & ABDEL-REHIM 1996; RAHN 1996; SCHÖTTKE & WIEDL 1990; SPIEßL et al. 2002; VIEWEG et al. 1996 sowie POLLAK 1988

322 vgl. ELLINGHAUS et al. 1981: 242-243 sowie ENGEL et al. 1983: 6

323 eine kritische Einschätzung finder sich bei LORTZ 1981: 28

len die zentralen Aussagen der Need-Press-Theorie in bündiger Form referiert und hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für die ‚*Ward Atmosphere Scale*' transparent gemacht werden. Der amerikanische Psychologe Henry Alexander MURRAY, dessen bedeutendste wissenschaftliche Leistung sicherlich die Entwicklung des „Thematischen-Apperzeptionstests" – einem projektiven, in den Kapiteln 6 und 8 der vorliegenden Arbeit noch eingehender zu besprechenden, Testverfahren – darstellt, entwarf in seinem 1938 herausgegebenen Buch »*Exploration in Personality*« ein interaktionistisches Modell zur Erklärung menschlicher Verhaltenweisen und Erlebnismodi, indem er der Wechselwirkung zwischen den menschlichen Bedürfnissen (needs) und den Umweltbedingungen (press) eine entscheidende Rolle zuwies. Wie nun der im Anhang befindlichen Abbildung 43 des ‚*Need-Press-Modell*' entnommen werden kann, geht MURRAY davon aus, dass das konkrete Verhalten und Erleben des Menschen aus der Interaktion zwischen den jeweiligen Bedürfnissen (needs) und den subjektiv perzipierten Umweltbedingungen (beta-press) resultiert. Das innovativste Element der Need-Press-Theorie, auf welches – soviel sei an dieser Stelle schon vorweggenommen – auch MOOS im Rahmen der WAS-Entwicklung maßgeblich Bezug nahm, besteht nun allen voran darin, dass MURRAY das menschliche Verhalten und Erleben nicht von den objektiven Umweltbedingungen (alpha-press), sondern von den subjektiv wahrgenommenen Umweltbedingungen (beta-press) abhängig machte. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass sich der Mensch mitsamt seinen primären und sekundären Bedürfnissen (Needs[324]) nicht an die objektiv bestehende (alpha-press), sondern an die subjektiv perzipierte Umwelt (beta-press) wendet und diese hinsichtlich ihrer immanenten Bedürfnisbefriedigungsmöglichkeiten beurteilt. Betrachten wir nun inwiefern MOOS von der MURRAYSCHEN Need-Press-Theorie Gebrauch machte, so zeigt sich, dass er sowohl bei der Definition des Begriffs Stationsatmosphäre als auch bei der Indikatoren- *resp.* Skalenbildung seiner WAS insbesondere auf die ‚*beta-press-Variable*' zurückgriff.[325] Entsprechend versteht MOOS unter dem Konzept der Stationsatmosphäre die akkumulierte, patientenseitige Einschätzung des Need-Press-Passungsverhätnisses.

9. Konzepte der demokratischen Psychiatrie: Im Folgenden soll nun das in den 50er Jahren von Maxwell JONES entwickelte Therapiekonzept der »*Therapeutischen Gemeinschaft*«[326] detailliert vorgestellt werden, da dieser basisdemokratische Therapieansatz nicht nur in den berühmtesten alternativpsychiatrischen Institutionen der englischen Antipsychiatrie – in Worten der »*Villa 21*« von David COOPER[327] und der von Ronald LAING geleiteten Wohngemeinschaft namens »*Kingsley Hall*«[328] – sowie innerhalb der beiden bedeutendsten Kliniken der italienischen Reformbewegung »*Psychiatria Democratica*« – in Worten den von Franco BASAGLIA geführten Anstalten in Görz und Triest[329] – mehr oder minder konsequent angewandt wurde, sondern darüber hinaus Ende der 60er Jahre auch verstärkt in die psychiatrische Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland Einzug hielt.[330]

---

[324] Angemerkt sei, dass MURRAY nicht nur zwischen primären und sekundären Bedürfnissen unterschied (vgl. MURRAY 1938: 76ff.) sondern darüber hinaus auch einen eigenen Bedürfniskatalog mit insgesamt 20 Bedürfnisse entwickelte (vgl. ebenda: 144ff.). Da jedoch MOOS weniger an dem Bedürfniskatalog als vielmehr an der Umweltvariable (beta-press) interessiert war, wird das von MURRAY konzipierte Bedürfnisinventar an dieser Stelle nicht näher beschrieben.

[325] vgl. ELLINGHAUS et al. 1981: 242-243

[326] vgl. JONES 1976

[327] vgl. COOPER 1971: 100-146. Ein knapper Überblick über das antipsychiatrische Experiment der »*Villa 21*« findet sich bei OBIOLS 1978: 50-55

[328] vgl. OBIOLS 1978: 57-58. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die von LAING im Jahre 1965 gegründete Wohngemeinschaft namens »*Kingsly Hall*« insbesondere durch die autobiographische Schrift »*Meine Reise durch den Wahnsinn*« von Mary BARNES, einer in Kingsly Hall geheilten psychotischen Krankenschwester, einer breiteren Öffentlichkeit bekannt wurde (vgl. BARNES 1973: 89ff.). Eine fundierte sozialpsychiatrische Kritik an »*Kingsly Hall*« verfasste Asmus FINZEN (1997).

[329] vgl. BASAGLIA 1971 und 1980; SCHMID 1977: 24-25, 33 sowie VIRGADAULA 2004: 305

[330] vgl. KAYSER et al. 1973: III sowie KRÜGER et al. 1973: 2. Als federführende Psychiater, welche sich ausgangs der 60er *resp.* anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts für die praktische Integration des Konzepts der »*Therapeutischen Gemeinschaft*« in die deutsche Psychiatrie aussprachen *bzw.* die bereits Prinzipien der »*Therapeutischen Gemeinschaft*« auf einigen Modellstationen verwirklichten, gelten insbesondere: FLEGEL 1965a&b, 1966, 1968; HEIM 1973a&b, 1976; PETZOLD 1974; PLOEGER 1971, 1972; VELTIN 1968; WULFF 1972; 2001: 406ff. sowie YABLONSKY 1974, 1975 und 1990.

Basierend auf der bereits im vierten Diskurspunkt unter der Überschrift »*Prophylaxe der Anstaltspsychose*« geschilderten Erkenntnis, dass die Milieustrukturen vornehmlich verwahrender Institutionen den Genesungsverlauf nicht nur verzögern oder blockieren, sondern ihn gar verunmöglichen können, versuchte Maxwell JONES eine milieutherapeutisches Konzept zu entwickeln, welches einerseits die antitherapeutischen Umwelteffekte auszuschalten vermag und andererseits – *nomen est omen* – selbst als eigenständiges Therapeutikum zu fungieren weis. Nehmen wir nun – da der Begriff der ‚*Therapeutischen Gemeinschaft*' in der nationalen wie internationalen Literatur nicht einheitlich verwandt wird[331] – das im Jahre 1976 erstmals in deutscher Schrift publizierte Hauptwerk »*Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*« näher in Augenschein, so stellt man unweigerlich fest, dass für JONES das Grundübel der kustodialen Psychiatrie in ihrer durch und durch hierarchischen Ordnungsstruktur begründet liegt. Zur Ausmerzung dieser, die therapeutischen Kräfte schmälernden Insitutions- *resp.* Stationssturkuren konzipierte und erprobte JONES nun sein Konzept der ‚*Therapeutischen Gemeinschaft*', welches – simplifiziert gesagt – auf den Kerngedanken reduziert werden kann, dass die strikte Klinikhierarchie (geschlossenes System) durch ein demokratisches, egalitäres Klinikmilieu (offenes System) zu ersetzen ist.[332] „Unser Ziel ist es" – so JONES – „einen demokratischen Entscheidungsprozess in allen Bereichen des Spitalbetriebs einzuführen."[333] *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Implementierung demokratischer Strukturen nun keinesfalls ausschließlich für die Mitarbeiter, sondern auch und vor allem für die Patienten Gültigkeit besitzt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass den Patienten im Rahmen einer nach den Grundprinzipien der therapeutischen Gemeinschaften aufgebauten Psychiatriestation in Gestalt von täglich abzuhaltenden Stationsversammlungen die Möglichkeit eingeräumt wird, sowohl ihre Meinungen, Bedürfnisse, Beschwerden, Verbesserungsvorschläge etc. dem nunmehr gleichgestellten Klinikpersonal (Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen usw.) ohne Ängste mitzuteilen als auch über die Durchführung anstehender Projekte (z.B. Ausflüge) oder die Verabschiedung neuer Stationsregeln mit ihrer jeweiligen Stimme in basisdemokratischer Manier mitentscheiden zu können. Ohne nun in den nachstehenden Zeilen wiederholt auf den vielfach belegten Missstand eingehen zu wollen, dass die Installation einer demokratisch-egalitären Stationsstruktur – ganz gleich ob in Form von wöchentlichen Stationsbesprechungen[334], Hausversammlungen[335], Patientenparlamenten[336], Patientenkomitees[337], Patientenräte[338], Patientenfürsprecher[339] oder auch so genannter Hausparlamente[340] – aufgrund der patientenseitigen Angst vor Sanktionsmaßnahmen zuhauf ihrer ursprünglichen Intention, nämlich den Patienten ein Artikulationsforum zur Äußerung ihrer Bedürfnisse und Beschwerden zu bieten, verlustig ging, eingehen zu wollen, möchte der Autor die Ausführungen zum Konzept der »*Therapeutischen Gemeinschaft*« mit der Darstellung ausgewählter Ergebnisse einer im Jahre 1980 von BENDER & BACHMANN durchgeführten empirischen Untersuchung abschließen, in der insgesamt 290 psychiatrische Patienten bezüglich ihrer positiven *resp.* negativen Einstellung zu den zentralen Bausteinen des Konzepts der Therapeutischen Gemeinschaft (z.B. Mitbestimmung, aktive Patientenrolle, Partnerschaftliche Beziehung zum Klinikpersonal usw.) befragt wurden. Wie nun der unten abgebildeten

[331] vgl. BENDER & BACHMANN 1980: 1
[332] vgl. JONES 1976: 60
[333] ebenda
[334] vgl. HEMPRICH & KISKER 1968 sowie WALLAUER 1973: 312
[335] vgl. BÜHLER 1984
[336] vgl. SCHWEDIAUER 1984: 107ff.
[337] vgl. MÄVERS 1973: 191ff. sowie TROJAN 1980: 225
[338] vgl. BECKER 1996 sowie KUMMER 1973: 324
[339] vgl. TROJAN 1980: 225-226
[340] vgl. SCHINDLER & STEININGER 1968

Tabelle leichter Hand entnommen werden kann, wurden die bedeutendsten Elemente der »*Therapeutischen Gemeinschaft*« von den allermeisten Patienten begrüßt.[341]

Paraphrasierte Fragebogen-Items	**Zustimmung**
Ärztliche Anordnungen sollten erklärt und mit den Patienten besprochen werden	97%
Jeder Patient sollte über seine Behandlung mehr erfahren	96%
Jeder Patient sollte seine Meinung über Ärzte und Pflegepersonal frei sagen können	90%
Ablehnung von Bettliegepflicht	86%
Patient will lernen, besser mit seinen Schwierigkeiten fertig zu werden	84%
Patient glaubt, aktiv zu seiner Gesundung etwas beitragen zu können	84%
Jeder ist für seine Stimmung auf Station verantwortlich	83%
Mehr Kontakt zu anderen Patienten gewünscht	83%
Personal muss den Patienten nicht alle Arbeit abnehmen	82%
Wunsch nach Diskussion und Aussprache unter den Patienten	79%
Mehr Mitsprache für Patienten	78%
Mehr Kontakt zu Personal und Patienten	78%
Patienten sollten sich mehr umeinander kümmern	77%

Tab. 26: Die Einstellung der Patienten zum Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft

10. *Alternative psychiatrische Einrichtungen:* Obzwar wir uns nun in den folgenden Zeilen verstärkt mit der alternativen Milieutherapie namens »*Soteria-Bern*« auseinandersetzen werden, möchte der Verfasser den Leser vorab darüber in Kenntnis setzen, dass die Wiege des ursprünglichen Soteria-Konzepts auf amerikanischem Boden, genauer gesagt in Sane José (Kalifornien), stand. So errichtete nämlich der Psychiater und Familientherapeut Loren MOSHER in einem ärmeren Viertel dieses Ortes im Jahre 1971 eine therapeutische Wohngemeinschaft für schizophrene Patienten[342], die er – in Anlehnung an die griechische Göttin der Sicherheit und Geborgenheit[343] – auf den Namen *Soteria* taufte. Das originelle dieser Wohngemeinschaft, die sich grundsätzlich an den demokratisch-egalitären Strukturvorgaben der therapeutischen Gemeinschaft orientierte[344], bestand nun in der Summe darin, dass die Bewohner der Soteria erwiesenermaßen nicht nur bessere Therapieergebnisse als ihre konventionell behandelten Mitleidensgenossen erzielten, sondern darüber hinaus noch bedeutend weniger antipsychotische Medikamente zu sich nehmen mussten.[345] Die entscheidende therapeutische Ursache, welche nebst des demokratisch-egalitären Beziehungsrahmens hauptsächlich für diese *prima facie* erstaunlichen Outcomeergebnisse verantwortlich zu machen sind, sieht MOSHER in dem Leitgedanken der Soteria, *nudis verbis* „(…) des »Dabeiseins« (being with) anstelle des »Machens-für« (doing to)“[346], lokalisiert. Eine unter therapeutischen Gesichtspunkten besonders wertvolle Variante des »Dabeiseins« bestand nun darin, dass jeder Soteria-Bewohner in psychotischen Krisenzeiten kontinuierlich von einem Mitarbeiter rund um die Uhr betreut wurde.[347] Diese intensive Form der Psychose-Begleitung ermöglichte es den Mitarbeitern – frei von jedweden therapeutischen Patentrezepten[348] – die individuellen Bedürfnisse der akut erkrankten Bewohner einfühlsam zu erspüren und in angemessen Weise auf sie zu reagieren. Verlassen wir nun die kalifornische Geburtsstätte der Soteria und wenden uns zur Beantwortung der brennenden Frage, ob – und wenn ja: wann und wie – dieses über allen Maßen humane Therapiekonzept auch nach Europa verschifft wurde, an die einschlägige Fachliteratur, so

[341] vgl. BENDER & BACHMANN 1980: 5

[342] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass das Soteria-Team den Terminus ‚Patient' sowohl aufgrund seiner starken medizinischen Implikationen als auch wegen seiner passiven Rollenerwartungen ablehnte und eher die Begriffe ‚Klient' oder ‚Bewohner' bevorzugte (vgl. MOSHER et al. 1994: 6).

[343] vgl. ADERHOLD / STASTNY & LEHMANN 2007: 150

[344] Zum Einfluss des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft *bzw.* der Umsetzung dieses Konzepts in der von LAING geleiteten Gemeinschaft ‚*Kingsley Hall*' – in welcher MOSHER mehrere Wochen hospitierte – siehe insbesondere WEINMANN 2008: 187-188 sowie MOSHER et al. 1994: 7, 11, 18

[345] vgl. HESS-DIEBÄCKER et al. 2002: 23

[346] MOSHER et al. 1994: 16

[347] vgl. ebenda: 45ff.

[348] vgl. HESS-DIEBÄCKER et al. 2002: 22

findet sich dort an mehreren Stellen das Hinweisschild, dass die Antwort auf diese Frage in der Schweizer Hauptstadt zu suchen ist. Unverklausuliert gesagt gründete der Schweizer Psychiater und renommierte Schizophrenieforscher Luc CIOMPI – inspiriert durch eine im Jahre 1977 durchgeführte Visitation des kalifornischen Soteria-Hauses[349] – am 1. Mai 1984 in Bern die erste europäische Soteria-Einrichtung. Das Konzept dieser Einrichtung, die ob ihres Standortes unter dem Namen »Soteria-Bern« firmiert, ging nun der Gestalt über das ursprüngliche, von MOSHER entwickelte Soteria-Modell hinaus, als dass CIMOPI – basierend auf seinen affektlogischen Studien[350] sowie der in der Schizophrenieforschung vertretenen Vulnerabilitäts- und Informationsverarbeitungshypothese[351] – den zentralen Soteria-Gedanken, *nudis verbis* die intensive Krisenbegleitung, in einer den Bedürfnissen der Patienten nach Sicherheit, Geborgenheit, Ordnung und Reizarmut entsprechenden Umgebung – dem so genannten „weichen Zimmer" – umsetzte.[352] Angesichts des mehrfach abgesicherten Befundes, dass die Soteria-Bern-Einrichtung – trotz des weitestgehenden Verzichts auf neuropletische Medikation – zu identischen Behandlungsergebnissen wie gut funktionierende Kontrolleinrichtungen gelangte, wirkt die Zurkenntnisnahme, dass die Integration therapeutischer Kernbausteine des Soteria-Bern-Konzepts in das psychosoziale Versorgungsnetz der deutschen Psychiatrie bis zum heutigen Tage nur äußerst schleppend verlief, umso erstaunlicher. Da nun die Erörterung möglicher Gründe, welche primär für die bislang ungenügende Adaption des Soteria-Konzepts verantwortlich gemacht werden können, dem inhaltlichen Zweck unseres bedürfnistheoretischen Exkurses in die Gefilde der Psychiatriegeschichte und Psychotherapieforschung gänzlich zuwiderlaufen würde, soll der voranstehend gegebene Einblick in das Soteria-Konzept mit einem ebenso bizarren wie erkenntnisträchtigen Experiment abgerundet werden, welches der japanische Architekt Kyo IZUMI in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts an sich durchführte. Während CIOMPI das Raumbedürfnis von Personen, die an einer akuten Schizophrenie erkrankt waren, insbesondere aus der so genannten Informationsverarbeitungshypothese deduzierte, ging IZUMI zur Ergründung der Frage, welche Arten von Räumen auf schizophrene Menschen einen besonders günstigen *bzw.* ungünstigen Einfluss ausüben, den Weg der Selbsterfahrung. Da nun IZUMI nicht selbst an einer schizophrenen Erkrankung litt, versuchte er sich mittels der Einnahme von LSD in einen psychoseähnlichen Zustand zu manövrieren.[353] Die aus diesem Experiment gewonnen architektonischen Erkenntnisse ließ IZUMI anschließend mit Erfolg in den Entwurf und Bau verschiedener psychiatrischer Anstalten einfließen.[354]

11. Entstehung der Betroffenenbewegung: Bedingt durch die mannigfaltigen – in den obigen Diskurspunkten hinlänglich beschriebenen – Missstände innerhalb des psychischen Versorgungsnetzes schlossen sich psychisch erkrankte Personen, die bereits mit der menschenverachtenden Anstaltspsychiatrie in Kontakt gekommen waren, anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts vermehrt zu so genannten Initiativ-, Arbeits- oder Selbsthilfegruppen zusammen; wobei insbesondere die nachstehend notierten Patientenzusammenschlüsse mit ihren Aktivitäten für Furore sorgten: Der »*Club 70*«[355], die »*Sozialisti-*

---

[349] vg. CIOMPI 1989: 21 sowie Ders. 1993b: 14-15

[350] vgl. CIOMPI 1993b: 20-21

[351] vgl. ebenda

[352] „Die erste und akute Phase" – so führt Elisabeth AEBI, eine Mitarbeiterin der Soteria-Bern-Einrichtung aus – „findet in der Regel im so genannten »weichen Zimmer« statt. Sie dient der Angstlösung und Beruhigung durch ständige mitmenschliche Begleitung des psychotischen Menschen. Das »weiche Zimmer« ist ein freundlicher, entspannender, reizgeschützer Raum im Erdgeschoss: ein weicher Wollteppich, je eine Matratze in zwei sich diagonal gegenüberliegenden Ecken, große Kissen. Die Wände pastellgelb, der Teppich hellbeige. Viel Licht vom Garten. Hier gilt es, einfach dabei zu sein, empfänglich zu sein für das, was vom anderen kommt. (…) Das »weiche Zimmer« ist eine Art Behälter, der klar umgrenzt ist und individuell gefüllt und genutzt werden kann. Die Kunst der Begleitung in dieser Phase besteht darin, intuitiv auf die aktuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen in der psychotischen Krise einzugehen, alles unter der übergeordneten Zielsetzung der Beruhigung" [AEBI 1993: 34, 35]

[353] vgl. OSMOND / AGEL & OSMUNDSEN 1975: 74

[354] vgl. ebenda: 76

[355] vgl. BUCK & BARTFELD-PACZKOWSKI 2002 sowie RUNTE et al. 2004: 637

sche Selbsthilfe Köln«[356], der »*Arbeitskreis 71*«[357], der »*Verein Sozialtherapie*«[358] sowie das »*Sozialistische Patientenkollektiv*«[359]. Da nun eine minutiöse Aufarbeitung des Stellenwertes und der Bedeutung, die den Patientenbedürfnissen innerhalb dieser Vereinigungen zuteil wurde – so wünschenswert und interessant dies auch sein mag – an dieser Stelle leider nicht geleistet werden kann, werde wir uns im Folgenden primär darauf konzentrieren, die Tätigkeiten der beiden bedeutendsten Patientenorganisationen – *nudis verbis* die im Juni 1980 ins Leben gerufene »*Irren-Offensive*«[360] sowie dem im Oktober des Jahres 1992 gegründeten »*Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)*«[361] – unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten zu beäugen. Versuchen wir also nun zu ermitteln, welche Funktionen der Terminus ‚*Patientenbedürfnis*' in den reformatorischen Bemühungen dieser beiden im vorausgehenden Satz genannten Betroffenenorganisationen ausübte, so zeigt sich, dass der Bedürfnisbegriff allen voran in den folgenden drei Aktivitäts- *resp.* Reformpunkten der »*Irren-Offensive*« sowie des »*Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)*« Anwendung fand:

1) *Aufbau unabhängiger Beschwerdestellen*: Aufgrund der Tatsache, dass die – im Zuge der partiellen Umsetzung des Konzepts der »*Therapeutischen Gemeinschaft*« – entstandenen "*Patientenbedürfnisartikulationsforen*" (z.B. in Form von Gemeinschaftsversammlungen, Patientenräte, Patientenparlamente, Hauskomitees usw.) mehrheitlich, ob der nach wie vor auf der Patientenseite bestehenden Sanktionsangst, einen restlos pseudodemokratischen Charakter aufweisen, setzten sich sowohl die »*Irren-Offensive*«[362] als auch der »*Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)*«[363] für die flächendeckende Installation unabhängiger Beschwerdestellen ein.[364] Es sei in diesem Zusammenhang die historische Anmerkung erlaubt, dass die erste unabhängige Beschwerdestelle für die Nutzer psychiatrischer Dienstleistungen 1977 von der »*Sozialistischen Selbsthilfe Köln*« gegründet wurde.[365] Diese, unter dem Label: ‚*Beschwerdezentrum. Eine Initiative gegen Verbrechen in Landeskrankenhäusern*' firmierende, Organisation machte in den Folgejahren allen voran durch die so genannten Skandale von Brauweiler, Düren und Köln auf sich aufmerksam. So sorgte die »*Sozialistische Selbsthilfe Köln*«, sensibilisiert durch die im Beschwerdezentrum zuhauf eintrudelnden kritischen Erfahrungsberichte von aktuell oder ehemals internierten Patienten, mit ihren Anstrengungen (Öffentlichkeitsarbeit, Protestaktionen etc.) nämlich unter anderem dafür, dass der Landschaftsverband Rheinland (LVR) die Tore der Anstalt Brauweiler – in der nachweislich vier Patienten durch überhöhte Medikamentengaben zu Tode kamen – für immer schließen musste.[366] Da wir an dieser Stelle nun bedauerlicherweise die weiteren geschichtlichen Entwicklungslinien der Beschwerdestellenbewegung nicht detaillier-

[356] vgl. exemplarisch SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN 1979 und 1980
[357] vgl. TROJAN 1980: 228
[358] vgl. KLEE 1978: 50-52
[359] vgl. BRINK 2003 und 2006c
[360] vgl. STÖCKLE 1983
[361] vgl. BUCK 1998: 159-160. Eine überaus instruktive Darstellung der Entwicklung des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) bietet ferner die Arbeit von Karin ROTH aus dem Jahre 2007.
[362] vgl. STÖCKLE 1983: 182, 185-186
[363] vgl. BUNDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENER 2009
[364] Obzwar wir im Methodenkapitel der vorliegenden Arbeit – konkret gesagt, im Rahmen der inhaltlichen Ausstaffierung des Fragebogens – nochmals auf das Thema ‚psychiatrische Beschwerdestellen' *bzw.* ‚Beschwerdemanagement in psychiatrischen Kliniken' eingehen werden, möchte der Autor den an diesem Forschungsgegenstand interessierten Leser bereits an dieser Stelle einige Literaturhinweise mit auf den Weg geben, in denen sich sowohl lesenwerte Ausführungen über die historische Entwicklung als auch die aktuelle Verbreitung und Nutzung unabhängiger, psychiatrischer Beschwerdestellen finden: BEUTEL & BLEICHNER 1998; BRILL 1994; DIDIER & HAASE 1996; DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE 2009a-c; FANGERAU 2006; HAEHN 2006; HAMANN et al. 2008; KÖNSGEN 2008: 252; JULI 1994; LESTING 1998; LOCHMANN & STOLZ 1995; REICHHART et al. 2008: 114-115; SCHERNUS 2006; SCHNITTENHELM 2003; SCHCÖK 2001; SIEBRASSE 1996; SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN 1982, 1988a&b; STOLZ 2003; STOLZ & LOCHMANN 1995, 1999; UEBELE 2007, 2009; WIDMAIER-BERTHOLD et al. 1998 sowie ZINGLER 1994a&b, 1995 und 2002
[365] vgl. SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN 1982 sowie 1988a&b
[366] vgl. SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN 1980

ter nachzeichnen können, sei jedoch abschließend nochmals darauf hingewiesen, dass mit den nunmehr in Deutschland bestehenden 47 unabhängigen Beschwerdestellen[367] (Stand 2008) ein breites, wenngleich auch beiweiten nicht flächendeckendes[368] Artikulationsforum zu Verfügung steht, das von Psychiatriepatienten – befreit von jeglichen Sanktions-[369] als auch Kumpaneibefürchtungen[370] – zur Anbringung ihrer negativen Erfahrungen mit den Institutionen des psychiatrischen Versorgungssystems verwandt werden kann. Ehe nun im nachfolgenden Agendapunkt *in nuce* darauf eingegangen werden soll, welche Möglichkeiten der politischen und institutionellen Einflussnahme vom BPE vorgeschlagen *resp.* bereits umgesetzt wurden, möchte der Autor zur Hinführung auf eben diese Thematik in knappen Worten einige der zentralen Ergebnisse einer im Jahre 2007 durchgeführten Befragung von insgesamt 23 Beschwerdestellen wiedergeben.[371] „Unsere Untersuchung" – so resümieren HAMANN et al. am Ende ihres Forschungsberichts – „gibt Hinweise, dass die Möglichkeit, Beschwerden zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität zu nutzen, in der psychiatrischen Versorgungslandschaft momentan noch wenig Beachtung findet. Eine weitere Professionalisierung in diesem Bereich (…) könnte ein wichtiger Schritt sein, psychiatrische Dienste mehr als bisher an die Bedürfnisse der Nutzer anzupassen"[372].

2) *Einbeziehung von Betroffenen in therapeutische, institutionelle, ausbildungsbezogene, gesundheitspolitische und wissenschaftliche Planungsprozesse:* Einer der gewichtigsten Kritikpunkte des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener besteht darin, dass die professionellen Experten sowohl auf der gesundheitspolitischen Ebene als auch auf der institutionellen Ebene häufig – wenngleich auch in der Regel unbewusst – an den konkreten Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeplant und vorbeigehandelt wird.[373] Mit anderen Worten gesagt, stößt der nicht nur bei medizinisch-therapeutischen Experten, sondern auch bei Politikern unterschiedlichster Couleur nach wie vor weit verbreitete paternalistische Habitus – welcher in der Hybris gipfelt, die wirklich wahren Bedürfnisse der Betroffenen quasi ohne Ansehung *resp.* ohne Anhörung der Person bereits im voraus schon genau kennen zu glauben[374] – bei den Psychiatriebetroffenen durch die Bank weg auf heftige Empörung und Ablehnung. Dementsprechend zielen die nachstehend abgedruckten Forderungen aus der BPE-Agenda vornehmlich auf eine Überwindung dieses Missstandes, im Sinne des aus unzähligen Betroffenen-Kehlen herausgeschleuderten Slogans »*Verhandeln statt behandeln*«[375], ab:

> „Wir fordern die Entwicklung sinnvoller Alternativen zur Pflege- und Betreuungsmentalität der herkömmlichen medizinischen Psychiatrie unter unserer **Mitwirkung als gleichberechtigte Partner**. Zwang und Gewalt erzeugen Angst, können aber wie Bevormundung und Verwahrung niemals Heilung bewirken. **Wir fordern eine subjektorientierte Psychiat-**

[367] vgl. HAMANN et al. 2008
[368] vgl. HAMANN et al. 2008: 126
[369] vgl. SIEBRASSE 1996: 10 „(…) psychiatrieunabhängige Gremien" – so SIEBRASSE – „die Beschwerden ernsthaft nachgehen, [ist, T.K.] das, was wir bräuchten, um u.a. endlich angstfrei Autoritäten gegenüber auftreten zu können. Es müsste ein Gebot der Selbstverständlichkeit (und der Humanität) sein, dass jedem Psychiatriebetroffenen in seinem unveräußerlichen Recht auf Kritik professionelle, psychiatrieunabhängige Unterstützung zuteil wird, ob er nun in gemeindenahen, betreuten Lebensräumen lebt oder in der psychiatrischen Klinik Grund hat, sich zu beklagen" [ebenda].
[370] vgl. SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN 1982: 298
[371] vgl. HAMANN et al. 2008: 125
[372] HAMANN et al. 2008: 126
[373] vgl. SEIBERT 1998: 174 sowie WAGNER 2001: 128
[374] Zu einer ähnlichen Einschätzung siehe u.a. ILLICH 1979: 15-16, 20ff.; MCKNIGHT 1979: 49-50; KEUPP 1998: 27-29 und ZAUMSEIL 1978: 23
[375] vgl. WAGNER 2001 und WIENBERG 2001a: 184

> **rie**, die von unseren Erfahrungen und von unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht, die Dialog und Hilfe zur Verarbeitung der Inhalte der Psychosen und Depressionen anbietet und **unsere Bedürfnisse berücksichtigt**. Wir wollen offen und unbefangen mit unserer Erkrankung und der ihr innewohnenden Reifungsmöglichkeit umgehen und mehr Eigenverantwortung übernehmen. Wir haben nichts zu verbergen. **Viel zu lange ist geschwiegen worden**.[376]

Betrachten wir nun die Mittel und Wege, welche vom BPE zur faktischen Realisierung des postulierten Idealzustandes einer subjektorientierten Psychiatrie, die den demokratischen Grundprinzipien (Gleichberechtigung, Anhörungs- und Mitbestimmungsrecht usw.) hinreichend Rechnung trägt, ins Felde geführt werden, so zeigt sich, dass sich der BPE insbesondere für die zeitnahe Umsetzung von Partizipationskonzepten – die in der fachspezifischen Literatur zumeist unter den Labeln ‚*Nutzerkontrolle*', ‚*Nutzerorientierung*', ‚*Nutzerpartizipation*', ‚*Nutzerforschung*' oder ‚*Trialog*'[377] verhandelt werden – stark macht. Konkret formuliert bedeutet dies, dass sich der BPE mit Nachdruck für eine gesteigerte Berücksichtigung der Sichtweisen, Meinungen, Erwartungen und Bedürfnisse von Nutzer psychiatrischer Dienstleistungen auf den Ebenen der individuellen Behandlung (z.B. in Form der Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung oder des so genannten Psychiatrischen Testaments), der institutionellen Versorgungspraxis (z.B. durch die Beteiligung an Vorstellungsgesprächen[378], der turnusmäßigen Abfrage der Behandlungszufriedenheit[379] oder durch die Einstellung von Betroffenen als Co-Experten[380]), der Experten-Ausbildung (z.B. durch die Berücksichtigung von Nutzern bei der Erstellung von Ausbildungs-Curricula oder aber in Form des Erfahrungsaustausches zwischen Nutzern und Lernenden[381]), der Gesundheitspolitik (z.B. durch „(…) die Berücksichtigung von Repräsentanten regionaler und überregionaler Nutzer- oder Betroffenengruppen in den entscheidenden Psychiatriegremien auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene"[382]) sowie der wissenschaftlichen Forschungspraxis (z.B. durch die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener an sämtlichen Forschungsprozessen, d.h. also angefangen bei der Planung und Konzeption über die Durchführung und Auswertung bis hin zur Er-

[376] BUNDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRERNER 2009 [hervorgehoben durch den Verfasser, T.K.]; siehe ferner BUCK 1998: 160

[377] Unter dem Terminus »*Trialog*« bzw. »*trialogische Psychiatrie*«, welcher allen voran durch den 1994 in Hamburg abgehaltenen Weltkongress für Soziale Psychiatrie über die Landesgrenzen hinaus bekannt wurde (vgl. BOCK et al. 1995 sowie DÖRNER 2006: 318-319), verbirgt sich – salopp formuliert – die Idee, dass Psychiatrie-Erfahrene, Professionelle und Angehörigen psychisch kranker Personen an ein und desselben Tisch Platz nehmen, um in einem Ambiente des – mit HABERMAS gesprochen – *‚herrschaftsfreien Diskurses'* die Ist-Soll-Situation der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu erörtern (vgl. BOMBOSCH et al. 2004b: 15 sowie DÖRNER 2006: 319). Das zentrale Ziel des »*Trialog*« besteht nun also primär darin, die *bis dato* vorherrschende einseitig professionelle Definitionshoheit (Stichwort: Expertendefinierter Bedarf) zugunsten einer demokratischen Berücksichtigung der Sichtweisen, Meinungen, Bedürfnisse, Veränderungsvorschlägen etc. von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigeren abzuschaffen (vgl. BOMBOSCH 2002: 25 sowie Ders. et al. 2004b: 14).

[378] vgl. GREVE 2005: 18 sowie SIBITZ et al. 2008: 131

[379] vgl. ebenda

[380] vgl. COOPER 1971: 119, 136; KRISOR 2005: 199-200; KRISOR & PFANNKUCH 1997: 37-38; KRUMM & BECKER 2006: 60 sowie MELZ 2005: 8

[381] vgl. HUGHES 2007; KLEMMERT 2001; MC ANDREW & SAMOCIUK 2005; MORRIS & BRAYSHAW 2009 sowie VAN DORP 2009 und WAGNER 2006: 93. Jenen Lesern, die sich mit dieser Thematik näher auseinandersetzen möchten, sei besonders die Internetseite des 2005 ins Leben gerufenen EX-IN-Projekts (www.ex-in-info/deutsch) anempfohlen. „Der Projektname EX-IN" so der Leiter von EX-IN Bremen Jörg UTSCHAKOWSKI – steht für Experienced Involvement, zu Deutsch: Einbeziehung (Psychiatrie-) Erfahrener. Ausgangspunkt des Projekts war die Überzeugung, dass Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, über einen reichen Schatz an Erfahrungswissen verfügen, das zu einem erweiterten Verständnis seelischer Erschütterungen, zu neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren und zu innovativen, nutzerorientierten Angeboten in der Psychiatrie beitragen kann. Die EX-IN-Ausbildung soll Psychiatrie-Erfahrenen die Gelegenheit bieten, die eigene Erfahrung zu reflektieren und sich Methoden- und Hintergrundwissen anzueignen, um als Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten oder als Ausbilder tätig zu sein" [UTSCHAKOWSKI 2009a: 7]. Für einen ersten, groben Überblick über die Inhalte und Ziele des EX-IN-Projekts eignen sich besonders die nachstehend angeführten Zeitschriftsartikel: BOCK 2009; GARTNER 2002; LANGE 2008; RÄTHKE sowie UTSCHAKOWSKI 2007, 2008 und 2009b. Eine ausführliche Darstellung des EX-IN-Projekts gewährt darüber hinaus der von UTSCHAKOWSKI et al. im Jahre 2009 herausgegebene Sammelband.

[382] KÄMMERER-RÜTTEN 1999: 40 sowie FRICKE 2005. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Beteiligung von Psychiatriebetroffenen bei der konkreten Ausgestaltung des psychiatrischen Versorgungsangebotes sowohl in den Niederlanden als auch in Großbritannien und den USA auf eine lange Tradition zurückblicken kann (siehe dazu insbesondere BOEVINK 2003, 2007; HANSEN 1997; KRÄMMER-RÜTTEN 1998 sowie KRUMM & BECKER 2006 und WIDMAIER 1981).

gebnisinterpretation[383]) einsetzt. Ohne nun – aus Gründen der Redundanzvermeidung – im Folgenden *en detail* auf die in den voranstehenden Zeilen skizzierten Partizipationskonzepte eingehen zu wollen, sei abschließend nichtsdestotrotz nochmals darauf aufmerksam gemacht, dass das vom BPE anvisierte Ziel einer subjektorientierten, an den konkreten Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichteten Psychiatrie keinesfalls auf dem kurzen Expertenweg, sondern ausschließlich über den steinigen, da konfliktträchtigen Weg des paritätisch-demokratischen Dialogs *bzw.* Trialogs zu erreichen ist.

3) *Gründung alternativer Institutionen (z.B. Berliner Weglaufhaus):* Inspiriert durch die Hospitation eines der in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den Niederlanden entstandenen „Wegloophuiser“[384] sowie durch den im Jahre 1978 erschienene Bestseller »*On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*« der bekannten amerikanischen Selbsthilfegruppenfürsprecherin Judi CHAMBERLIN entwickelte 1982 die erst zwei Jahre zuvor gegründete Selbsthilfeorganisation von Psychiatrieopfern namens »*Irren-Offensive*« die Idee des Berliner Weglaufhauses. Nachdem die praktische Realisierung des ausgearbeiteten Weglaufhaus-Konzept aufgrund diverser politischer Querelen sowohl in den 80er Jahren als auch bis Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts mehrfach scheiterte, öffnete am 1. Januar 1996 das Berliner Weglaufhaus – welches, in Erinnerung an die 1992 verstorbene Tina Stöckle, einer engagierten Mitbegründerin der »*Irren-Offensive*«, den Beinamen »*Villa Stöckle*« trägt – für insgesamt 13 psychisch erkrankter Personen ihre Türen.[385] Fragen wir nun nach den Eigentümlichkeiten des Weglaufhauses, so führt die Autorin Kerstin KEMPER in ihren erhellenden Aufsatz »*Was ist das Weglaufhaus?*« folgende Distinktionsmerkmale an:

---

[383] vgl. KRUMM & BECKER 2006: 61ff.; MELZ 2005: 13-16; MELZ et al. 2006; PRINS 2004; REICHHART et al. 2008: 116; VOELZKE 1996a sowie WALLCRAFT 2007. Hinsichtlich der an und für sich überaus begrüßenswerten und unterstützungswürdigen Forderung nach einer verstärkten, nach Möglichkeit gleichberechtigten Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung psychiatrischer Forschungsarbeiten, möchte der Verfasser an dieser Stelle zwei Kritikpunkte platzieren, die innerhalb der *bis dato* erschienen Fachliteratur zum Konzept der »*Nutzerkontrollierten Forschung*« gänzlich unthematisiert blieben. Erstens sei auf den neuralgischen Punkt aufmerksam gemacht, dass die bisherige Diskussion um eine Nutzerkontrollierte Psychiatrieforschung nahezu restlos – bis auf die zweifelhafte Analogiebildungsversuche zwischen Frauenforschung und nutzerkontrollierter Forschung durch MELZ (vgl. MELZ 2005: 16) – unhistorisch geführt wurde. Diese theoriegeschichtliche Blindheit ist wohl maßgeblich für den Fauxpas verantwortlich zu machen, dass das Konzept der »*Nutzerkontrollierten Forschung*« in der spezifischen Literatur als brandneue Idee verhandelt wird, obzwar bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts ein nahezu identischer Forschungsansatz, *nudis verbis* die auf LEWIN und MORENO zurückreichende »*Aktionsforschung*«, in Deutschland *en vogue* war (vgl. HAAG et al. 1972 sowie MOSER 1975 und 1977a&b). Zur weiteren Unterfütterung des ersten Kritikpunktes werden wir nachstehend den Titel eines im Februar des Jahres 1979 in der Zeitschrift ‚Psychologie heute' erschienen Aufsatzes des Psychologen Peter A. FIEDLER vollständig wiedergeben, da allein die Überschrift dieses studierenswerten Aufsatzes als Beleg gewertet werden kann, dass die Aktionsforschung seinerzeit auch vor der Psychiatrie nicht halt machte: „*Klientenmitbestimmung in der Therapieforschung: Vom Versuchskaninchen zum Partner*“. Der zweite Kritikpunkt zielt nun weniger auf die theoretische Darstellung als vielmehr auf die praktische Umsetzung des Konzepts einer »*Nutzerkontrollierten Forschung*« ab. Bevor der Autor nun nachstehend zu einer ganz bestimmten Form der aktuellen Konzeptumsetzungspraxis kritisch Stellung nehmen werde, sei vorab erwähnt, dass in der Literatur insgesamt 3 verschiedene Stufen des Einbeziehungsausmaßes von Nutzern in den Forschungsprozess unterschieden werden: „Auf der ersten Stufe *(„Consultation")* werden die Nutzer psychiatrischer Dienste lediglich um ihre Einschätzung spezifischer Aspekte des Forschungsdesigns gebeten. Die Entscheidung über die Berücksichtigung der Nutzeranmerkungen obliegt den professionell Forschenden. (…) Stärker eingebunden in den Forschungsprozess sind Nutzer in der zweiten Stufe („*Collaboration*“). Sie zeigen sich hier für spezielle Teile des Projekts verantwortlich. Ihre Expertise wird jenen der professionell Forschenden gleichgestellt. Die Nutzer sind über den gesamten Projektverlauf informiert und an allen Entscheidungen beteiligt. (…) Auf der dritten Stufe *(„User Led / User Control")* obliegt die Leitung und Kontrolle sämtlicher Stufen des Forschungsprozesses den Nutzern, wobei professionell Forschende bei Bedarf um Rat oder Unterstützung gebeten werden können. Der Forschungsverlauf ist daher weitgehend abhängig von den (professionellen) Fähigkeiten der Nutzer“ [KRUMM & BECKER 2006: 61]. Erweisen sich die ersten beiden Einbeziehungsgrade noch als uneingeschränkt erkenntnisbereichernd, da das ‚gelebte Erfahrungswissen der Psychiatriebetroffenen' das ‚gelernte Fachwissen der Forscher' häufig fruchtbar zu ergänzen weis, so erscheint mir die dritte Partizipationsstufe des so genannten ‚*User Led*' resp. ‚*User Control*' – wobei das Wort ‚Partizipation' in diesem Zusammenhang eher unpassender Natur ist, da es sich ja weitestgehend um einen forschenden Alleingang der Nutzer handelt – nichts weniger als ein hübsch aufblendendes Danaergeschenk zu sein. Konkret formuliert bedeutet dies, dass den Nutzern in derartigen Projekten a priori eine umfangreiche Methodenkompetenz attestiert wird, die sie jedoch faktisch zumeist – es sei den die Betroffenen haben entweder ein entsprechenden Studiengang absolviert oder einen Empirie-Workshop besucht – nicht besitzen. Zur Untermauerung dieser kritischen Bemerkung sei abschließend noch auf die beiden nutzergeleiteten Studien von TERPORTEN et al. (1995) sowie von SPIEKER (2005) verwiesen, in denen von den Betroffenen jeweils ein Forschungsinstrumentarium (Fragebogen) entwickelt wurde, das – gelinde gesagt – jedweder wissenschaftlichen Redlichkeit Hohn spricht. In der Summe können wir also festhalten, dass sich forschende Alleingänge – ganzgleich ob sie nun von Wissenschaftlern oder von Betroffenen in Angriff genommen werden – auf dem Holzweg befinden und erst ein harmonisches Zusammenspiel zwischen dem Fachwissen der professionellen Forscher und dem Erfahrungswissen der Psychiatrie-Betroffenen den Weg zu einer optimierten Versorgungsforschung ebnet. Abschließend sei noch angemerkt, dass von dem zweiten, wesentlich schwerer wiegenden Kritikpunkt insbesondere die Studienarbeiten von FINK & RUSNO (2003) sowie MELZ (2005 u. 2006), die gewissermaßen als Musterbeispiele für eine gelungene Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in den empirischen Forschungsprozess angesehen werden können, auszunehmen sind.

[384] siehe dazu LEHMANN 1998 sowie WEHDE 1991

[385] eine detaillierte Aufarbeitung des historischen Entwicklungsprozesses der Berliner-Weglauf-haus-Idee bietet u.a. der Aufsatz von Peter LEHMANN (1998)

- „Die Verantwortung bleibt bei den BewohnerInnen. Das geht nur, wenn wir sie nicht für zeitweise fremdbestimmt, nicht für krank halten.
- Krisen dürfen sein und werden nach Möglichkeit von uns begleitet, auch mal rund um die Uhr. Schwierig wird es nur, wenn der Kontakt ganz abbricht, Absprachen nicht mehr möglich sind.
- Wir üben keinen Zwang aus und garantieren einen psychiaterfreien Raum.
- Akten, die wir führen müssen, z.B. Befürwortungen der Kostenübernahme oder Entwicklungsberichte, die einige Sozialämter zur Bedingung machen, sind den Betreffenden jederzeit zugänglich. Sie bestimmen mit, welche Mitteilungen an welche Stellen gehen.
- Es gibt mit der Hausversammlung, der Vollversammlung, dem Team und dem Vereinsplenum durchschaubare und demokratische Entscheidungsgremien, die alle mit einem Vetorecht der Betroffenen ausgestattet sind.
- Die fest angestellten MitarbeiterInnen tun und verdienen das gleiche, egal was sie gelernt haben. Mindestens die Hälfte sind Betroffene [d.h. ehemalige Psychiatriepatieten, T.K.]“[386].

Legen wir nun unsere bedürfnistheoretische Interpretationsfolie über das Berliner-Weglaufhauskonzept, so zeigt sich, dass diese Einrichtung dem obig genannten Ansatz der NutzerInnenkontrolle insofern zu erfüllen weis, als dass das oberste therapeutische Ziel des Weglaufhauses, in Worten die weitestgehende Wiederherstellung der Selbstbestimmungs- und Handl-ungsfähigkeit (Stichwort: Empowerment), insbesondere dadurch erreicht werden soll, dass den Autonomie- und Partizipationsbedürfnissen der Bewohner hinreichend Rechnung getragen wird.[387] Abschließend können wir festhalten, dass das ‚*Berliner Weglaufhaus Villa Stöckle*’ auf zweierlei Weise die bereits zu Anfang dieses Diskursunterpunktes beschriebene Problematik einer rein expertokratischen Bedarfs- *resp.* Angebotsfestlegung zu negieren trachtet: Erstens versucht die ‚*Villa Stöckel*’ der Gefahr, dass die Angebote der Einrichtung an den konkreten Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigehen, dadurch zu begegnen, dass mindestens die Hälfe der professionellen Mitarbeiter – zuzüglich zu ihrer fachlichen Ausbildung als Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen etc. – selbst als Psychiatrie-Betroffene Erfahrungen gemacht haben müssen.[388] Ohne im nachstehenden nun Reflexionen über die reale Wirkmächtigkeit dieser, bereits in der mythologischen Figur des *Cheiron* verkörperten Vorstellung, dass – mit dem Mediziner und Psychologen Carl Gustav JUNG gesprochen – „nur der Verwundete heilt“ anstellen zu wollen[389], werden wir in den folgenden Zeilen den Versuch starten, den Stellenwert und die Bedeutung von Patientenbedürfnissen innerhalb des im gegenwärtigen psychosozialen Theoriediskurses zuhauf im Munde geführten Schlagwortes der so genannten »*Subjektorientierung*« herauszupräparieren.

12. Subjektorientierte Psychiatrie: Wie bereits im vorausgehenden Satz angemerkt wurde, erfährt der Terminus der »*Subjektorientierung*« seit einigen Jahren in der psychosozialen Diskurslandschaft eine verstärkte, arbeitsfeldübergreifende Aufmerksamkeit. Entsprechend finden sich in der einschlägigen Fachliteratur – neben den für die vorliegende Arbeit besonders interessanten Forschungsarbeiten

---

[386] KEMPKER 1998

[387] vgl. HARTMANN & BRÄUNLING 2007: 203

[388] vgl. VEREIN ZUM SCHUTZ VOR PSYCHIATRISCHER GEWALT e.V. 1995. „Ein internes Qualifikationskriterium für die Auswahl der MitarbeiterInnen des Weglaufhauses“ – so steht es in der Konzeption des Weglaufhauses geschrieben – „ist die eigene reflektierte und verarbeitete Psychiatrie-Erfahrung. Mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen waren selbst InsassInnen einer psychiatrischen Anstalt und haben diese Erfahrung in ihrem Leben bewältigt. Gemäß der Ansätze der Psychiatrie-Betroffenen-Bewegung wird im Weglaufhaus die eigene Psychiatrie-Betroffenheit als besondere Qualifikation in der Arbeit mit den BewohnerInnen betrachtet. Qualifiziert sind MitarbeiterInnen, die eigene Erfahrungen mit Verrücktheit, Psychiatrisierung oder anderen schwierigen Lebenssituationen gemacht und diese bewältigt haben. Den BewohnerInnen stehen so Beispiele dafür zur Verfügung, daß es möglich ist, Psychiatrie-Erfahrungen zu bewältigen und ein Leben jenseits des psychiatrischen Versorgungssystems zu führen. Außerdem ermöglicht die reflektierte eigene Krisenerfahrung, die auch die nicht-betroffenen MitarbeiterInnen haben, eine besondere Empathie und eine größere Toleranz gegenüber extremen Handlungs- und Wahrnehmungsweisen“ [ebenda].

[389] Den an dieser Thematik interessierten Lesern sei die Lektüre der überaus lehrreichen Bücher »*Der verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilenberufes*« von GATHMAN & SEMRAN-LININGER (1996) sowie »*Der verwundete Heiler: Kritische Analyse einer Metapher*« von RÖSING (2007) wärmstens empfohlen.

zum Konzept einer »*Subjektorientierten Psychiatrie*«[390] – Bemühungen, nicht nur ausgewählte Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit (z.B. Jugendarbeit[391]), sondern die gesamte Disziplin der »*Soziale Arbeit*« in einem subjektorientierten Theorieansatz zu verankern.[392] Nehmen wir uns nun allerdings in definitorischer Absicht der Literatur zur »*subjektorientierten Psychiatrie*« an, so zeigt sich, dass der zur Disposition stehende Begriff der »Subjektorientierung« sowohl uneinheitlich als auch – ausgenommen die tiefer ansetzenden Arbeiten von KRISOR (2005) und LÜTJEN (2007) – unabhängig von seinen philosophischen Wurzeln benutzt wird. „Der Begriff »Subjektorientierung«" – so formuliert Matthias KRISOR, *in persona* Chefarzt des gemeindepsychiatrisch ausgerichteten St. Marien-Hospitals Herne-Eickel – „taucht in den letzten Jahren immer öfter im psychosozialen Diskurs auf; dabei wird aber oft weder sein Inhalt noch seine Herkunftsgeschichte erörtert, auch werden die aus ihm abzuleitenden Konsequenzen für die therapeutische Interaktion und Settings oft nicht gezogen"[393]. Ziehen wir nun aus dieser unerquicklichen Einsicht die logischen Konsequenzen, so gilt es sich in einem ersten Schritt über die grundlegende Frage zu verständigen, was eigentlich unter dem Wort »Subjekt« zu verstehen ist. Bevor wir uns nun allerdings nachstehend – unter vorübergehender Außerachtlassung des Suffixoids ‚Orientierung' – der inhaltlichen Ausgestaltung des Subjektbegriffs zuwenden werden, möchte der Autor diesbezüglich vorab darauf Hinweisen, dass eine detaillierte Freilegung der philosophiegeschichtlichen Gedankenfäden, aus denen der Subjektbegriff maßgeblich gewoben wurde, in der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden kann. Konkret gesagt bedeutet dies, dass der Subjektbegriff im Folgenden nicht aus den einzelnen Werken bekannter Subjektphilosophen – angefangen bei Immanuel KANT über Johann Gottlieb FICHTE und Max STRINER bis hin zu Jean-Paul SARTRE und Peter SLOTERDIJK – deduziert wird. Ungeachtet der nuanciellen inhaltlichen Unterschiede, mit denen die im voranstehenden Satz genannten Philosophen den Subjektbegriffs jeweils ausstaffieren, werden nachstehend – unter zusätzlicher Bezugnahme auf die neueren subjekttheoretischen Studien von Peter V. ZIMA[394], Manfred FRANK[395] uns Heiner KEUPP[396] – die basalen Strukturbausteine aufgelistet werden, die im Definiens des Terminus »Subjekt« gemeinhin aufleuchten. Versuchen wir also nun genauer zu bestimmen was genau damit gemeint ist, wenn der Mensch im wissenschaftlichen Kontext mit der Begrifflichkeit des »Subjekt« angesprochen wird, so zeigt sich, dass wann immer vom Subjekt die Rede ist, der Mensch durch folgende Attribute charakterisiert ist:

- Selbstbestimmungsfähigkeit;
- Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit;
- Verantwortungsfähigkeit;
- Reflexionsvermögen;
- Autonomie;
- Mündigkeit;
- Intentionalität (Zielgerichtetheit des Handelns);

---

390 vgl. dazu BARTHELS 1991; BERNARDI et al. 2000: 14ff; BUCK 1998: 160; BOCK / DÖRNER & NABER 2004: 14; GERLACH & KEMMESIES 1990; HASELMANN 2008; HEESCH 2001; HEIßLER 2001; HERWIG-LEMPP 1994; HOFF 2004; KRAUSS 1985; KRISOR 1994b, 1995a,1997a-c,2005; KRISOR & PFANNKCUH 1996; LÜTJEN 2007a und 2008; PEUKERT 2001; PLOG 2003; VOELZKE 2001; WIENBERG 2001a&b sowie ZISKOVEN 1994

391 vgl. HENKELE 2005 sowie SCHERR 1997, 1998, 2003a/b und 2006

392 vgl. dazu u.a. LÜTJEN 2007b; MANGOLD 1997; SCHREIBER 1999 und SÜNKER 1989. Als die beiden bedeutendsten Sozialarbeitertheoretiker, die sich bereits Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts unabhängig voneinander darum bemühten, die »Soziale Arbeit« auf ein subjekttheoretisches Fundament zu hieven, gelten Michael WINKLER (vgl. 1988, 1994, 1996, 2004 sowie 2006) und Albert SCHERR (vgl. 1989 und 1992)

393 KRISOR 2005: 80

394 vgl. ZIMA 2000

395 vgl. FRANK 1988

396 vgl. KEUPP 2002

- Authentizität (Echtheit, Aufrichtigkeit, Eigentlichkeit);
- Fähigkeit zur „Kausalität aus Freiheit" *resp.* zum „unbewegten Beweger", dies meint, dass die Person selbstständiger, undeterminierter Urheber ihrer eignen Handlungen ist.

Lassen wir nun noch einmal unseren Blick über die herausdividierten Eigenschaften schweifen, deren faktische Präsenz dem jeweiligen Menschen seinen Subjektstatus bescheinigt, so wird der aufmerksame Leser der vorliegenden Arbeit hinsichtlich des zur Verhandlung stehenden Konzepts einer »s*ubjektorientierten Psychiatrie*« aller Wahrscheinlichkeit nach nicht minder schwer von dem Gefühl heimgesucht werden, dass diese Forderung ob der augenscheinlichen Unfähigkeit der meisten Psychiatriepatienten, dem obigen Kompetenzkatalog hinreichend gerecht zu werden, nur insofern von begutachtenswertem Interesse ist, als dass es im Kuriositätenkabinett psychiatrischer Reformideen sicherlich einen besonderen Ehrenplatz, wenn nicht gar eine eigens ausgelobte Auszeichnung für besonders widerspenstige Zynismen erhält. Doch Vorsicht! Urteilen wir nicht zu voreilig und wenden uns stattdessen nochmals der Ausgangsprämisse dieser kritischen Einschätzung, die auf der Annahme fußt, dass psychisch kranke Menschen nicht als vollwertigen Subjekte zu betrachten sind, zu, so zeigt sich, dass diese Auffassung vom Patienten als eine durch und durch defizitären Wesens – KRISOR spricht in diesem Zusammenhang treffend von einem totalitären Krankheitsbegriff, „(…) der die Person ausschließlich unter einem krankheitszentrierten Blickwinkel erfasst"[397] – ein zentrales Signum parternalistisch-kustodialer Versorgungsmentalität darstellt, die angesichts der vielfach nachgewiesenen Tatsache, dass psychisch kranke Personen neben ihren psychopathologischen Symptomkomplex genügend gesunde und gänzlich normale Anteilen aufweisen, verworfen werden muss. Aufgrund dieser Einsicht können wir an dieser Stelle bereits *ad notam* nehmen, dass psychisch erkrankte Personen trotz ihrer teilweise stark ausgeprägten psychopathologischen Beeinträchtigungen keinesfalls der Subjektstatus *in toto*, sondern ausschließlich *partiell* zu entziehen ist. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass psychisch erkrankte Personen als teilbeschädigte Subjekte angesehen werden können, die neben ihren krankheitsbedingten Defiziten über eine mehr oder minder reichhaltige Palette an Kompetenzen verfügt. Wenden wir uns nun in einem zweiten Schritt, nachdem wir einerseits die inhaltlichen Strukturbausteine des Subjektbegriffs aus der umfangreichen Literatur destilliert und andererseits Art und Umfang des Subjektstatuses psychiatrischer erkrankter Personen taxiert haben, der entscheidenden Frage, was genau unter dem Konzept der »*Subjektorientierung*« bzw. der »*subjektorientierten Psychiatrie*« verstanden werden kann, zu, so zeigt sich, dass sich hinter dem Terminus der »*Subjektorientierung*« weniger ein ausgeklügeltes Konzept als vielmehr eine Grundhaltung verbirgt, welche die professionell Tätigen auf der einen Seite dazu anhält, im medizinisch-therapeutischen Interaktionsprozess die positiven, gesunden Eigenschaften und Kompetenzen des Patienten zu entdecken und zu fördern, sowie auf der anderen Seite das Fachpersonal für die subjektnegierenden Kräfte zu sensibilisieren, die von der Gesamtheit der institutionellen Strukturen – wie sie in eindrucksvoller Weise sowohl von GOFFMAN als auch der so genannten »*psychothérapie institutionellen*« beschrieben wurden – erzeugt werden können. Bevor nun im Folgenden anhand ausgewählter Praxisbeispiele aufgezeigt werden soll, in welchem Ausmaß die bisweilen doch noch recht abstrakt anmutende Forderung nach einer verstärkten Subjektorientierung innerhalb der psychosozialen Versorgungslandschaft konzeptionell realisiert wurde, möchte

[397] KRISOR 2005: 91

der Autor vorab die definitorische Klarheit des zur Diskussion stehenden Begriffs »*Subjektorientierung*« durch eine ‚*Definition ex negativo*' zu potenzieren versuchen. Genauer gesagt sind die nachstehenden Zeilen mit der Intention verfasst worden, dem Leser der vorliegenden Arbeit die dem Konzept der »*Subjektorientierung*« innewohnende ethische Grundhaltung durch eine profunde Besprechung seines Antonyms, in Worten der »*Objektorientierung*«, näher zu bringen. Versuchen wir also nun aus der Literatur eine Liste jener Verhaltensmerkmalen herauszusieben, deren gepaartes oder eventuell bereits auch singuläres in Erscheinung treten als »*Objektorientierungscharakteristika*« zu lesen sind, so stellt man nach Ansicht des Autors relativ behände fest, dass fast sämtliche Eigenarten einer radikal am Objekt orientierten Grundhaltung in einem einzigen Blick, dem so genannten Pannwitz-Blick[398], konzentriert sind. In der Art und Weise nämlich, wie an einem nicht genau datierbaren Tag in den Frühjahrsmonaten des Jahres 1944 der im Konzentrationslager Auschwitz seinen Dienst verrichtende Chemiker Doktor Pannwitz den Häftling Nummer 174 517 – mit dem bürgerlichen Namen Primo LEVI – im Rahmen eines Prüfungsgespräches anblickte, offenbart sich auf Seiten des Doktor Pannwitz eine antihumanistische, subjektliquidierende Interaktionsgrundhaltung sondergleichen, da der Häftling *bzw.* der Mensch Primo LEVI auf ein reinen Objekt- *resp.* Dingstatus reduzierte wird. Lassen wir an dieser Stelle jedoch Primo LEVI selbst zu Wort kommen:

> „Pannwitz ist" – so beschreibt LEVI in seinem autobiographischen KZ-Bericht »*Ist das ein Mensch?*« das Mitglied einer dreiköpfigen Chemieprüfungskommisson, die darüber zu befinden hatten, welche der sich als Chemiker ausgebenden Häftlinge wirklich über eine chemische Expertise verfügten und so dem Kommando 98 zugewiesen werden konnten – „hochgewachsen, mager und blond; er hat Augen, Haare und Nase, wie alle Deutschen sie haben müssen, und er thront fürchterlich hinter einem wuchtigen Schreibtisch. Ich, Häftling 174 517, stehe in seinem Arbeitszimmer, einem richtigen Arbeitszimmer, klar, sauber und ordentlich, und mir ist, als müsste ich überall, wo ich hinkomme, Schmutzflecken hinterlassen. Wie er mit Schreiben fertig ist, hebt er die Augen und sieht mich an. Von Stund an habe ich oft und unter verschiedenen Aspekten an diesen Doktor Pannwitz denken müssen. Ich habe mich gefragt, was wohl im Inneren dieses Menschen vorgegangen sein mag und womit er neben der Polymerisation und dem germanischen Bewusstsein seine Zeit ausfüllte; seit ich wieder ein freier Mensch bin, wünschte ich mir besonders, ihm noch einmal zu begegnen, nicht aus Rachsucht, sondern aus Neugierde auf die menschliche Seele. **Denn zwischen Menschen hat es einen solchen Blick nie gegeben**. Könnte ich mir aber bis ins letzte die **Eigenart jenes Blicks erklären, der wie durch die Glaswand eines Aquariums zwischen zwei Lebewesen getauscht wurde**, die verschiedenen Elemente bewohnen, so hätte ich damit auch das Wesen des großen Wahnsinns im Dritten Reich erklärt. Was wir alle über die Deutschen dachten und sagten, war in diesem Augenblick unvermittelt zu spüren. **Der jene blauen Augen und gepflegten Hände beherrschende Verstand sprach: »Dieses Dingsda vor mir gehört einer Spezies an, die auszurotten selbstverständlich zweckmäßig ist. In diesem besonderen Fall gilt es festzustellen, ob nicht ein verwertbarer Faktor in ihm vorhanden ist.**« Und in meinem Kopf, gleich Kernen in einem hohlen Kürbis: »Die blauen Augen und blonden Haare sind von Grund auf böse. **Jede Verständigung ist ausgeschlossen**. (…) «.[399]

[398] vgl. DÖRNER 2001: 46-47 und 2007: 7ff.; FINKIELKRAUT 1989c: 49 und 2000: 7-11 sowie SIERCK & DANQUART 1993.

[399] LEVI 2003: 127-128. Wie der zeitgenössische französische Philosoph Alain FINKELKRAUT in seinem programmatischen Buch »*Verlust der Menschlichkeit*« aus dem Jahre 2000, indem er zu anfangs – unter Bezugnahme auf das Ethikkonzept des jüdischen Philosophen Emmanuel LEVINAS – die Entstehungsdynamik des

Wenngleich nun auch die innerhalb des beklemmenden Erfahrungsberichts von Primo LEVI in Gestalt des Pannwitz-Blickes zum Vorschein kommende objektorientierte Interaktionsgrundhaltung sicherlich die denkbar extremste Form intersubjektiver Verdinglichungsprozesse darstellt, lassen sich aus dieser schlimmstmöglichen Variante nichtsdestotrotz einige der zentralen Objektorientierungsverhaltensmerkmale deduzieren, die *mutatis mutandis* in jedwede zwischenmenschliche Situationen eingeschrieben sind, in denen mindestens eine der am Interaktiongeschehen beteiligten Personen nicht als vollwertiges Subjekt anerkannt – der Soziologe Axel HONNETH schuf in diesem Zusammenhang die treffende Vokabel der »Anerkennungsvergessenheit«[400] – sondern mehr oder minder zu einem bloßen Objekt abqualifiziert wird. Halten wir nun nachstehend schlagwortartig fest, welche allgemeingültigen Objektorientierungscharakteristika aus der besonderen Vergegnungssituation, die sich im Jahre 1944 auf dem menschenverachtenden Boden des Konzentrationslagers Auschwitz zwischen dem Angestellten Doktor Pannwitz und dem Häftling Primo LEVI abspielte, herausgefiltert werden können, so zeigt sich, dass neben der bereits erwähnten Anerkennungsvergessenheit, insbesondere die folgenden Verhalten- *resp.* Einstellungsmodi als Chiffren einer objektorientierten Interaktionsgrundhaltung anzusehen sind: Gefühlskälte[401], Unansprechbarkeit, Distanz, keinen Widerspruch duldende Autorität, Abstreifung der Individualität oder beliebige Austauschbarkeit des Anderen, fehlende Perspektivübernahme, instrumentell-reduktionistische Personenwahrnehmung[402] sowie zu guter Letzt die Anmaßung, ein finales, apodiktisches Urteil über den Gesprächspartner fällen zu können. Betrachten wir nun abschließend, anhand welcher Merkmale eine objektorientierte von einer subjektorientierten Ausrichtung professionellen psychosozialen Handelns unterschieden werden kann, so ergibt sich folgendes Bild:

Pannwitz-Blickes zu erklären versucht, ausführt, hatte auch sein geistiger Mentor LEVINAS im deutschen Krieggefangenenlager seine Erfahrungen mit der sich im intersubjektiven Raum auftürmenden *‚Glaswand des Aquariums'* gemacht: „Die anderen, sogenannten freien Männer, die uns begegneten und die uns Arbeit oder Befehle gaben oder zuweilen sogar zulächelten – und auch die Kinder und Frauen, die vorbeiliefen und manchmal ihren Blick auf uns richteten – entkleideten uns unserer Menschlichkeit (…) Ein jämmerliches Murmeln – Kraft und Elend der Verfolgten – erinnerte uns an unser vernunftbegabtes Wesen. Wir befanden uns aber" – so notiert LEVINAS – „nicht mehr auf dieser Welt" [LEVINAS, zitiert nach FINKIELKRAUT 2000: 10-11]. Die Omnipräsenz der im Lageralltag vorherrschenden verobjektivierenden *resp.* verdinglichenden Begegnungs- oder treffender – mit BUBER gesagt – Vergegnungsform kommt nun aber am stärksten in der anrührenden, von LEVINAS geschilderten Geschichte vom *»letzten Kantianer Nazi-Deutschlands«* zum Ausdruck: „(…) eines Tages [tauchte, T.K.] ein herrenloser Hund im Stammlager auf. Die Gefangenen, die von Amerika und den Amerikanern träumten, nannten den Hund Bobby, und Bobby nahm die Gewohnheit an, sie mit einem fröhlichen Gebell sowohl beim Morgenappell als auch bei der Rückkehr von der Arbeit zu begrüßen. »Für ihn – das war unstreitbar – waren wir Menschen.« Aber dieser zerbrechliche Trost konnte nicht andauern: Nach einigen Wochen jagten die Wachen das lästige Tier fort, und der »letzte Kantianer Nazi-Deutschlands« nahm sein Herumstreunen wieder auf" [ebenda: 11].

400 Die von Max HORKHEIMER und Theodor W. ADORNO innerhalb ihrer epochalen Schrift *»Dialektik der Aufklärung«* präsentierten Einsicht, dass „Alle Verdinglichung (..) ein Vergessen [ist, T.K.]" [ADORNO & HORKHEIMER 1986a: 263], weiter fortspinnend entwickelte HONNETH die These, dass der Transformation von Personen in Nicht-Personen *bzw.* in pure Dinge oder Objekte eine ganz bestimmte Form der Amnesie, in Worten die Anerkennungsvergessenheit, zugrunde liegt. „Die Verdinglichung von menschlichen Wesen" – so führt HONNETH aus – „bedeutet (…) das Faktum ihrer vorgängigen Anerkennung aus den Augen zu verlieren oder zu verleugnen Prozess" [HONNETH 2005: 76].

401 „Gefühlskälte" – so formuliert Hannah ARENDT – „ist kein Kennzeichen von Vernunft. »Objektivität und Gleichmut« angesichts unerträglichen Leidens können in der Tat und mit Recht »Furcht erregen«, nämlich dann, wenn sie nicht Ausdruck der Selbstkontrolle sind, sondern die offenbare Manifestation der Unrührbarkeit. Um vernünftig reagieren zu können, muss man zunächst einmal ansprechbar sein, »bewegt« werden können (…)" [ARENDT 2003: 65].

402 siehe dazu insbesondere den lesenwerten Verdinglichungs-Aufsatz von Martha NUSSBAUM (2002)

Kennzeichen einer objektorientierten Psychiatrie	Kennzeichen einer subjektorientierten Psychiatrie
• Subjekt-Objekt-Beziehung - kustodial-parternalistisch-autoritäre Haltung - „sozialtechnologische Reperaturmenmentalität“ (STARK 1993: 41) - Figur des “Sozialingenieurs“ (vgl. DEWE et al. 1993: 31ff.) bzw. die - Figur des „Psychotechnikers“ (vgl. KRISOR 2005: 87) - Patient als ‚Werkstück’ (vgl. MITSCHERLICH 1983b)	• Subjekt-Subjekt-Beziehung - partnerschaftlich-demokratische Haltung - Figur des “stellvertretend Deutenden“ (vgl.DEWE et al. 1986 & 1993) *resp.* die Figur des “Mäeutikers“ (Geburtshelfer bei der Entbindung bzw. Wiedergeburt einer erstarkten Subjektivität)
• Bevormundungs- *resp.* Befehlskultur: - „Barbarei der Besserwisserei“ (vgl. BRAUNMÜHL 1984) - Leugnung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten - „Konvivialitätsverlust“ (vgl. ILLICH 1975: 32) - Definitionsmonopol der professionellen Experten - „Entmündigende Expertenherrschaft“ (vgl. ILLICH 1983) - „Fürsorgliche Belagerung“ (vgl. BÖLL 1982)	• Verhandlungs- und Partizipationskultur: - Anerkennung des Expertenstatus der Patienten - Respektierung und Berücksichtigung der Autonomie- und Selbstbestimmungsbedürfnisse des Patienten - „Vorspringende befreiende Fürsorge“ (vgl. HEIDEGGER 2001: 298) - Patient als Co-Poduzent medizinisch-therapeutischet Dienstleistungen - Konzept des shared decison-making
• Totalitärer Krankheitsbegriff: - Reduzierung des Patienten auf seine Krankenrolle	• Berücksichtigung der Rollenvielfalt: - Ganzheitliche Wahrnehmung patientenseitigen Rollenrepertoires - „Jeder Mensch ist eine kleine Gesellschaft“ (NOVALIS 2001: 332)
• strikte Defizitorientierung: - Leitbild des passiven, inkompetenten Patienten	• Ressourcen- und Kompetenzorientierung: - Leitbild des aktiven, kompetenten, mündigen Patienten - Konzepte: Empowerment, Recovery etc.
• Therapeutisch-diagnostische Geschlossenheit: - Nosologische Festlegung des Patienten - glaube an die Fähigkeit, den Anderen gänzlich verstehen zu können - Zudeckung der Nacktheit des Antlitzes mit medizinischen Prädikaten, um dessen Ruf nicht hören zu müssen (vgl. FINKIELKRAUT 1989a: 39) - inhumane Dummheit die interpretiert, um nicht zuhören zu müssen (vgl. ebenda: 99) - „Anmaßung von Wissen“ (vgl. HAYEK 1983)	• Therapeutisch-diagnostische Offenheit: - Prinzipielle Verborgenheit und Unergründlichkeit des Anderen (vgl. LEVINAS 2002 und PLESSNER 1981) - Theorie als Mogelei (KLEVE 2007a) - Verzicht auf letztes Urteil (Mensch als das nicht feststellbare Tier im Sinne Nietzsches) - künstliche Dummheit die dafür sorgt, dass das theoretische Deutungswerkzeug in der Erstbegegnung zugunsten einer größtmöglichen Offenheit gegenüber den Aussagen des Anderen beiseite gelassen wird (vgl. HITZLER 1986, 1997 & 2001) <u>Handlungsmaximen:</u> - „Dem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wach gehalten zu werden“ (LEVINAS 1983: 120) - „Niemand ist berechtigt, sich mir [dem Patienten, T.K.] gegenüber so zu benehmen, als kenne er mich“ (WALSER 1925: 78)
• Despektierliche Formen der Anrede: - Verrückte, Irre, Wahnsinnige etc. - „Wie geht’s uns denn heute?“ - Patientengut (vgl. FISCHER 1971: 69) - Bildung von Diminutivaffixen - Verstärkte Nutzung des Wortes „er“, das von Roland BARTHES als bösartigstes Wort der Sprache sowie als Pronomen der Nicht-Person bezeichnetet wurde (vgl. BARTHES 1978: 183) - weitere mutilierte Anredeformen finden sich bei GOFFMAN 1973: 32, 39	• Würdevolle Formen der Anrede: - Nutzer, Kunde, Adressat - in der französischen Klink La Borde werden die Patienten nicht als Patienten, sondern als ‚pensionnaires’ (Gäste einer Pension) angesprochen (vgl. HOFMANN 1983) - In der von Loren MOSHER gegründeten Soteria Einrichtung in Kalifornien, wurde der Patientenbegriff – welcher vom Team als zu medizinisch und passiv angesehen wurde – durch die Termini Bewohner oder Klient ersetzt (vgl. MOSHER et al. 1994: 6) - Ein interessantes Sprachexperiment unternahm ferner der niederländische Reformpsychiater Jan FONDRAINE, der die Psychiatrische Station in „Schule fürs Leben“ umbenannte und die Patienten als „Studenten“ ansprach (vgl. FONDRAINE 1976: 296ff.) - Zur grundsätzlichen Bedeutung der Anrede für die Subjektbildung siehe das Buch »*Haß spricht*« von Judith BUTLER (2006)
• Standardisierte Behandlungsprogramme („Therapie von der Stange“)	• Individuelle abgestimmter Behandlungsplan („maßgeschneiderte Therapie“)
• Primäre Orientierung an den Bedürfnissen der Institution (Institutionszentrierung)	• Primäre Orientierung an den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten (Patientenzentrierung)
• Angebotsorientierung: - Bedarfsfestlegung durch professionelle Experten	• Nachfrageorientierung: - Trialogische Bestimmung des Versorgungsbedarfs - Responsivitäts-Konzept
• Vorherrschaft einer biologistische Lehrmeinung: - Medikamente bilden den zentralen therapeutischer Wirkmechanismus	• Vorherrschaft einer sozialpsychiatrischen Lehrmeinung: - Unentfremdete Formen der zwischenmenschlichen Begegnung und Interaktionen werden als zentrale therapeutischer Wirkmechanismus angesehen
Psychiatrie als totale Institution (vgl. Goffman 1973)	Psychiatrie als gesprengte Institution (vgl. Mannoni 1978)

Tab. 27: Kennzeichen ‚objektorientierter-’ versus ‚subjektorientierter Psychiatrie’[403]

Nehmen wir nun, nachdem in den voranstehenden Zeilen der gegenwärtig im psychosozialen Diskurs beinahe inflationär gebrauchte Begriff der »Subjektorientierung« durch eine Abgrenzung von seinem Pedant, in Worten der »Objektorientierung«, inhaltlich präzisiert werden konnte, näher in Augenschein, inwieweit die Idee der »subjektorientierten Psychiatrie« auf dem oftmals mit mannigfachen Hindernissen gepflasterten Weg aus den Denk-, Schreib- und Lesestuben bereits in den psychiatrischen Alltag voranschreiten konnte, so wird man des Umstandes gewahr, dass innerhalb der psychiatrischen Versor-

[403] eigene Entwicklung

gungslandschaft eine nicht unwesentliche Anzahl an Praxiskonzepte (so z.B. Psychoeduktative Gruppenarbeit, Psychose-Seminare, Bedürfnisangepasste Psychose-Behandlung, Behandlungsvereinbarungen, Personenzentrierte Hilfen (IBRP), subjektorientierte Gespräche, Kooperative Phramakotherapie, Shared decision-making, Empowerment, Lebensweltorientierung, Recovery, unabhängige Beschwerdestellen, Trialogische Ansätze, unterschiedliche Aktivitäten der Gemeindepsychiatrie Herne usw.) unzweifelhaft den Anspruch erheben könnten, zentrale Merkmale der Subjektorientierung konzeptionell verwirklicht zu haben.

Um nun die an und für sich übergeordnete Frage des vorliegenden Diskursunterpunktes, *nudis verbis* die Frage nach dem Stellenwert von Patientenbedürfnissen innerhalb des Konzepts einer »subjektorientierten Psychiatrie«, fundiert beantworten zu können, werden wir nachstehend noch etwas ausführlicher auf die gemeindepsychiatrische Reformklinik in Herne eingehen, da diese von Michael KRISOR geleitete Klinik dem normative Leitbild einer »subjektorientierten Psychiatrie« deutschlandweit am nächsten kommt. Die Ausnahmestellung der Herner Klinik verdankt sich jedoch nicht bloß dem Umstand, dass die Klinik in Gestalt von Atelierveranstaltungen, Delegiertenkonferenzen, patientengeleitetes Empfangs- und Besucherkomitee, Krisenassistenten usw. mit einer imposanten Vielzahl subjektorientierter Praxiskonzepte aufwarten kann, sondern basiert darüber hinaus zu gleichen Anteilen auf der herausragenden theoretisch-wissenschaftlichen Einbettung *resp.* Ableitung dieser Praxiskonzepte durch den Autor Michael KRISOR[404], der seit 1977 als Chefarzt des St. Marien-Hospitals fungiert.[405] Versuchen wir also nun im Folgenden anhand der im Anhang platzierten Abbildung 44 sowohl die dem subjektorientierten Konzept der Herner-Klinik zugrunde liegenden Theorieansätze als auch die aus diesem Konzept resultierenden Praxisansätze (Interaktionsnormen und Institutionsstrukturen) näher zu beschreiben, so stoßen wir unweigerlich auf das hermeneutische Problem, dass wir zur Einlösung dieses Unterfangens in den nachfolgenden Zeilen nicht umhinkommen werden, wenigstens die zentralen Kernaussagen des unter dem Label »*psychothérapie institutionelle*«[406] firmierenden französisch-stämmigen Psychiatriereformansatz in groben Strichen darzustellen; da die »*psychothérapie institutionelle*« „(…) unter dem Blickwinkel der Subjektorientierung (…) [überaus wertvolle, T.K.] theoretische wie alltagspraktische Beiträge geliefert“[407] hat, welche das Gesamtkonzept der Herner Klinik nachhaltig beeinflusst haben.[408]

Werfen wir jedoch nun erst einmal, ehe im weiteren Textverlauf das besondere Programm der »*psychothérapie institutionelle*« eingehend erläutert wird, einen flüchtigen Blick auf die Abbildung 44 (siehe Anhang), so zeigt sich, dass das unter der Oberkategorie A »*Ethische Prinzipien in Menschenbild und Krankheitsbegriff*« subsumierte Konzept der Subjektorientierung die theoretisch-konzeptionelle Ausgangsbasis bildete[409], aus denen nicht nur die allgemeinen Interaktionsnormen (B), sondern auch die gemeindepsychiatrischen *resp.* institutionellen Strukturen (C) der Herner-Klinik entwickelt wurden.[410] Anders formuliert

---

[404] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die institutionellen Strukturen der Herner Klinik keineswegs durchgängig aus einer vorab entwickelten Theorie abgeleitet wurden, sondern vielmehr ein reger Austausch zwischen Theorie und Praxis stattfand, indem einerseits die Theorie die Praxis befruchtete und andererseits die gängige, erfolgreiche Praxis zu theoretischen Unterfütterungsbemühungen ansporte. Entsprechend liegt der Herner Klinik laut KRISOR eine enge Theorie-Praxis-Interdependenz zugrunde, da „(…) die »Praxis der offenen Tür« der Theorie von Menschenbild, Krankheitsbegriff und Struktur voranging; theoretische Ableitungen beeinflussten dann wiederum die Praxis, die veränderte Praxis verlangte eine Neufassung der Theorie usw.“ [KRISOR 2005: 18].

[405] vgl. BRANDENBURG 2004: 44

[406] Diejenigen Leser, die sich eingehender mit diesem sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht überaus gehaltvollen Reformansatz näher beschäftigen möchten, sei die Sichtung der nachstehend angeführten Literatur empfohlen: AYME 1993 und 1994; GUATTARI 1976; HINZ 1984; HOFMANN 1983; HOFMANN 1989; HOFMANN 2003; HOFMANN & LEDOUX 1982; KRISOR 1991a&b, 1994a, 2000; KRISOR & LEIDNER 1991; OURY 1983, 1986 und 1991; WEIGAND 1988 sowie WERMANN-STYPINSKI 1986

[407] KRISOR 2005: 81

[408] vgl. KRISOR 1991a&b, KRISOR 1994a, KRISOR 1995b: 247, KRISOR 2000; KRISOR 2005: 127; KRISOR & LEIDNER 1991 sowie KRISOR & PFANNKUCH 1996: 397

[409] vgl. KRISOR 2005: 80

[410] vgl. KRISOR 2005: 19ff. und 80ff.

bedeutet dies, dass in der Herner-Klinik sowohl die Interaktionsnormen (z.B. die Therapeut-Patient-Beziehung oder der Krankheitsbegriff) als auch die konkreten Institutionsstrukturen (z.B. der Flexibilitätsgrad der Behandlungsprogramme) derart konzipiert sind, dass sie den humanistischen Forderungen nach Achtung der Menschenwürde, Sättigung der subjektkonstituierenden menschlichen Bedürfnisse nach Autonomie, Selbstbestimmung, unentfremdeter Interaktion[411], Anerkennung[412], Tätigkeit[413] und Handlungsfähigkeit[414] sowie der therapeutischen Berücksichtigung und Nutzung der gesunden Persönlichkeitsanteile[415] – die allesamt dem Subjektorientierung-Konzept inhärenten sind – hinreichend Rechnung tragen.

Wenden wir uns nach dieser einführenden Übersicht über die therapeutischen und strukturellen Konsequenzen, welche in der Herner Klinik aus dem subjektorientierten Menschenbild gezogen wurde, im Folgenden nun aber der französischen Reformbewegung namens »*psychothérapie institutionnelle*« zu, die allen voran mit ihrem Arbeitsprinzipen der permanenten Institutionsanalyse[416], der strikten Bedürfnisorientierung[417], der Rollenvielfältigkeitsberücksichtigung[418] sowie der Arrangierung unentfremdeter Interaktions- *bzw.* Begegnungssituationen einen enormen Einfluss auf das bestehende gemeindepsychiatrische Gesamtkonzept der Herner-Klinik ausübte. Bevor allerdings in den nachstehenden Zeilen der Versuch gestartet werden soll, die Kernaussagen der »*psychothérapie institutionnelle*« in bündiger Form darzustellen, möchte der Autor den Leser vorab auf den nicht unwesentlichen Sachverhalt hinweisen, dass eine detaillierte Besprechung des ideengeschichtlichen Wurzelwerkes der »*psychothérapie institutionnelle*« – welches sich von der Milieutherapie Hermann SIMONS[419] über den psychoanalytischen Ansatz Jacques LACANS[420] bis hin zur aktiven Pädagogik Célestine FREINETS[421] und der strukturalistischen Tauschtheorie Claude LÉVI-STRAUS[422] erstreckt – in der vorliegenden Arbeit sowohl aus inhaltlichen als auch aus formalen Gründen nicht geleistet werden kann.[423] Ungeachtet dieser theoriegeschichtlichen Limitation kann das zentrale Ziel der »*psychothérapie institutionnelle*«, deren Geburtswiege in der französischen Kli-

---

411 Die fundamentale Relevanz der Interaktionsorientierung für die Wiedergeburt eines holistischen Subjekts leitet KRISOR vornehmlich aus den Schriften der »psychothérapie institutionnelle«, der Persönlichkeitstheorie des Psychologen Harry Stack SULLIVAN sowie der strukturalistischen Austauschtheorie von Claude LÉVI-STRAUSS ab (vgl. KRISOR 1995b: 246; KRISOR & PFANNKUCH 1997: 39 sowie KRISOR 2005: 26ff). Zum Entfremdungsbegriff, den OURY in die Theorie der »*psychothérapie institutionnellen*« einführte siehe KRISOR 1995b: 245

412 Zur Bedeutsamkeit des anthropologischen Grundbedürfnisses nach Anerkennung für Subjektbildung siehe u.a. DORNES HABERMAS 1996; HONNETH 1990, 1992 und 1994; RICOUER 2006; TODOROV 1996 und TAYLOR 1996. „Die Anerkennung unseres Seins und die Bestätigung unseres Wertes sind" – so formuliert der Soziologe Tzvetan TODOROV in seiner Schrift »Abenteuer des Zusammenlebens« in etwas salbungsvoller Tonart – „der Sauerstoff unseres Daseins" [TODOROV 1996: 107].

413 Das menschliche Bedürfnis nach Tätigkeit *resp.* Aneignung filtert KRISOR aus der dynamischen Persönlichkeitstheorie RUBINSTEINS heraus (vgl. KRISOR 2005: 41)

414 Die Handlungsfähigkeit stellt gemäß der von Klaus HOLZKAMP entwickelten »*Kritischen Psychologie*« das primäre menschliche Bedürfnis dar: „Nicht die >Arbeit< als solche ist erstes Lebensbedürfnis, sondern >Arbeit< nur so weit, wie sie dem Einzelnen die Teilhabe an der Verfügung über den gesellschaftlichen Prozess erlaubt, ihn also >handlungsfähig< macht. Mithin ist nicht >Arbeit<, sondern >Handlungsfähigkeit< das erste menschliche Lebensbedürfnis – dies deswegen, weil Handlungsfähigkeit die allgemeinste Rahmenqualität eines menschlichen und menschenwürdigen Daseins ist, und Handlungsunfähigkeit die allgemeinste Qualität menschlichen Elends der Ausgeliefertheit an die Verhältnisse, Angst, Unfreiheit und Erniedrigung" [HOLZKAMP1985: 243].

415 „(…) das herkömmliche paternalistisch-fürsorgliche Verhalten der Experten (…) [ist, T.K.] eine Gefahr für den hilfesuchenden Menschen, da dieser nicht als kompetent und mit Ressourcen ausgestattete Person angesehen werde. Das traditionelle Rollenhandeln medizinischer und psychosozialer Experten" – so KRISOR – „verfestige oft dauerhaft Gefühle der Ohnmacht und der Hilflosigkeit auf Seiten der betroffenen Menschen" [KRISOR 2005: 52-53].

416 vgl. KRISOR 1995b: 243

417 vgl. ebenda: 243-244

418 vgl. ebenda: 245-246 sowie KRISOR & PFANNKUCH 1996: 397ff.

419 In der Literatur findet sich die schöne Überlieferung, dass der im Jahre 1938 in Saint Alban seine Tätigkeit aufnehmende katalanische Psychiater Francois TOSQUELLE in seinem Rucksack, mit dem er – aus einem Internierungslager kommend – über die Pyrenäen nach Saint Alban geflohen war, ein Exemplar von Hermann SIMONS "*Aktivierende Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*" mit sich trug, welches anschließend in der Klinik ins französische übersetzt wurde (vgl. HOFMANN 1983: 13). Ferner sei diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in der Literatur zur »*psychothérapie institutionnelle*« wiederholt auf die von SIMON benannten *drei großen Anstaltsschädlichkeiten*, zur Erinnerung: „(…) die Untätigkeit, das ungünstige Anstaltsmilieu und die grundsätzliche Unverantwortlichkeit" [SIMON 1929: 50], Bezug genommen wird.

420 vgl. LACAN 1986

421 vgl. HOFMANN 1983: 7, 15, 37. Einen erster Eindruck, in welcher Hinsicht die Freinet-Pädagogik von der »*psychothérapie institutionnelle*« in Beschlag genommen wurde, lässt sich bereits leicht anhand dem ebenso kurzweiligen wie tiefsinnigen FREINET Textes »*Adler steigen keine Treppen. Vom methodischen Treppensteigen*« (1991) – dessen aufmerksame Lektüre dem Leser nur wärmstens empfohlen werden kann – entnehmen.

422 vgl. LÉVI-STRAUS 1993

423 eine ebenso bündige wie höchst informative Einführung bietet die schmale Schrift von HOFMANN 1983

nik Sain-Alban zum Zeitpunkt des 2. Weltkrieges stand[424], in dem Bemühen erblickt werden, „(…) die Institution gemäß den Bedürfnissen der ihnen anvertrauten Menschen zu gestalten“[425]. Zur Verwirklichung dieses Ziels bedürfte es jedoch laut dem Programm der »*psychothérapie institutionelle*« einer systematischen Überwindung *bzw.* Zerschlagung der totalitären Anstaltsstrukturen.[426] Im Unterschied zur englischen Antipsychiatrie einerseits sowie zur italienischen Psychiatriereform andererseits vertritt die »*psychothérapie institutionelle*« jedoch keineswegs – wie es bereits, *nomen est omen*, in ihrem Namen zum Ausdruck kommt – einen kruden Antiinstitutionalismus, der ob seines durchwegs negativ eingefärbten Institutionsverständnisses[427] eine Erhöhung der Versorgungs- *bzw.* Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen ausnahmslos über den Weg einer flächendeckende Auflösung psychiatrischer Institutionen für möglich hält.[428] Basierend auf einer positiven Reformulierung des Institutionsbegriffs durch die Bezugnahme auf die strukralistische Austauschauschtheorie des Ethnologen Claude LÉVI-STRAUSS, vermittels derer die »*psychothérapie institutionelle*« – simplifiziert ausgedrückt – den Nachweis erbringen konnte, dass institutionelle Strukturen die Bedürfnisbefriedigungsversuche ihrer Insassen nicht notwendigerweise unterdrücken, sondern unter gewissen Vorzeichen sogar fördern können[429], strebt die »*psychothérapie institutionelle*« eine Therapie der Institution *resp.* eine Therapie mit der Institution an.[430] Pointiert formuliert ist der »*psychothérapie institutionellen*« nicht bloß daran gelegen, die krankmachenden Effekte der Institution (Stichwort: Hospitalismus) auszumerzen, sondern sie beabsichtigt vielmehr die Institution selbst als Therapiemedium anzuwenden.[431] „Gemeinhin versteht man die Institution“ – so drücken sich HOFMANN & LEDOUX in einem Übersichtsartikel über die »*psychothérapie institutionelle*« aus – „als kafkaeskes Monstrum, welches jede Subjektivität erdrückt und dem einzelnen Individuum fixe entfremdete Rollen zuordnet. Im Verständnis institutioneller Therapie hingegen ist die Institution ein Medium der Begegnung. (…) Die Institution ist das Medium, in welchem die Mitglieder des Kollektives, Patienten und Therapeuten, sich begegnen, im Rahmen dessen sie sich darstellen und vermittels dessen sie sich gegenseitig als individuelle Subjekte erkennen. Die gegenseitige Anerkennung ihrer Subjektivität ist nicht direkt (…) sie ist gebrochen durch das Medium der Institution.“[432] Ohne nun *en detail* auf die in der »*psychothérapie institutionelle*« zur Anwendung kommenden Therapie- *resp.* Begegnungskonzepte (z.B. Patientenclub, Rollenvielfaltsberücksichtigung, Öffnung der Klinik zur Gemeinde, Aktivierung des sozialen Lebens in der Klinik, Heterogenitätsprinzip usw.) – die bereits größtenteils vor dem Hintergrund der Adaption dieser Konzepte durch die Herner Klinik besprochen wurden – eingehen zu wollen, möchte der Autor die knappen Ausführungen über die Reformansätze der »*psychothérapie institutionelle*« mit der Darstellung zweier übergeordneter Axiome *bzw.* – genauer gesagt – des zentralen Arbeitsprinzips sowie des normativen Leitbildes der »*psychothérapie institutionelle*« ausklingen lassen. Betrachten wir nun in einem ersten Schritt das zentrale Arbeitsprinzips, kraft dessen die »*psychothérapie institutionelle*« die therapeutische Wirkmächtigkeit der Institutionsstrukturen auf Dauer zustellen bestrebt ist, so zeigt sich, dass die »*psychothérapie institutionelle*« der so genannten »*permanenten Analyse des institutionellen Kontextes*« diese

[424] vgl. HOFMANN 1983: 11
[425] KRISOR 1995b: 243
[426] vgl. ebenda: 244
[427] vgl. AYME 1993: 15; HOFMANN 1983: 8, 24-25; HOFMANN & LEDOUX 1982: 82
[428] Auf die erschreckenden Auswirkungen (Obdachlosigkeit, Verelendung usw.), welche die radikalen Enthospitalisierungsprozesse in Amerika nach sich zogen, sei an dieser Stelle nur *en passant* hingewiesen. Ausführlich dazu CHRIST 2002: 146-151; RUCKSTUHL 1993: 6; SCULL 1980: 82ff. sowie WAMBACH & HELLERICH 1980)
[429] hier zeigt sich nach Ansicht des Verfassers auch die inhaltliche Nähe zum Institutionenbegriff von Arnold GEHLEN (2005)
[430] vgl. HOFMANN 1983: 7
[431] vgl. HOFMANN & LEDOUX 1982: 86
[432] ebenda: 83-84

essentielle Aufgabe überantwortete.[433] Dieses Meta-Arbeitsprinzip der permanenten Institutionsanalyse oder -pflege[434] wird von Jean OURY – *in persona* einer der geistigen Gründungsväter der »*psychothérapie institutionelle*« und Leiter der im Jahre 1953 eröffneten Reformklinik La Borde – unter Rekurration auf die Hygiene-Terminologie der Medizin auch als ein *Aseptischmachen*[435] des institutionellen Kontextes beschrieben. Um nun dieses zentrale Arbeitsprinzip der »*psychothérapie institutionelle*«, in Worten die permanente Institutionsanalyse, näher mit Inhalt füllen zu können, ziehen wir im Folgenden das zweite Axiom, sprich das institutionelle Leitbild der »*psychothérapie institutionelle*«, zurate. Wenden wir uns also nun – zur Ermittlung des positiven Analysereferenzwertes – mit der Frage, wie eine psychiatrische Institution gemäß den Vorstellungen der »*psychothérapie institutionelle*« im Idealfall aufgebaut sein sollte, an die verfügbare deutschsprachige Literatur zur Reformbewegung der »*psychothérapie institutionelle*«, so kristallisierte sich – gestützt auf die Terminologie der Psychoanalytikerin Maud MANNONI – die so genannte »*gesprengte*«- resp. »*zerstückelte Institution*« als normatives Organisationsleitbild der »*psychothérapie institutionelle*« heraus. Die nach dem Ideal der *zerstückelten Institution* eingerichtete Psychiatrie grenzt sich nun insofern radikal von ihrem Gegenstück – der *totalen Institution* à la GOFFMAN – ab, als dass dem jeweiligen Patienten kein starres, unpersönliches, genormtes, expertendefiniertes therapeutisches Programm übergestülpt wird (Anpassung des Patienten an die Institutionsstrukturen), sondern dass die therapeutischen Behandlungsprogramme an den unterschiedlichen Bedürfnissen der jeweiligen Patienten (Anpassung der Institutionsstrukturen an die Patienten) immerzu neu auszurichten sind.[436] Zur Illustration der zentralen Charakteristika des Idealtypus der *zerstückelten Institution* wird in der spezifischen Literatur wiederholt das nach Meinung des Autors äußerst anschauliche Bild bemüht, dass die einzelnen Bausteine der zerstückelten Institution in einem höchst individuellen Institutionalisierungsprozess fortwährend um die spezifischen Problem- und Bedürfnislagen der einzelnen Patienten neu formiert werden müssen.[437] Ohne an dieser Stelle nun weitere Metaphern zur Exemplifizierung des Leitbildes der *zerstückelten Institution* – wie zum Beispiel, unter Rückgriff auf die Persönlichkeitstheorie von Robert Jay LIFTON[438], die nahe liegende Allegorie der *‚proteüschen Institution'* – aus der Taufe heben zu wollen, werden wir zum Abschluss unserer Stippvisite in die französische Psychiatriereformgeschichte in den nachstehenden Zeilen noch *in nuce* auf die zwischen den beiden erörterten Axiomen, *nudis verbis* dem Konzept der kontinuierlichen Institutionsanalyse und des Institutionsleitbildes, bestehenden Zusammenhänge eingehen.

Wenn im Folgenden also nun das zwischen den beiden obig genannten Axiomen bestehende Beziehungsgeflecht gründlicher in Augenschein nehmen wird, so soll nicht etwa nur die angesichts der voranstehenden Ausführungen als schlichtweg trivial zu bezeichnende Einflussrichtung, demnach die

---

433 vgl. HOFFMANN & LEDOUX 1982: 86. Expressis verbis sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Arbeit am institutionellen Kontext etablierte Therapieverfahren (z.B. die Psychopharmakatherapie, Gruppentherapie usw.) keinesfalls zu ersetzen beabsichtigt. Vielmehr kann sie als deren sinnvolle, wirksamkeitspotenzierende Ergänzung angesehen werden (vgl. ebenda: 87 sowie WERMANN-STYPINSKI 1986: 93)

434 vgl. HOFMANN 1983: 17 und KRISOR 2005: 134-135

435 WERMANN-STYPINSKI 1986: 23. „Den Rahmen aseptisch zu halten" – so führt der die Krankenpflegerin Renate WERMANN-STYPINSKI, die einige Jahre in der Klinik La Borde arbeitete, in ihre Aufsatz aus – „soll nicht bedeuten ‚steril', sondern ist in dem Sinne gemeint, dass nicht aufgrund von Unachtsamkeiten schädliche Keime entstehen, wie wenn ein Arzt mit unsauberen Instrumenten arbeitet. Erst wenn die Institution von schädlichen Einflüssen gesäubert ist, können sich individuelle Beziehungen entfalten, wie z.B. Psychotherapien. Man muss sich immer vor Augen halten, dass es eine Anzahl von Symptomen gibt, die ausschließlich durch die Umgebung hervorgerufen werden. Manche von ihnen können sich als schwerwiegender entfalten als die ursprüngliche psychische Störung Institution selbst. (…) Wenn eine Institution nicht eine permanente Selbstkritik vornimmt, verkommt sie zum „Etablissment", – eine Unterscheidung Tosquelles –, wo die Austauschmöglichkeiten blockiert sind und sich eine eigene Pathologie einrichtet" [ebenda: 91-91].

436 Zu einer in diesem Zusammenhang erwähnenswerten Einsicht gelangte Wolfgang HOFMANN, dessen im Jahre 1983 erstpubliziertes Buch »Die „psychothérapie institutionelle". *Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich*« nach wie vor die sowohl umfassendste als auch fundierteste deutschsprachige Darstellung dieses französischen Reformansatzes darstellt: „Der totalitäre Charakter psychiatrischer Einrichtungen ist nicht an Mauern gebunden. Jede Tagesklinik, Wohngemeinschaft oder therapeutische Gruppe kann zum Instrument totalitärer Therapie werden, die Individualität unterdrückt. Der Patient wird dabei zum Symptomträger, der Therapeut zum Psychotechniker, der in Funktion von Symptomen und Mängeln im psychosozialen Bereich des Patienten Behandlungen als Reparaturen vornimmt" [ebenda: 39]

437 vgl. HOFMANN 1983: 19, 48, 69; KRISOR 1989: 11; KRISOR 1995b: 244; KRISOR 2005: 87 sowie KRISOR & PFANNKCUH 1996: 407

438 vgl. LIFTON 1993

permanente Institutionsanalyse der »*psychothérapie institutionelle*« als zentrales Instrument zur Einlösung des in den leuchtenden Farben der Subjektorientierung gemalten Organisations-Leitbildes der *zerstückelten Institution* dient, benannt, sondern inhaltlich ausgeschmückt werden. Ausgehend von dem normativen Idealtypus einer *zerstückelten Institution*, die den Forderungen nach einer subjektorientierten Psychiatrie (siehe zu deren Kennzeichen nochmals die rechte Spalte der Tabelle 27) hinreichend Rechnung trägt, wird mit der Technik der institutionellen Analyse unter anderem überprüft, inwiefern die Arbeitsvollzüge *bzw.* die Therapieprogramme wirklich an den Bedürfnissen der Patienten und nicht etwa an den (narzisstischen)Bedürfnissen der Mitarbeiter orientiert sind, ob in der Klinik genügend Nischen für unentfremdete Austausch- und Begegnungssituationen existieren sowie ob die Patienten ausreichend an der konkreten Gestaltung des Therapie- *bzw.* Klinikalltags partizipieren können. Ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß nun allerdings die systematische Ermittelung der PZ von der »*psychothérapie institutionelle*« als Mittel zur institutionellen Analyse eingesetzt wurde, kann an dieser Stelle leider nicht beantwortet werden, da in der zugänglichen deutschprachigen Literatur diesbezüglich *bis dato* keinerlei Aussagen getroffen wurden.

Versuchen wir nun zum Abschluss unserer zugegebenermaßen recht umfangreichen Ausführungen über das im psychosozialen Diskurs der Gegenwart nahezu inflationär im Munde geführte Reformkonzept der »*Subjektorientierung*« *bzw.* der Forderung nach einer »*subjektorientierten Psychiatrie*« nochmals in komprimierter Form den Stellenwert und die Bedeutung von Patientenbedürfnissen innerhalb dieses hochkonjunkturellen Restaurationsprogramms herauszupräparieren, so kann unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten festgehalten werden, dass sich der Reformansatz einer »*subjektorientierten Psychiatrie*« maßgeblich dafür einsetzt, dass dem gesamtem Spektrum der sozialen und psychischen Patientenbedürfnisse sowohl in der konkreten therapeutischen face-to-face-Begegnung als auch in der Ausgestaltung der institutionellen Versorgungsstrukturen hinreichend entsprochen wird. Die bedürfnistheoretische Ausnahmestellung des Reformansatzes einer »*subjektorientierten Psychiatrie*« gründet nun jedoch nicht allein auf dem imposanten Umfang der reklamierten sozialen und psychischen Patientenbedürfnisse, welcher sich von den Autonomie- und Selbstbestimmungsbedürfnissen über die Bedürfnisse nach Partizipation, Anerkennung und unentfremdeter Interaktion bis hin zu den Bedürfnissen nach Tätigkeit, Aneignung und Handlungsfähigkeit erstreckt, sondern verdankt sich allen voran der theoretischen und empirischen Unterfütterung *resp.* Begründung ihrer Patientenbedürfnissaturierungsforderungen. Anders gesagt bedeutet dies, dass das Subjektorientierungskonzept in bedürfnistheoretischer Hinsicht insofern über einen Gutteil der bisher vorgestellten Bedürfnisdiskurse hinausweist, als dass innerhalb dieses Reformansatzes ein ebenso feister wie elaborierter Patientenbedürfniskatalog verabschiedet wurde, der nicht etwa ausschließlich im praxisenthobenen Wolkenkuckucksheim humanistisch gestimmter Psychiatriereformatoren, sondern überwiegend auf der Grundlage soliden empirischen Datenmaterials entwickelt wurde. Zur Substantialisierung dieser Ausführungen sei an dieser Stelle *pars pro toto* darauf hingewiesen, dass *bspw.* die Herner-Klinik mitsamt ihres strickt an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Behandlungskonzepts das Vorkommen aggressiv-gewalttätigen Patientenverhaltens drastisch reduzieren konnte.[439] Bevor wir nun im nachfolgenden Diskursunterpunkt die Literatur zum Reformkonzept der so genannten »*Personenzentrierten Hilfe*« dahingehend inspizieren werden, welche Bedeutung den

[439] vgl. KRISOR 2005: 228-237. Ferner sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang zwischen entsubjektivierenden Institutionsstrukturen und aggressiv-gewalttätigem Patientenverhalten bereits in der im Jahre 1956 erschienen Studie »*Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonal verübten Angriffe*« von Helm STIERLIN eindrucksvoll belegt werden konnte.

Patientenbedürfnissen in diesem Ansatz zuteil wird, sei vorab noch darauf hingewiesen, dass uns das Reformmodel der »*subjektorientierten Psychiatrie*« nicht nur einen äußerst hellsichtigen Einblick in die fundamentale Relevanz sozialer und psychologischer Patientenbedürfnisse bescherte, sondern uns ferner mit der im Rahmen des Verfahrens der institutionellen Analyse zu reflektierenden Ebene der Mitarbeiterbedürfnisse einen Ansatzpunkt offenbarte, den es vor dem Hintergrund der in Kapitel 7 der vorliegenden Arbeit zu besprechenden Ursachen, die für das ubiqitäre Verwertungsdefizit generierter Zufriedenheitsdatensätze maßgeblich verantwortlich zu machen sind, ausreichend zu würdigen gilt. Pointiert formuliert werden wir uns in dem besagten Verwertungsdefizit-Kapitel unter anderem mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit möglicherweise – einen zentralen Begriff aus dem Werk des Psychoanalytiker Stravos MENTZOS bemühend – *institutionalisierte Abwehrmechanismen*[440] für die mangelhafte Umsetzung der in PZ-Studien gewonnen Erkenntnisse verantwortlich zu machen sind.[441]

13. Personenzentrierte Hilfen: Die Expertenkommission der »*Aktion Psychisch Kranke*« läutete Ende April 1994 auf einer in Bonn einberaumten Informationstagung mitsamt des Reformmottos »*von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation*« einen grundlegenden Paradigmawechsel ein.[442] Im Gegensatz zu der bisher vorherrschenden institutionszentrierten Versorgungsstruktur, deren zentrales Kennzeichen darin betstand, dass die Patientenschaft zuhauf in Hilfemaßnahmen hineinbugsiert wurde, die weniger ihren individuellen Hilfebedürfnissen als vielmehr den Auslastungsbedürfnissen der jeweiligen Institutionen entgegenkam, zielt das von Seiten der »*Aktion Psychisch Kranke*« ins Feld geführte Reformprojekt einer personenzentrierten Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystems darauf ab, „das System psychiatrischer Hilfen" – so fasst der Leiter der Expertenkommission Peter KRUCKENBERG die Grundidee des Personenzentrierten Ansatzes zusammen – „(…) so zu gestalten, das einem akut oder chronisch psychisch kranken Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation, *bzw.* des geringstmöglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein"[443]. Zum Zwecke einer akzelerierten Umsetzung dieser Forderungen entwickelte die »*Aktion Psychisch Kranke*« – basierend auf der Methodik des Case-Mangements[444] – den so genannten »*Integrierten Behandlungs- und Rehaplan*« (IBRP), der gewissermaßen das Herzstück des personenzentrierten Ansatzes darstellt. Ohne nun im Folgenden *en detail* auf die im Anhang aufge-

[440] vgl. MENTZOS 1988: 79ff. Das Modell „(…) »institutionalisierten Abwehr«" – so MENTZOS – „(…) impliziert die Grundannahme, dass die individuellen neurotischen Konflikte, Ängste und Schuldgefühle usw. ein neurotisches Arrangement mit der Institution eingehen. Es findet also eine *Verzahnung* zwischen dem individuellen Bedürfnis nach Entlastung von neurotischen Spannungen, Ängsten und Konflikten des einzelnen und bestimmten, dazu komplementären »Angeboten« der Institutionen statt" [ebenda: 11].

[441] Vorausgeschickt sei an dieser Stelle, dass wir uns im Rahmen der in Kapitelunterpunkt 7 statthabenden psychoanalytischen Interpretation des Verwertungsdefizits nicht nur auf die von von MENTZOS entwickelten Ansätze, sondern darüber hinaus auch einige ähnlich gelagerte Überlegungen aus den psychoanalytischen grundierten Werken Wolfgang SCHMIDTBAUERS (2005) und Paul PARINS (1977) beziehen werden.

[442] vgl. KRUCKENBERG / JAGODA & AKTION PSYCISCH KRANKE 1994

[443] KRUCKENBERG 2000. Einen grundlegenden Einblick in das Konzept des personenzentrierten Hilfen findet der an dieser Thematik interessierte Leser in der nachfolgend notierten Literatur: AKTION PSYCHISCH KRANKE / SCHMIDT-ZADEL & KUNZE 2002; BUNDESMINESTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1999; KRUCKENGERG 2000; KAUDER & AKTION PSYCHISCH KRANKE 2004; KRUCKENBERG / KUNZE & AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997; KUNZE 1997, 1999, 2001a/b und 2003; SCHMIDT-ZADEL / KUNZE & AKTION PSYCHISCH KRANKE 2003 Zu einer kontroversen Diskussion des personenzentrierten Ansatzes siehe u.a. ACKER-WILD & HERR 2005; ALBRECHT 2003; BERNARDY 1997; BRILL 1997 und 2003; CIOMPI 2004; DEMAND 2000; DÖRNER 2001b, 2004 und 2005; KÖHLER & SCHLEUNING 2004; KONRAD & GNANNT-KRONER 2004; KRUCKENBERG 2003 und 2004; LÜTJEN 2007a: 186ff.; MAß 1997b; RAVE-SCHWANK 2002; REGUS 2206; SCHMITT-SCHÄFER 2005; SCHULTE-KEMMA /ARMBRUSTER & KLUTA 2004 sowie WAGNER 2004

[444] vgl. SCHMITT-SCHÄFER 2004: 31

nommene Abbildung 45 dargestellten Teilschritte, die im Rahmen des individuellen Hilfeplanungsprozesses idealerweise zurückzulegen werden sollten, eingehen zu wollen, können wir hinsichtlich unserer bedürfnistheoretischen Erkenntnisinteresses bereits an dieser Stelle festhalten, dass das von der »*Aktion Psychisch Kranke*« ins Leben gerufene Reformprogramm des personenzentrierten Hilfesystems insbesondere dem Selbstbestimmungs- *resp.* Mitbestimmungsbedürfnis der Patienten gerecht zu werden versucht.

Ehe nun im nachfolgenden Diskursunterpunkt der Frage nachgestellt werden soll, welche Aussagen die in der deutschen Theorielandschaft bereits seit einigen Jahren intensiv diskutierten finnischen Konzepte des »*Need-adapted Treatment*« sowie des »*Open Dialogue*« hinsichtlich des Patientenbedürfniskonstrukts treffen, möchte der Autor vorab die obigen Ausführungen zum personenzentrierten Hilfeansatz mit zwei finalen Anmerkungen ausklingen lassen. *Erstens* sei darauf hingewiesen, dass laut den Ergebnissen einer von NERLICH & STEINHART im Jahre 2009 durchgeführten IBRP-Evaluationsstudie die meisten der insgesamt 122 befragten Patienten das Instrument des IBRP als hilfreich (89,92%) einschätzen.[445] Im Kontrast zu dieser alles in allem positiven Gesamteinschätzung des IBRP-Verfahrens müssen die folgenden, ebenfalls in der obig genannten Untersuchung gewonnen Patientenaussagen als kritisch *resp.* verbesserungswürdig angesehen werden:

- 77,5% der Patienten beantworten die Frage, ob sie alles sagen konnten, was ihnen wichtig war, positiv[446];
- 76,5% der Patenten affimierte die Frage, ob die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse eine wichtige Rolle spielten[447];
- 67% der Patienten bejahten die Frage, ob sie nun das Gefühl hätten, dass sie diejenigen Hilfen bekommen, die sie benötigen.[448]

Die hinter diesen nachdenklich stimmenden Zahlen hervorlugende Grundthematik, in Worten das Selbst- *bzw.* Mitbestimmungsausmaß, bildet nun den inhaltlichen Hintergrund, von dem sich die *zweite* zu erörternde Anmerkung abhebt. Unmäandriert formuliert ist der Tatbestand zu beklagen, dass in der gesamten Literatur zum personenzentrierten Ansatz bedauerlicherweise keine Bemühungen zur Entwicklung methodischer Verfahrensweisen, vermittels derer auch die Bedürfnisse von selbstbe-stimmungsunfähigen Patienten (z.B. akut psychotische oder kognitiv stark eingeschränkte Patienten) in Erfahrung gebracht werden könnten, angestrengt wurden.

14. Bedürfnisangepasste Psychosen-Behandlung: Wie bereits obig angemerkt wurde, werden wir in den nachstehenden Zeilen zwei finnische Konzepte, *nudis verbis* das von Yrjö O. ALANEN in mehren Schritten entwickelte »*Bedürfnisangepasste Model der Psychosenbehandlung*«[449] sowie die maßgeblich von Jaakko SEIKKULA geprägte Methode des »*Offenen Dialoges*«[450], die in der gegenwärtig psychosozialen Diskurslandschaft Deutschlands unter anderem zur Optimierung des »*personenzentrierten Ansatzes*« diskutiert werden[451], unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten beäugen. Nehmen wir nun zuerst das Modell zur bedürfnisangepassten Behandlung von Menschen mit

---

445 vgl. NERLICH & STEINHART 2009: 26
446 vgl. ebenda: 27
447 vgl. ebenda
448 vgl. ebenda
449 Für eine erste theoretische Tuchfühlung mit dem bedürfnisangepassten Ansatz eignet sich insbesondere die folgende Literatur: ADERHOLD & GREVE 2004, 2005 und 2007a; ALANEN 2000 und 2001 sowie KRAUSZ & NABER 2002
450 Grundlegende, deutschsprachige Literatur zur Methode des Offenen Dialogs: GREVEN 2009; SEIKKULA 2002 und 2003; SEIKKULA / ALAKARE & AALTONEN 2003; SEIKKULA & ALAKARE 2007 sowie das äußerst lehrreiche Buch von SEIKKULA & ARNKIL aus dem Jahre 2007.
451 vgl. ADERHOLD et al. 2003: 233-249; ADERHOLD & GREVE 2004: 8 sowie Dies. 2007b; ADERHOLD & HESS 2007: 17 und GREVE 2009: 16

schizophrenen Psychosen, welches von ALANEN und seinen Mitarbeitern im Rahmen des mittlerweile legendären Schizophrenie-Projekts in Turku – welches primär darauf abzielte, ein effektives psychosoziales Interventionspaket zur Chronifizierungsverhinderung ersterkrankter Psychosepatienten zu entwickeln – sukzessive erschaffen wurde, in Augenschein, so zeigt sich erst einmal, dass dieses Modell seinem Namen insofern gerecht zu werden versucht, als dass professionelle Mitarbeiter, Angehörige und Patienten in den zu Therapiebeginn stattfindenden *‚initialen Behandlungstreffen'* – welche das Prunkstück dieses Ansatzes darstellen bilden – gemeinsam einen höchst individuellen, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Therapieplan aushandeln. Das besondere dieser Behandlungs- *resp.* Therapieversammlungen, die auch während des eigentlichen Therapieprozesses bei Bedarf (z.B. Veränderung der Symptomatik etc.) immer wieder einberufen werden, besteht nun darin, dass selbst stark eingeschränkten Psychosepatienten *ab ovo* die Fähigkeit zugestanden wird, als Experte für seine eigene Lebenssituation aufzutreten. Konkret formuliert bedeutet dies, dass die in den Therapieversammlungen von Seiten der Patienten gemachten Äußerungen – so verrückt sie auch anmuten mögen – nicht als psychopathologischer Nonsens abgetan werden, sondern sich vielmehr darum bemüht wird, hinter diesen Äußerungen die Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen und Ziele der Patienten aufzuspüren. Wenden wir uns nun den frappierenden Ergebnissen der in Turku durchgeführten Katamnesestudien zu, so beweisen die eruierten Datenätze der 5-Jahres-Kamatnese, dass der bedürfnisangepasste- dem traditionellen Psychosebehandlungsansatz insofern überlegen ist, als dass die mit diesem innovativen Ansatz behandelten Patienten im Vergleich zu den auf herkömmlichem Wege behandelten Patienten signifikant weniger Medikamente nahmen, deutlich weniger Krankenhaustage aufwiesen, weniger Symptome zeigten und in deutlich geringerer Anzahl eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen. Der Mitte der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts entwickelte bedürfnisangepasste Arbeitsansatzes wurde nun Anfang der 90er Jahre desselben Jahrhunderts in der nordfinnischen Provinz Tornio/Westlappland[452] von Jaakko SEIKKULA – unter vorrangiger Bezugnahme auf das von Tom ANDERSON vorgelegte Konzept des »*reflektierenden Teams*«[453] sowie der Dialogizitäts- und Polyphonie-Theorie des Philosophen und Literaturwissenschaftlers Michail Michailowitsch BACHTIN[454] – zur Methode des so genannten »*Offenen Dialogs*« weitergesponnen. *Nomen est omen* liegt der inhaltliche Unterschied zwischen diesen beiden Methoden darin lokalisiert, dass der »*Offene Dialog*« im Vergleich zum bedürfnisangepassten Ansatz sowohl in theoretischer als auch praktischer Hinsicht den intersubjektiven Austauschprozess zwischen den Teilnehmern der Behandlungstreffen stärker akzentuiert. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass das Konzept des »*Offenen Dialogs*« der Gestalt über den bedürfnisangepassten Ansatz hinausgeht, als das SEIKKULA im Rahmen seiner Methode des »*Offenen Dialogs*« einige kommunikative Richtlinien *bzw.* eine gewisse Form der dialogischen Grundhaltung präsentierte, derer sich insbesondere die professionellen Versammlungsteilnehmern zugunsten eines optimalen Dialog- *resp.* Therapieergebnisses idealerweise anzunehmen hätten. Ohne nun im Folgenden *en detail* auf die einzelnen Elemente dieser anempfohlenen dialogischen Grundhaltung (z.B. aktives zuhören, eingehen auf die Worte des Anderen, Einklammerung des theoretischen Vorverständnisses, Vermeidung monologischer

[452] vgl. SEIKKULA & ARNKIL 2007: 68
[453] vgl. ANDERSON 1987, 1990, 1991 und 1997
[454] vgl. BACHTIN 1979 und 1971: 9-52

Einwegkommunikation, Unsicherheitstoleranz, Offenheit für kreative Lösungsansätze, gemeinsames Erstaunen sowie die Einsicht, dass es keine allgemeingültigen Problemdefinitionen gibt) eingehen zu wollen, so können wir nichtsdestotrotz *ad notam* nehmen, dass die normativen Kommunikations-richtlinien, welche der Methode des »*Offenen Dialogs*« innewohnen, sämtliche der in der Tabelle 27 enumerierten Verhaltens- *bzw.* Begegnungsmerkmale der »*Subjektorientierung*« erfüllen. Abschließend sei zu der obig dargestellten Methode des »*Offenen Dialogs*« noch angemerkt, dass diese Methode in den von SEIKKULA durchgeführten Effektivitätsstudien zum Teil noch bessere Therapieergebnisse als der bedürfnisangepasste Ansatz erzielte. Insgesamt weisen die beiden in der gebotenen Kürze dargestellten finnischen Ansätze – die mit Fug und Recht als Musterbeispiele subjektorientierter Therapieansätze betrachtet werden können – daraufhin, dass die maximalmögliche Berücksichtigung der patientenseitigen Selbstbestimmungs- und Mitsprachebedürfnisse nicht nur aus ethischen Überlegungen, sondern darüber hinaus auch aus medizinisch-therapeutischen Gründen die Regel und nicht die Ausnahme bilden sollte. Zur empirischen Unterfütterung dieser Einschätzung sei *en passant* darauf hingewiesen, dass SEIKKULA in einer seiner Evaluationsstudien den Nachweis erbringen konnte, dass sich diejenigen Dialoge, welche zu guten Behandlungsergebnissen führen, der Gestalt von jenen Dialogen, welche eher schlechte Therapieergebnisse nach sich zogen, unterschieden, dass die Patienten in den positive Ergebnisse zeitigenden Dialogen öfters zu Wort kamen.[455]

15. Shared Decision Making: Das Mitte der 1990er Jahre von einer kanadischen Forschergruppe entwickelte Konzept des »*Shared Decision Making*«[456] – welches in der deutschen Fachliteratur unter dem Label der »*Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*« verhandelt wird – erhielt in Deutschland allen voran durch den seit Oktober des Jahres 2001 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) finanziell unterstützen Förderungsschwerpunkt „*Der Patient als Partner in medizinischen Entscheidungsprozessen*“[457], in dessen Rahmen insgesamt zehn Projektgruppen die praktische Umsetzbarkeit des Ansatzes der »*Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*« bei unterschiedlichen Krankheitsbildern (u.a. Depression[458] und Schizophrenie[459]) erforschen[460], eine verstärkte Aufmerksamkeit. Um nun das Konzept des »*Shared Decision Making*« in den nachfolgenden Zeilen inhaltlich präzisieren zu können, empfiehlt es sich in einem ersten Schritt, diejenigen Modelle näher zu inspizieren, von denen sich das »*Shared Decision Making-Modell*« dezidiert abzugrenzen versucht. Wie nun bereits ein flüchtiger Blick auf die weiter unten abgelichtete Tabelle 28 beweist, verbirgt sich hinter dem Konzept des »*Shared Decision Making*« ein partnerschaftlich ausgerichtetes Idealmodell der Arzt-Patient-Interaktion, welches gegenüber den Extrempolen des restlos fremdbestimmten Paternalismus-Modells und dem gänzlich autonomieorientierten »*Informed Consent-Modells*« eine Mittelstellung bekleidet.

---

455 vgl. SEIKKULA & ARNKIL 2007: 159, 163-164

456 vgl. CHARLES / GAFNI & WHELAN 1997

457 zu näheren Informationen siehe die äußerst instruktive Website www.patient-als.partner.de

458 vgl. LOH 2003 sowie LOH et al. 2003a-c und 2004a-e

459 vgl. HAMANN et al. 2003b sowie 2006a&b

460 vgl. BUNDESMINESTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG 2007: 1. Darüber hinaus sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass sich die beteiligten zehn Projektgruppen zu einer Methoden-Arbeitsgruppe zusammengeschlossen haben, deren erklärtes Ziel die Entwicklung eines indikationsübegreifenden Erhebungsinstrumentariums zur Erfassung des Konstrukts »*Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung*« ist (vgl. dazu GIERSDORF / LOH & HÄRTER 2003a&b; GIERSDORF et al. 2004a&b; SIMON 2007; SIMON et al. 2005a/b und 2007

Heteronomie ← **Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation** → *Autonomie*		
Parternalistisches Modell	**Partnerschaftliches Modell** (Shared Decision Making)	**Informatives Modell** (Informed Consent)
• Objekt-Subjekt-Beziehung	• Subjekt-Subjekt-Beziehung	• Subjekt-Subjekt-Beziehung
• Älteste Form der Arzt-Pat.-Beziehung	• Das Modell des *Shared Decision Making* wurde erstmals 1994 von einer kanadischen Forschergruppe formmuliert (vgl. Charles et al 1994)	• Als Geburtsstunde des *In formed Consent* wird gemeinhin das Jahr 1947 (Nürnberger Codex) genannt (vgl. VOLLMANN 2000a: 16, 26ff.) • Bedeutende Deklarationen für die Übertragung dieses Modells in die Psychiatrie: Hawaii 1977, Wien 1983, Madrid 1996
• Arztbild: allwissend, keinen Widerspruch duldender Experte, autoritärer Vater	• Arztbild: patientenzentriert, einfühlsam, „auf Augenhöhe", demokratischer Partner, bringt eigene Empfehlungen mit ein	• Arztbild: Dienstleister, stellt wertneutrale Informationen über die vom Patienten zu treffende Entscheidung zusammen, passiver Techniker
• Patientenbild: unwissend, passiv, selbstbestimmungsunfähig, zu bevormunden, leidend, schutzbedürftig	• Patientenbild: Koproduzent, aktiv, kompetent, (partiell-) selbstbestimmungsfähig, Experte für die eigene Erkrankung sowie die eigenen Wertmaßstäbe und Bedürfnisse, gleichberechtigter Partner	• Patientenbild: souveräner Kunde, selbstbestimmt, rational, eigenverantwortlich, wissend, aufnahmefähig, kompetent, einwilligungsfähig, entscheidungsfähig
• Ausblendung der emotionalen-, psychischen-, sozialen und kognitiven Patientenbedürfnisse sowie der individuellen Behandlungspräferenzen	• Verstärkte Berücksichtigung der zentralen psychischen und sozialen Patientenbedürfnisse (z.B. Mitbestimmung, Anerkennung, Kontrolle usw.)	• Maximale Einlösung des patientenseitigen Selbstbestimmungsbedürfnisses (Gefahr der Überforderung, Esel-Burdians-Problem)
• Arzt entscheidet allein (Einwegkommunikation)	• Arzt u. Patient entscheiden gemeinsam (Dialog)	• Patient entscheidet allein
• 28% der zw. 2001-2004 befragten Bundesbürger (N=9.146) befürworteten dieses Beziehungsmodell (vgl. Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2004)	• 58% der zw. 2001-2004 befragten Bundes bürger (N=9.146) befürworteten dieses Beziehungsmodell vgl. Bertelsmann Gesundsheitsmonitor 2004)	• 14% der zw. 2001-2004 befragten Bundesbürger (N=9.146) befürworteten dieses Beziehungsmodell (bgl. Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2004)

Tab. 28: Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation[461]

Konkret formuliert bedeutet dies, dass innerhalb einer am Modell des »*Shared Decision Making*« orientierten Arzt-Patienten-Interaktion sowohl die Therapieziele als auch die Behandlungsmaßnahmen nicht etwa – wie beim Paternalismus-Modell – vom Arzt diktiert oder – wie beim Informed-Consent-Modell – vom Patienten allein ausgewählt werden, sondern von beiden Interaktions- *bzw.* – treffender gesagt – Dialogteilnehmern in einem reziproken Informationsaustauschprozess gemeinsamen festgelegt werden.[462] Ehe wir nun im Folgenden in bündiger Form auf die bedeutendsten Einflussfaktoren, welche für die Entwicklung und Etablierung des »*Shared Decision Making-Ansatzes*« verantwortlich zu machen sind, eingehen werden, möchte der Autor den Leser der vorliegenden Arbeit vorab mit Nachdruck darauf aufmerksam machen, dass die obige tabellarische Illustration der drei geläufigen Arzt-Patient-Modelle keinesfalls dahingehend missverstanden werden sollte, dass das Konzept des »*Shared Decision Making*« nunmehr das in jedweder medizinisch-therapeutischen Situation *resp.* bei jedem Patienten segensreichste Interaktionsmodell darstellt. Neben dem selbstredenden Sachverhalt,

[461] eigene Darstellung auf Basis der Abbildungen bzw. Ausführungen bei FALLER 2003; KLEMPERER 2005a&b; ELWYN 2001:55 und ELWYN et al. 2003; EMANUEL & EMANUEL 1992, CHARLES et al. 1997 und 1999: 653 sowie SZASZ & HOLLENDER 1956

[462] „Shared Decision Making (…) ist" – so der Mediziner Hermann FALLER – „dadurch definiert, dass (mindestens) zwei Beteiligte in einem Prozess des wechselseitigen Informationsaustauschs aktiv partizipieren und nach einem interaktiven Abwägungsprozess zu einer gemeinsamen Entscheidung gelangen, für die beide die Verantwortung übernehmen. Hierbei ist" – so prononciert FALLER – „die Wechselseitigkeit des Einflusses und Austausches entscheidend: Informationen werden nicht nur wie im paternalistischen und im informativen Modell vom Arzt an den Patienten vermittelt, sondern der Patient bringt selbst Informationen ein, indem er seine Wertvorstellungen, Ziele, Erwartungen und Bedürfnisse. Damit er [der Patient, T.K.] dies tun kann, ist es erforderlich, dass in der Gesprächssituation eine Atmosphäre geschaffen wird, die ihm die Wichtigkeit seiner eigenen Sichtweise vermittelt und ihn ermutigt, seine subjektiven Krankheitstheorien und Präferenzen zu äußern" [FALLER 2003: 131].

dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung getreu dem Modell des »*Shared Decision Making*« in Notfall- und Krisensituationen sowie bei nur begrenzt ansprechbaren Personen nahezu unmöglich ist, lässt sich die gleichnotwendige Existenzberechtigung der beiden anderen Kommunikationsmodi an den bereits in unzähligen empirischen Studien zu Tage geförderten Erkenntnissen, demnach insbesondere ältere[463] und bildungsschwache Menschen[464] sowie Patienten mit einem geringfügigen, nicht chronisch verlaufenden somatischen Krankheitsbild[465] meistens ein paternalistisches Vorgehen des Arztes bevorzugen, ablesen. „Da sich die Patienten in ihren Bedürfnissen nach Information und Kommunikation unterscheiden, ist es" – laut KLEMPERER – „für den Arzt unabdingbar, unterschiedliche Kommunikationsstile zu kennen und zu beherrschen. (…). Gelungen ist eine Kommunikation immer dann, wenn die Kommunikation den Bedürfnissen des Patienten entspricht und zu guten Entscheidungen und bestmöglichen Behandlungsergebnissen beiträgt"[466]. Dass diese Einschätzung nicht nur für organische, sondern ebenso für psychische Krankheitsbilder Gültigkeit besitzt, beweist die hellsichtige Forschungsarbeit »*Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis*«[467], in der die Psychologin Peri TERZIOGLU mittels teilnehmender Beobachtung in Arztpraxen und problemzentrierten Interviews mit Patienten und Psychiatern[468] der Frage nachspürte, wie eine *gelungene Zusammenarbeit* mit dem ambulanten Psychiater aus der Perspektive von Patienten mit wiederkehrenden Psychosen gestaltet sein muss.[469] Verkürzt gesagt gelangte TERZIOGLU in ihrer Forschungsarbeit nämlich zu der aufschlussreichen Einsicht, dass eine aus Patientensicht *‚gelungene Zusammenarbeit'* sich nicht ausschließlich aus partizipativen, sondern – je nach Gesundheitszustand – auch aus nicht-partizipativen Elementen zusammensetzt. Als entscheidender Prüfstein, an denen die Patienten den Grad der gelungenen Zusammenarbeit mit ihren ambulant tätigen Psychiater bestimmten, fungiert – wie der im Anhang abgelichteten Abbildung 46 zu entnehmen ist – insbesondere die Fähigkeit des Psychiaters zur flexiblen Verantwortungsübernahme[470]: „Vielen Patienten, die ich befragt habe" – so fasst TERZIOGLU ihre Studienergebnisse zusammen – „war es wichtig, dass die Ärzte bereit sind, ein flexibles Maß an Fürsorge zu bieten und flexibel mit der Übernahme und Rückgabe von Verantwortung umzugehen. Fürsorge und Verantwortungsübernahme durch den Arzt wurden in besonderem Maße wichtig, wenn sich die Patienten in akuten Krisensituationen befanden. In krisenfreien Zeiten wünschten sich die Patienten die Möglichkeit, eigenständig zu handeln, viel Verantwortung für die Handhabung ihrer Krankheit zu haben (zum Beispiel bei der Dosierung der Medikamente) und als wichtige Verhandlungspartner in die Behandlung einbezogen zu werden"[471].

---

[463] vgl. BEAVER et al. 1996; BENDER & BACHMANN 1980: 6; BILDEAU & DEGNER 1996; BLANCHARD et al. 1988; BUTZLAFF / FLOER & ISFORT 2003; CASPARI et al. 2003; CASSILETH et al. 1980; COMMERTZ 2007: 69; COULTER & MAGEE 2003; DEGNER et al. 1997; DEGNER & SLOAN 1992; DIERKS & SEIDEL 2005; ISFORT / FLOER & BUTZLAFF 2004: 91-92; LANGEWITZ et al. 2006; MC KINSTRY 2000; ROSEN et al. 2001; ROTHENBACHER et al. 1997 sowie STREICH / KLEMPERER & BUTZLAFF 2002: 40

[464] vgl. BEAVER et al. 1996; CASSILETH et al. 1980; DEGNER et al. 1997; DEGNER & SLOAN; DIERKS & SEIDEL 2005; MC KINSTRY 2000; ROSEN et al. 2001; ROTHENBACHER et al. 1997

[465] vgl. MC KINSTRY 2000; MEAD & BOWER 2000a; SAVAGE & AMSTRONG 1990 sowie SIEGRIST 2005: 264

[466] KLEMPERER 2005a: 72

[467] vgl. TERZIOGLU 2005. Eine gute Zusammenfassung der zentralen Studienergebnisse finden sich vor allem in folgenden Aufsätzen: TERZIOGLU 2001, 2002 und 2006 sowie TERZIOGLU & ZAUMSEIL 2007: 221-227

[468] vgl. TERZIOGLU 2005: 56 und 59

[469] vgl. TERZIOGLU 2005: 11. „Mein Ziel" – so TERZIOGLU – „war es, chronisch psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit Psychosen, deren Einwilligungsfähigkeit aus juristischer und ärztlicher Perspektive zeitweise als eingeschränkt gilt, im ambulanten Behandlungskontext zu untersuchen. Ich möchte (…) herausarbeiten, inwieweit die propagierten Modelle der Patientenpartizipation auch in einem Kontext anwendbar und realisierbar sind, in dem bestimmte Voraussetzungen wie die unterstellte „vernünftige" Entscheidung des Patienten zeitweise nicht erfüllt sind. Mich interessiert die Frage: Wie lässt sich auch bei Menschen mit wiederkehrenden Psychosen das Kooperationsmodell [Shared Decision-Making, T.K.] anwenden?" [ebenda: 16]

[470] vgl. ebenda: 242

[471] TERZIOGLU 2005: 102

Wenden wir uns im Folgenden, nachdem wir voranstehend die obig ausbuchstabierte Aussage, der zufolge das Interaktionsmodell des »*Shared decsion-making*« keinen Allgemeingültigkeitsanspruch besitzt, anhand der Einsichten TERZIOGLUS in das von Psychose-Patienten präferierte Beziehungsmodell – welches sich allen voran durch ein flexibles, am aktuellen Gesundheitsstand der Patienten ausgerichtetes oszillieren zwischen kontrollierend-paternalistischen (aktuelle Krise) und partnerschaftlich-kooperierenden (krisenfreie Zeiten) Begegnungsformen auszeichnete – hinreichend verififizieren konnten, nunmehr den zentralen historischen Faktoren, denen ein maßgeblicher Einfluss auf die Entwicklung des »Shared Decision-Making-Ansatzes« attestiert werden kann (siehe Abb. 47/Anhang), zu, so zeigt sich, dass in der durchgesehen deutschprachigen Literatur die zwei entscheidenden W-Fragen, *mudis verbis* die „Wie entstand der »*Shared Decision Making-Ansatz*«-Frage" sowie die „Welche Gründe sprechen für die Anwendung des »*Shared Decision-Making-Ansatzes*«-Frage", vornehmlich durch die ostentative Zurschaustellung der unstreitbar positiven medizinisch-therapeutischen Effekte des partnerschaftlich-kooperativen Interaktionsmodells beantwortet wird. Begnügen wir uns an dieser Stelle mit dem in der im Anhang platzierten Abbildung 47 zum Ausdruck kommenden Hinweis, dass die Entstehung und Verbreitung des SDM-Konzept nicht etwa – wie die allermeisten deutschprachigen Texten kurzsichtigerweise verlautbaren – monokausal, d.h. allein durch die wertvollen medizinisch-therapeutischen Konsequenzen dieses Ansatzes (so weisen Patienten, die sich in die Behandlung einbezogen fühlen, u.a. eine höhere PZ[472], größeres Kontrollgefühl[473], höhere Therapietreue[474] sowie eine größere Lebensqualität[475] auf, sie schätzen ihren partnerschaftlich kommunizierende Ärzte als kompetenter und sympathischer ein[476], haben eine erhöhte Wissenszunahme[477], bilden realistischere Behandlungserwartungen aus[478], weisen eine schnellere und ausgeprägte Symptomreduktion auf[479], erzielen bessere Behandlungsergebnisse[480], kommen mit weniger Laboruntersuchungen und Überweisungen aus[481] und erhöhen zu guter Letzt auch noch die Zufriedenheit des behandelnden Arztes[482]), sondern vielmehr multikausal zu erklären ist und nehmen uns abschließend der Metafragestellung an, welche neueren Erkenntnisse hinsichtlich des Konstrukt »Patientenbedürfnisse« aus dem Shared Desicion-Making Diskurs geschöpft werden können, so können wir erst einmal grundsätzlich festgehalten, dass den Bedürfnissen der Patienten innerhalb dieses Diskurses – wenngleich zwar sie auch nicht explizit definiert werden – insofern ein exklusiver Stellenwert zuerkannt wird, als dass das egalitäre Beziehungsmodell des Shared Desicion-Making ja ursprünglich mit der Intention auf den Plan trat, die im benevolent-paternalistischen Interaktionsmodell noch sträflich vernachlässigten psychologischen und sozialen Patientenbedürfnisse – angefangen bei den Selbstbestimmungs-, Autonomie- und Partizipationsbedürfnissen über die Bedürfnisse nach Information und Kontrolle bis hin zu den Anerkennungsbedürfnissen – möglichst umfassend zu saturie-

---

[472] vgl. ADAMS / SMITH & RUFFIN 2001; ANDERSON & ZIMMERMANN 1993; BERTAKIS /ROTER & PUTNAM 1991; BIEBER 2007: 11-12; BIEBER et al. 2006: 58; BULLER & BULLER 1987; BURGOON et al. 1987; CAMPBELL et al. 2007; CARLSEN & AAKVIK 2006; CHRISTEN et al. 2008; CHUE 2006; FLOCKE / MILLER & CRABETEE 2002; FROSCH & KAPLAN 1999; KEATING et al. 2002; KIM et al. 2004; KOLIP et al. 2001: 267; LIANG et al. 2002; ISHIKAWA et al. 2002; LITTLE et al. 2000; ROTER 1977; ROTER & HALL 2006; SCHEIBLER et al. 2004: 205; SEPUCHA et al. 2002; SERBER / CORNAN & WALEN 2003 sowie WILLIAMS / WEINMAN & DALE 1998

[473] vgl. BRODY et al. 1989b; FALLER 2003: 129, SIEGRIST 2005: 266; SWANSON et al. 2007 und ZACHARIAE et al. 2003

[474] vgl. BRODY 1980; BUTLER et al. 1996; EISENTHAL et al. 1979; EISENBERG 1997; HAISCH et al. 1989: 476; LOH / SIMON & HÄRTER 2007; ROSENMEIER 1987: 174; ROTTER 1977; TERZIOGLU 2005: 181 sowie YOUNG & KLINGLE 1996

[475] vgl. GREENFIELD et al. 1988; KAPLAN et al. 1988; POZO et al. 1992 und SIEGRIST 2005: 265

[476] vgl. HAISCH et al. 1989: 476 und SULLIVAN et al. 1996

[477] vgl. BARLETT 1984 und LOH et al. 2007

[478] vgl. ebenda

[479] vgl. DI BLASI et al. 2001; MORRIS & ROYLE 1988; FALLOWFIELD et al. 1990; ROTER 2000; STEWART 1995 und STEWART et al. 2000

[480] vgl. GREENFIELD et al. 1988; JOOSTEN et al. 2008; KAPLAN et al. 1988 und 1989; KLEMPERER 2003a: 11; LOH / SIMON & HÄRTER 2007 sowie MEAD & BOWER 2002

[481] vgl. LOH / SIMON & HÄRTER 2007 sowie STEWART et al. 2000

[482] vgl. EUGSTER & WAMPOLAD 1996; LOH & SIMON 2007: 8; SEPUCHA et al. 2002 und ZAUMSEIL 2005: 6

ren. Obzwar wir uns nun angesichts dieser bedürfnistheoretischen Bestandsaufnahme unverhohlen eingestehen müssen, dass sich das Wasser des ansonsten äußerst klarsichtigen Shared Decision-Making-Publikationsmeers an der für die vorliegende Untersuchung entscheidenden Stelle, *nudis verbis* der Frage nach den bestehenden inhaltlichen Konvergenzen und Divergenzen zwischen dem »*Patienten-bedürfnis*-« und dem »*Patientenerwartungskonstrukt*«, in einem sonderbar trüben Zustand zeigte, möchte der Autor die in den obigen Zeilen unternommene Forschungsreise jedoch keinesfalls mit der Redewendung ‚*Eulen nach Athen getragen*' belegt wissen, da wir insbesondere vor dem Hintergrund der in Kapitel 8 der hiesigen Studie vorzunehmenden Fragebogenentwicklung auf einen Gutteil der obig geschilderten Grundeinsichten des Shared Desicion-Making Ansatzes Bezug nehmen werden. Um dem Gang der Untersuchung nicht zu sehr vorzugreifen sei an dieser Stelle nur soviel verraten, dass das Modell des Shared Desicion-Making sowohl bei der theoretischen Fundierung *resp.* Ableitung als auch bei der konkreten inhaltlichen Ausstaffierung der Therapeut-Patient-Beziehungs-Skala eine gewichtige Rolle spielen wird. Belassen wir es bei diesen rhapsodischen Auspizien und wenden uns nun im Folgenden den beiden letzten psychiatrischen Diskursen zu, in denen der Bedürfnisterminus – wie bereits zu beginn unserer Expedition formuliert und in der Abbildung 41 kenntlich gemacht wurde – eine vergleichsweise intensive Besprechung erfuhr.

14. Komplementäre Beziehungsgestaltung: Das Konzept der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« – welches in der einschlägigen Literatur stellenweise auch als »*Bedürfnis- oder Motivorientierte Beziehungsgestaltung*« bezeichnet wird[483] – wurde maßgeblich von dem renommierten Schweizer Psychologen Klaus GRAWE, der insbesondere mit seiner überaus kontrovers diskutierten ‚*Berner Therapievergleichsstudie*'[484] international bekannt wurde, entwickelt[485] und wird nunmehr – seit dem frühen Tod GRAWES im Jahre 2005 – von einigen seiner engsten Schüler weitergedacht.[486] Versuchen wir nun in einem ersten Schritt zu ergründen, was sich hinter diesem *prima facie* eher sybillinisch denn selbstklärend ausnehmenden Konzept verbirgt, so zeigt sich, dass GRAWE mittels seines empirisch mehrfach abgesicherten Konzepts der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« eine luzide Antwort auf die therapeutische Gretchenfrage: *Mit welchen Mitteln lässt sich eine gute Therapeut-Patient-Beziehung herbeiführen?* formulierte. Unter bedürfnistheoretischen Aspekten ist das Konzept der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« nun insofern von besonderer Relevanz, als dass GRAWE zufolge eine gute therapeutische Beziehung vornehmlich dadurch verwirklicht werden kann, dass der Therapeut dem Patienten insbesondere zu Anfang der Therapie (Initialphase[487]) bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zuteil werden lässt. Die vier gleichberechtigten menschlichen Grundbedürfnisse, welche es getreu GRAWE zugunsten einer heilsamen therapeutischen Beziehung im Therapieprozess hinreichend abzusättigen gilt, lauten: 1) Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle[488], 2) Bindungsbedürfnis[489], 3) Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung[490], 4) Bedürfnis nach Lustgewinn und Un-

[483] vgl. STUCKI & GRAWE 2007: 16 sowie FLÜCKIGER & GROSSE HOLTFORTH 2007

[484] vgl. GRAWE / CASPER & AMBÜHL 1990a&b sowie GRAWE / DONATI & BERNAUER 1994

[485] vgl. GRAWE 1992b und 2004 sowie GRAWE. & GRAWE-GERBER 1999.

[486] siehe dazu insbesondere GASSMANN & GRAWE 2006, REGLI et al. 2000; SMITH / REGLI & GRAWE 1999 sowie SMITH & GRAWE 2003

[487] vgl. HOLM-HADULLA 2000: 134

[488] vgl. GRAWE 2004: 230-249. Primäres therapeutisches Ziel: „*Der Patient soll die Erfahrung machen, dass er bestimmen kann, was passieren wird, und dass nichts über seinen Kopf hinweg entschieden wird. Er soll das Gefühl haben, Kontrolle über das Geschehen zu haben*" [STUCKI & GRAWE 2007: 20-21]. Zur gesundheitsstabilisierenden *resp.* genesungskatalytischen Potenz von Kontrollüberzeugungen siehe u.a. BANDURA 1982 und 1989; BANDURA et al. 1985; GOLIN et al. 1977; KOBASA 1979; KOBASA et al. 1981, 1982 und 1983; LANGER & RODIN 1976; RODIN 1986; RODIN & LANGER 1977; SCHULZ 1976; SCHULZ & HANUSA 1978; SELIGMAN 1986; TAYLOR 1995: 135ff.; TAYLOR & BROWN 1988. Anhaltspunkte zur therapeutischen Bedeutsamkeit des Orientierungsbedürfnisses finden sich u.a. bei ANTONOVSKY 1997; BALINT 1970; LUDERER 1987 und 1989a sowie RASPE 1979

[489] vgl. GRAWE 2004: 192-229; Zentrales therapeutisches Ziel: „*Der Patient soll die Erfahrung machen, dass jemand für ihn da ist, dass er sich auf jemanden verlassen kann und nicht zurückgewiesen wird. Er soll sich aufgehoben und sicher fühlen können*" [STUCKI & GRAWE 2007: 21]. Zur Gewichtigkeit des Bindungsbedürfnisses in Therapeut-Patient-Beziehung siehe insbesondere die beiden grundlegenden Übersichtsarbeiten von STRAUß & SCHMIDT 1996 und 1997. Den an dieser Thema-

lustvermeidung[491]. Wie nun der im Anhang wiedergegebenen Abbildung 48 entnommen werden kann, stellt die via Ressourcenaktivierung hervorgerufene Befriedigung der vier elementaren menschlichen Grundbedürfnisse laut GRAWE das Hauptagens dar, durch welches eine ganze Reihe therapieförderlicher Prozesse *bzw.* Rückkoppelungsschleifen in Gang gesetzt werden. Da nun jedoch eine detaillierte Erörterung all jener in der Abbildung zum Ausdruck kommenden Interdependenzgeflechte[492] dem Ziel des vorliegenden Exkurskapitels, in Worten der Bergung neuer Einsichten in das Patientenbedürfniskonstrukt, eher ab- den zuträglich wäre, verzichten wir an dieser Stelle auf ein derartiges Illustrationsunterfangen und versuchen stattdessen abschließend noch einmal – eher wir nachstehend mit der Inaugenscheinnahme des so genannten »*Berliner-Bedürfnis-Inventars*« unsere unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten geführte Forschungsreise einstellen werden – in knappen Worten die möglichen Erkenntniszuwächse zu konturieren, welche aus den bedürfnistheoretischen Aussagen des Konzepts der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« für die vorliegende Arbeit abgeleitet werden können, so kann in der Summe festgehalten werden, dass uns die GRAWESCHE Grundidee, demnach eine angemessene Saturierung der vier grundlegenden Patientenbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, Bindung, Selbstwerterhöhung und Lustgewinn das Fundament einer konstruktiven Therapeut-Patient-Beziehung bildet[493], zwar auf der einen Seite hinsichtlich des im vorliegenden Kapitel zu entwickelnden PZ-Modells keine neuen Einblicke in das opake Verhältnis zwischen den in der einschlägigen Literatur zuhauf synonym verwendeten Termini der ‚Patientenbedürfnisse' und der ‚Patientenerwartungen' beschert, uns allerdings zugleich auf der anderen Seite – in Analogie zum »*Shared Decision-Making-Ansatz*« – einige Anhaltspunkte mit auf den Weg gibt, welche Inhalte die Items

---

tik besonders interessierten Lesern sei darüber hinaus die Lektüre der nachstehend notierten Texte wärmstens empfohlen: FONAGY 1998a&b; FONAGY et al. 2004; HÖGER 1995 sowie STRAUß 2004 und 2006

[490] vgl. GRAWE 2004. Therapeutisches Ziel: „*Der Patient soll die Erfahrung machen, als Person wichtig und wertvoll zu sein. Er soll das Gefühl haben, geschätzt und akzeptiert zu werden*" [STUCKI & GRAWE 2007: 22]. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass allen voran Gordon ALLPORT, Alfred ADLER und Carl ROGERS in ihren psychologischen Schriften dem Selbstwerterhöhungsbedürfnis eine besondere therapeutische Veränderungskraft einräumten.

[491] vgl. GRAWE 2004. Therapeutisches Ziel: „*Der Patient soll die Erfahrung machen, dass er sich in der Therapie wohlfühlen und lustvolle Momente genießen kann. Er soll das Gefühl haben, dass in der Therapie auch angenehme Gefühle Platz haben*" [STUCKI & GARAWE 2007: 22]. Zur therapeutischen Bedeutsamkeit des ‚Wohlfühlbedürfnisses' siehe insbesondere den von Rainer LUTZ entwickelten Ansatz einer »Euthymen Therapie« (vgl. LUTZ 1990, 2000a und 2005b).

[492] „Je mehr sich ein Patient im Zuge einer gelungenen Ressourcenaktivierung neben der Problemaktivierung" – so kommentierten GRAWE & GRAWE-GERBER die Wechselwirkungsprozesse zwischen den einzelnen, der Abbildung inhärenten, Variablen – „auch in seinen positiven Seiten gespiegelt erleben kann, umso mehr macht er positive Wahrnehmungen im Hinblick auf wichtige aktualisierte Bedürfnisse. Solche Wahrnehmungen werden begleitet von positiven Gefühlen und von positiven Gefühlen und führen damit zu einem aktuell besseren Selbstwertgefühl und einem verbesserten Wohlbefinden. Aufgrund dieser selbstwerterhöhenden Erfahrungen wird er mit etwas mehr Mut, Schwung und Vertrauen an die Dinge herangehen. Dies führt zu kleinen Erfolgserlebnissen, die wiederum sein Vertrauen stärken, dass Veränderung möglich ist. Dies hebt seine Stimmung erneut und führt zu positiven Zukunftserwartungen, die wiederum die Voraussetzung für weitere Erfolgserlebnisse verbessern. Die positiven Veränderungen, die der Patient bei sich feststellt, wird er als Anzeichen interpretieren, dass die Therapie bei ihm wirkt und dies führt dazu, dass sie bei ihm wirkt, weil ihre Glaubwürdigkeit in der glaubwürdigsten Weise, nämlich durch Erfahrungen „am eigenen Leibe" bestätigt wurde. Die Feststellung, dass die Therapie bei ihm wirkt, fördert beim Patienten die Aufnahmebereitschaft für das, was der Therapeut an ihn heranträgt, und erhöht seine Kooperationsbereitschaft und sein aktives Engagement für die Therapie. Damit verbessern sich die Voraussetzungen für das Wirksamwerden aller sonstigen spezifischen Einflüsse, die von dem therapeutischen Vorgehen ausgehen. Auch die Bereitschaft des Patienten, sich auf neue Erfahrungen einzulassen, wird durch die Feststellung der ersten positiven Veränderung gestärkt. All dies führt auch auf Seiten des Therapeuten zu erhöhtem Engagement, vermittelt ihm den Eindruck, dass er sich auf dem richtigen Weg befindet und stärkt ihn damit in seiner Sicherheit. Das wiederum wirkt sich nochmals fördernd auf die Erwartung des Patienten aus, dass der Therapeut ihm helfen kann und helfen wird. Diese beiderseitigen positiven Auswirkungen auf die Qualität der Therapiebeziehung. Der Patient vertraut seinem Therapeuten immer mehr, dieser fühlt sich von seinem Patienten wertgeschätzt und in seiner Kompetenz bestätigt. Dadurch steigt wiederum seine Wertschätzung für den Patienten und sowohl seine Bereitschaft, ihn engagiert zu unterstützen, als auch sein Kompetenzgefühl, dazu in der Lage zu sein" [GRAWE & GRAWE-GERBER 1999: 68].

[493] *En passant* sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sowohl in der klärungsorientierten Psychotherapie von Rainer SACHSE (2006) als auch in der systemischen Psychotherapie von Günter SCHIEPEK et al. (2000) ebenfalls von dem Grundsatz ausgegangen wird, dass der Einsatz spezifischer therapeutischer Techniken (z.B. Problemaktualisierung, Klärung usw.) nur auf der Grundlage einer guten, tragfähigen, stabilen Therapie-Beziehung – die insbesondere davon abhängt, inwieweit der Therapeut in der Initialphase durch ein bedürfnisbefriedigendes Vorgehen genügend „*Beziehungskredit*" (vgl. SACHSE 2006) akkumulieren konnte – erfolgreich angewandt werden können. „Die Analogie vom Beziehungskredit bedeutet" – so SACHSE – „dass ein Therapeut durch bestimmte Arten von Interventionen Vertrauen schafft, also gewissermaßen „Credits" auf sein Beziehungskonto einzahlt; hat er genügend Kredit, dann kann er sich auch Interventionen leisten, die Beziehungskredit „abbuchen" (wie z.B. Konfrontationen), ohne dass das Konto ins Minus gerät, d.h. ohne dass die Beziehung von Therapeut und Klient in Gefahr gerät. Somit sollte ein Therapeut immer dafür sorgen, dass er ausreichend Beziehungskredit besitzt, um auch konfrontative Interventionen realisieren zu können. (…) Alle Handlungen, die der Beziehungsgestaltung dienen, buchen dem Therapeuten Beziehungskredit auf; ganz besonders positiv wirken sich jedoch Strategien der komplementären Beziehungsgestaltung aus. Geht ein Therapeut in seinem Handeln explizit auf zentrale Beziehungsmotive eines Klienten ein, dann schafft das enorm viel Beziehungskredit. Hat ein Therapeut sehr viel Kredit, dann wirken sich auch konfrontative Interventionen gar nicht mehr „konfrontativ" aus: Der Klient weiß dann, dass der Therapeut dieses nicht „böse" meint, dass er dem Klienten „nichts will", sondern dass es dem Therapeuten letztlich nur darum geht, den Klienten auf relevante Aspekte aufmerksam zu machen. Das bedeutet: Hat der Therapeut *sehr viel Beziehungskredit geschaffen, kann er sich praktisch alle Interventionen „leisten", ohne dass es dann noch Effekte auf die Beziehung hat*" [SACHSE 2006: 30-31]

der im Rahmen des Methodenkapitels (Kap. 8) auszuarbeitenden ‚*Therapeut-Patient-Beziehung-Skala*' zwingend abgefragt werden sollten. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass uns die vier von GRAWE apostrophierten Patientenbedürfnisse bei der Fragebogenentwicklung – im Sinne der so genannten deduktiven Fragebogenkonstruktionsmethode[494] – als theoretische Bezugspunkte dienlich sein werden.

17. Berliner-Bedürfnis-Inventar: Adressieren wir nun zum Abschluss unserer am Patientenbedürfnis-Fixstern ausgerichteten Expedition in die psychiatrische Forschungslandschaft die Exkurs-Meta-Frage: ‚*Wie kann der Patientenbedürfnisbegriff einerseits hinreichend definiert und andererseits angemessen von seinem Zwilling, in Worten dem in der PZ-Literatur zumeist synonym zum Bedürfnisbegriff verwendeten Erwartungsterminus, abgegrenzt werden?*' an das von einer Berliner Forschergruppe unter der Leitung des arrivierten Mediziners und Psychologen Stefan PRIEBE entwickelte *Berliner-Bedürfnis-Inventar für Klienten*[495] (BeBI), so sei an dieser Stelle vorausgeschickt, dass wir uns im Folgenden weniger mit der konkreten Operrationalisierung des Patientenbedürfniskonstrukts im BeBI als mit seiner theoretischen Durchdringung – wie sie insbesondere in den beiden richtungsweisenden Aufsätzen »*Zum Bedürfnisbegriff in der psychiatrischen Forschung*« von HEINZE & PRIEBE (1995) sowie »*Who needs needs?*« von PRIEBE / HUXLEX & BURNS (1999) zu leisten versucht wurde – beschäftigen werden. Mit der Entwicklung des Berliner-Bedürfnis-Inventar, dass in zwei parallelen Fassungen für Klienten und Behandler vorliegt und in insgesamt 15 Lebensbereichen (Wohnen, Hausarbeit, Arbeit, körperliche und seelische Gesundheit, Abhängigkeit, Eigen- und Fremdgefährdung, Information, Ernährung, Körperpflege, Finanzen, Geldeinteilung, soziale Kontakte, Partnerschaft, Sexualität) den subjektiven Unterstützungs- und Hilfebedarf ermittelt[496], versuchte die Berliner Forschungsgruppe – salopp formuliert – auf das vielmündig beklagte Problem zu parieren, dass im Rahmen der psychiatrischen Versorgungsplanung meist ausnahmslos die Stimme der professionellen Experten, nicht aber die der Betroffenen eingeholt wird. Als problematisch ist dieser Tatbestand nun insofern einzuschätzen, als dass in der Vergangenheit auf empirischen Wege sattsam belegt werden konnte, dass die Bedarfseinschätzungen von Experten und Betroffenen keinesfalls immer haargenau übereinstimmen.[497] Anstatt nun Spekulationen über die Gründe, welche für die Differenzen in den Hilfsbedürfnisbenennung zwischen Professionellen und Betroffenen – z.B. die resignative Anpassungsleistung der Patienten oder das vitale Interesse vieler Experten, die psychosoziale Palette an Hilfsangeboten zu rechtfertigen *resp.* auszuweitern[498] – verantwortlich zu machen sind, ins Kraut schießen zu lassen, werden wir uns in den nachfolgenden Zeilen den beiden voranstehend notierten Aufsätzen in der Absicht annehmen, mögliche Antworten auf unsere bedürfnistheoretische Meta-Fragestellung freizuschaufeln. Wenden wir uns also mitsamt unseres Fragenkomplexes an die voranstehend ausgezeichneten Texte, so müssen wir leider ernüchternd feststellen, dass sich diese unter bedürfnistheoretischen Gesichtspunkten *formaliter* als besonders erkennt-

---

494 vgl. BÜHNER 2004: 47

495 Grundlegende Informationen zur Intention, Entwicklung und empirischen Feuertaufe des ‚*Berliner-Bedürfnis-Inventars*' bietet allen voran die nachstehende Literatur: HABERFELLNER et al. 2006; HOFFMANN & PRIEBE 1996; HOFFMANN et al. 1995; KALLERT 2000 und 2002 sowie KALLERT & LEIßE 2008a/d und 2006 und PRIEBE et al. 1995

496 vgl. HOFFMANN & PRIEBE 1996: 475. Angemerkt sei, dass eine komplette Version des Berliener Bedürfnis-Inventars für Klienten dem in der Zeitschrift ‚*Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*' erschienen Aufsatz von HOFFMANN & PRIEBE (1996) angehängt wurde.

497 siehe dazu bspw. die Studien von GEERS & MÜLLER (1984), HOFFMANN & PRIEBE (1996), HANSSON et al. (1995), KILIAN et al. (2001) sowie die Untersuchung SLADE et al. (1995)

498 „Eine der wichtigsten und anspruchsvollsten Aufgaben der Bedürfnisforschung" – so das Autorenduo HAASE & SCHWEFEL – „ist die möglichst realitätsnahe Abbildung von Patientenbedürfnissen. In diesem Zusammenhang muss der Gefahr begegnet werden, dass Fachleute unterschiedlicher Profession – bewusst oder unbewusst – das als Patientenbedürfnis ausmachen, wovon sie selbst glauben, dass der Patient dessen bedarf. (...) Eine Fremddefinition von Patientenbedürfnissen" – so merken HAASE & SCHWEFEL kritisch an – „ist um so problematischer, je stärker der Definierende der Angebotsseite verbunden ist" [HAASE & SCHWEFEL 1995: 41].

nisschwanger ausnehmenden Aufsatztitel *realiter* als besonders raffiniert zusammengeschusterte potemkinsche Dörfer entpuppen, da weder der Aufsatz von HEINZE & PRIEBE (1995) noch die Abhandlung von PRIEBE et al. (1999) über eine rein additive Aufzählung der theoretischen Fundierungsprobleme des Bedürfniskonstrukts hinausweisen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass auf der einen Seite zwar in beiden Aufsätzen die Kalamität angesprochen wird, dass sich die im Rahmen der Nutzerforschung entstandenen Konstrukte »*Behandlungszufriedenheit*«, »*Lebensqualität*« und »*Patientenbedürfnisse*« sich auf der Theorieebene häufig überlappen und inhaltlich nur schwer Auseinanderzudividieren sind, auf der anderen Seite jedoch von den Autoren keine nennenswerten Anstalten zur Überwindung dieses Missstandes unternommen wurden. Bevor wir nun zum Ende unserer Patientenbedürfnis-Expedition in das psychiatrische Forschungsterrain noch einmal die gesamten Erkenntnisschätze, die wir in mühevoller Kleinstarbeit aus den insgesamt 17 durchschrittenen Diskursen herausklauben konnten, darstellen und hinsichtlich ihrer Relevanz für die vorliegende Untersuchung bewerten werden, kann bezüglich des ‚*Berliner-Bedürfnis-Inventar-Diskurses*' abschließend in der Summe *ad notam* genommen werden, dass uns die wenigen brauchbaren bedürfnistheoretischen Aussagen, welche innerhalb dieses Diskurses niedergeschrieben wurden – *nudis verbis* die klassische Definition des Bedürfnisses als eines zur Abhilfe antreibenden Mangelzustandes sowie die Einsicht in das Erwartungsderterminierende Potenzial der Patientenbedürfnisse – der vorliegenden Untersuchung keine neuen Erkenntniszuwächse angedeihen ließen; da selbige Einsichten bereits im Exkurskapitel 3.1.1.1.1 zu Tage gefördert wurden.

Bevor wir nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt unser Expeditionsgepäck zum Zwecke der Auskundschaftung von medizinsich-psychologischen Studien, welche sich der empirischen Erfassung von patientenseitigen Wüschen an die medizinisch-therapeutische Dienstleitung angenommen haben, ein weiteres mal schultern werden, sollen vorab – unter anderem zur Erleichterung der Trittschwere – die aus den voranstehend durchschrittenen Patientenbedürfnisdiskursen herausgeschürften '*Wissens-Nuggets*' zur Taxierung ihres wahren Erkenntniswertes für die PZF aus den Tragkörben entnommen und mit Argusaugen betrachtet werden. Um nun im Rahmen dieses Einschätzungsprozesses unnötige Redundanzen und Litaneien zu vermeiden, wird im Folgenden davon abgesehen, jeden '*Wissens-Nugget*' nochmals einzeln zu bestaunen und hinsichtlich seiner möglichen Erkenntnisdienlichkeit für die PZF zu diskutieren. Anstelle einer derart minutiösen Aufarbeitung der Exkurs-Einsichten werden wir nachstehend zur Verdeutlichung all jener Patientenbedürfnisexkurs-Erkenntnisse, welche von Seiten der PZF fruchtbar zur Analyse und Überwindung einiger ihrer scheinbar delischen Probleme eingesetzt werden können, von einer tabellarischen Rubrikation Gebrauch machen. Konkret formuliert bedeut dies, dass sich die auf den fortfolgenden Seiten abgelichteten Kästen – getreu dem Defizit-Dreigestirn der PZF – in insgesamt drei Defizit-Klassen aufsplitet, unter welche die jeweiligen Exkurs-Einsichten, die entweder wertvolle Informationen zur analytischen Durchdringung und/oder zur gänzlichen Verflüchtigung eines dieser drei zentralen Defizite beizusteuern wissen, subsumiert werden.

Instruktive Erkenntnisse zum Theoriedefizit der PZ-Forschung:

- *Zufriedenheitsmodell*: Die Bedürfnisse der Patienten partizipieren nur indirekt, über ihre erwartungsdeterminierende Einflusskraft, am intrapsychischen Vergleichsprozess der PZ-Ausbildung

- *Legitimität von Patientenzufriedenheitsbefragungen*:
  Insbesondere aus den Studien zur psychiatrischen Soziologie kann ein entscheidender Legitimitätsgrund für die systematische Befragung der Patienten abgeleitet werden: die Sanktionsangst. Mit anderen Worten gesagt kann die Frage „*Warum sollte man überhaupt die Patienten mit elaborierten empirischen Methoden nach ihrer Zufriedenheit befragen?*", nunmehr dahingehend beantwortet werden, dass die anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts im Fahrwasser des damals populären Konzepts der »*therapeutischen Gemeinschaft*« vermehrt aufkeimenden demokratischen Artikulationsforen (z.B. gemeinsame Stationsbesprechung, Patientenparlament usw.) sich weittestgehend als unfähig entpuppten, den Patienten ihre uneuphemistische Meinung zu entlocken.
  Darüber hinaus könnten PZ-Befragungen theoretisch dadurch gerechtfertig werden, indem sie als eine Methode der permanenten Institutionsanalyse im Sinne der »*psychothérapie institutionelle*«, deren primäres Ziel die maximale Ausrichtung der Institutionsstrukturen an den Bedürfnissen der Patienten darstellt (Leitbild der gesprengten Institution), ausgewiesen würden.
  Zu guter Letzt könnten zur indirekten Rechtfertigung von PZ-Befragungen sowohl die im Rahmen des »*Shared Decision Making Diskurs*« als auch in den finnischen Konzepten der »*bedürfnisangepassten Psychosebehandlung*« und des »*offenen Dialoges*« zu Tage geförderten Erkenntnis, demnach eine verstärkte Berücksichtigung der Patientenmitbestimmungsbedürfnisse u.a. zu signifikant besseren medizinisch-therapeutischen Ergebnissen führt, bemüht werden; da eine *lege artis* durchgeführte PZ-Befragung ja *mutatis mutandis* die Einlösung eben dieses Patientenbedürfnisses in Aussicht stellt.

Instruktive Erkenntnisse zum Methodendefizit der PZ-Forschung:

- *Konstruktoperationalisierung*: Zur weittestgehenden Negation des Problems der „*expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität*" kann aus den durchmusterten Diskursen der Hinweis abgleitet werden, dass zukünftige PZ-Studien – soweit sie einen Anspruch auf wissenschaftliche Redlichkeit erheben – nicht umhin kommen werden, in ihrem Itempool sowohl sowohl Fragen zur „Zufriedenheit mit den Mitpatienten" (siehe FLOETH 1991) als auch zur „Zufriedenheit mit der eingeräumten Patientenautonomie" (siehe dazu die Erkenntnisse des Shared Decision Making- und des Subjektorientierungs-Diskurses) zu berücksichtigen, da diese Prozessmerkmale von den Patienten als besonders bedeutsam eingeschätzt werden.
  Darüber hinaus bieten die von Klaus GRAWE in seinem Konzept der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« verlautbarten vier menschlichen Grundbedürfnisse eine wertvolle theoretische Referenzgröße zur konkreten inhaltlichen Ausgestaltung der PZ-Dimension „Arzt-/Therapeut-Patient-Beziehung".

- *Erweiterung des Methodenarsenals*: Aus der auf methodischer Ebene außerordentlich raffiniert angelegte Studie »*ein bett ist keine Wohnung*« von MÜHLICH-VON STADEN et al. (1992) lassen sich in Gestalt des so genannten ‚*Planspiels*' sowie des ‚*Bildassoziations-Tests*' zwei höchst unkonventionelle Erhebungstechniken extrahieren, die zukünftig im Rahmen der qualitativen PZF fruchtbar – z.B. in der Intervieweinstiegsphase – eingesetzt werden könnten.

- *Initiale Patientenbefragung*: Aus der von Klaus GRAWE im Kontext seines Konzepts der »*komplementären Beziehungsgestaltung*« gemachten Einsicht, dass eine hinreichende Befriedigung der vier basalen menschlichen Grundbedürfnisse nach Kontrolle, Bindung, Lustgewinn und Selbstwerterhöhung in der ersten Therapiephase von elemntarer Bedeutung für die therapeutische Beziehung und den späteren Therapieoutcome ist, kann für die PZ-Forschung der im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit noch intensiv zu erforschende Wink abgeleitet werden, dass möglicherweise bereits eine frühzeitige, initiale PZ-Befragung (z.B. nach der ersten Therapiewoche) – welche sich auf den Zufriedenheitserfüllungsgrad der GRAWESCHEN Bedürfnissen bezieht – eine bedeutsame Rolle (z.B. Alarm- und Prädikatorfunktion) innerhalb einer umfassenden internen Qualitätsmanagement-Assessment-Batterie zukommt.

Instruktive Erkenntnisse zum Verwertungsdefizit der PZ-Forschung:

- Folgende *Gründe* könnten laut der exzerpierten Patientenbedürfnisliteratur *für das persistente Verwertungsdefizit* generierter Zufriedenheitsdaten veranwortlich gemacht werden:
  1. Sanktionsangstbedingtes ausbleiben verwertbarer Patientenkritik
  2. Kritikimmunsierungs- *bzw.* Eskamotierungstechniken: Allen voran aus in Augenschein genommenen Diskursen zur *‚psychiatrikrtischen Bewegung im wilhelminischen Deutschland'*, der *‚Psychiatrischen-Soziologie'* sowie des *‚investigativen Psychiatrie-Journalismus'* konnten folgende Strategien deduziert werden, mit denen sich das professionelle Klinikpersonal gemeinhin gegenüber patientenseitiger Kritik zu immunisieren sucht:
     - pathologisierend Entwertung;
     - soziale Entwertung;
     - therapeutische Entwertung
  3. Instrumentelle Macht des Pflegepersonals
  4. Vorherrschaft reformblockierender institutionalisierter Abwehrmechanismen (Psychoanalytische Organisationstheorie)
- Ansätze zur Überwindung des Verwertungsdefizits:
  1. Partizipation der Mitarbeiter und Patienten an allen Untersuchungsungsphasen (Entwicklung, Durchführung, Auswertung und Interpretation) im Sinne der Aktionsforschung *bzw.* der Trialogischen Forschung
  2. Schaffung eines kooperationsfreundlichen Arbeitsklimas
  3. Versehung der Umsetzungsmaßnahmen mit „Bis-auf-weiteres-Klauseln" (vgl. FENGLER & FENGLER 1980)

3.1.1.1.2.2 Empirische Studien zur Erfassung der Wünsche von Psychotherapiepatienten an die jeweilige Versorgungspraxis

Bemächtigen wir uns nun wiederum unsers Forschungsequipments, welches sich nach der vorübergehenden Entledigung der – wie die obigen Kästen beweisen – nicht ungewichtigen Erkenntnisbausteine unserer vorherigen Expeditionen merklich leichter ausnimmt, und durchmustern mitsamt unseres Forschungsgespürs sowie der Erkenntnisabsicht, möglichst all jene Forschungsarbeiten, die sich auf empirischem Wege mit der Fragestellung: *Was wünschen sich psychiatrisch erkrankte Patienten von ihrer medizinisch-therapeutische Behandlungspraxis*? beschäftigen, ausfindig zu machen, das weite Feld der psychotherapeutischen Forschungslandschaft, so gelangen wir unweigerlich zu der elegisch stimmenden Einsicht, dass wir hier ein Forschungsfeld zu betreten gewagt haben, für das augenscheinlich noch keine Landkarte geschrieben wurde. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass einer ausgiebigen Literaturrecherche in den einschlägigen medizinischen und psychologischen Datenbanken zum Trotz, insgesamt nur 12 deutschsprachige Untersuchungen ausfindig gemacht werden konnten, die sich der voranstehend skizzierten Thematik mehr oder minder erfolgreich angenommen haben.[499] Die herbe Enttäuschung, die sich ob dieser äußerst dürftigen Anzahl an Forschungsarbeiten zum Thema Patientenwünsche postwendend auf den Gesichtern der Exkursteilnehmer abmalte, ist – soviel sei an dieser Stelle verraten – nicht minder dem Umstand geschuldet, dass die Teilnehmer von der im nachhinein unbegründeten Annahme ausgingen, dass die unsystematische Sammlung der Patientenwünsche im Bauche des drei Meter

[499] Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sowohl die Arbeiten von GRAUSGRUBER et al. 1989 und SCHÖNY et al. 1992 als auch die Studie von ARNDT & ASCHERMANN aus dem Jahre 2005 in der vorliegenden Arbeit nicht weiter berücksichtigt werden, da erstere die Wünsche der Bevölkerung und zweitere die Wünsche von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen an die Psychiatrie zu erfassen versucht.

großen blauen Pappmachépferdes namens Marco Carvallo – welches das emanzipatorische Freiheitssymbol der italienischen Reformpsychiatrie darstellte und eigens von den Patienten der Trierster Psychiatrie zusammengeschustert wurde[500] – einen Anstoß zur systematischen Erschließung der Patientenwünsche gegeben hätte. Bevor wir nun im Folgenden die Ergebnisse der zwölf deutschsprachigen Studien näher beschreiben (siehe Tabellen 29 bis 34/Anhang) und hinsichtlich ihrer möglichen Erkenntnisdienlichkeit für die vorliegende Arbeit im Speziellen und die PZF im Allgemeinen diskutieren werden, seien vorab jene Passagen aus dem Buch »*Das große Theater des Marco Cavallo. Phantasiearbeit in der Psychiatrischen Klinik Triest*« wiedergegeben, in denen der Autor Giuliano SCABIA darüber Auskunft erteilt, was genau auf den Wunschzetteln, die den Bauch des Pferdes schmückten, geschrieben stand: Am Donnerstag, den 01. Februar des Jahres 1972 wurden die Patienten der psychiatrischen Anstalt Triest dazu aufgefordert, ihre Wünsche – die nach Absprache mit den Patienten im Bauche des Pferdes deponiert werden sollten – auf einen kleinen Zettel zu notieren. „Die Zettel werden in einem Hut gesammelt. Begeisterung bricht beim Vorlesen der Zettel los. Unter den Wünschen steht gutes Essen an erster Stelle. Einer von uns hat gewünscht, dass ein Lied dabei sein sollte. *Erste Liste der gewünschten Dinge, die in Marco Cavallos Bauch deponiert werden sollten:* der rote Schal, Reis mit Pilzen, eine Uhr, Pilze mit Trüffeln, was Gutes zum Essen, Polenta mit Tintenfischen, eine Blume, Kaviar und Whisky, Reh und Polenta, eine Puppe, Gemüsesalt mit Mayonnaise, Cevapcici, Rasnici, Heu und Käse, Fischsalat, Gulasch, Opollo (Wein aus Dalamiten?), Parmesan, Gin und Wodka, ein Püppchen, Äpfel, Hasensalami, ein Wecker, Rum, ein Lied, Rosina als Königin verkleidet, viele Feinde von Troja, eine Flasche Teràn, ein Komet, eine kleine Espressomaschine, eine Flasche Schnaps, roter Salat, Diva, Loredana, Schinken und Muskatteller aus Buie in Istrien, ein Fahrrad“[501].

Ehe wir nun den Versuch starten werden, aus den in tabellarischer Form wiedergegeben zwölf deutschsprachigen Studien (siehe Tabellen 29 bis 34/Anhang) diejenigen Erkenntnis herauszulösen, welche für den Fortgang der hiesigen Untersuchung von Belang sein könnten, sei vorab auf den unrühmliche Sachverhalt hingewiesen, dass der Wunschterminus in den meisten der analysierten Studien in einem Atemzug mit dem Erwartungs- *bzw.* dem Forderungsbegriff verwandt wird. Konkret formuliert bedeutet dies, dass keine der besagten zwölf Untersuchungen von der im betriebswirtschaftlichen Kontext geläufigen Unterscheidung zwischen ‚*normativen Erwartungen*' (was idealerweise sein sollte) und den ‚*prädikativen Erwartungen*' (was realistisch sein wird) explizit Gebrauch machte. Angesichts der Tatsache, dass wir im allgemeinmedizinischen Exkurskapitel den Zusammenhang zwischen Wünschen und Erwartungen bereits hinreichend klären konnten, werden wir im Folgenden keine weiteren Krokodilstränen über den im Rahmen dieses Forschungszweiges obwaltenden Begriffsanarchismus vergießen und wenden uns stattdessen behände der Frage, welche Ergebnisse der zwölf in Augenschein genommenen Patientenwunschstudien lohnend in den Diskurs der PZF eingespeist werden können, zu. *In medias res* weisen die durchmusterten Studien alles in allem zwei notationswürdige Einsichten auf: *Erstens* untermauert die in den Untersuchungen von CLAUßEN (1994), MAISCHEN & TEBBE (2000), SCHEIDT al. (2001), HIMMEL & KOCHEN (2003), HAMAN et al. (2005) sowie SCHANDORF (2007) und

[500] vgl. SCABIA 1979
[501] SCABIA 1979: 80-81

COMMERTZ (2007) zu Tage geförderte Erkenntnis, demnach sich der überwiegende Teil psychisch erkrankter Menschen ausgeprägtere Mitbestimmungsmöglichkeiten im Therapieprozess wünscht, die in der Abschlusssynopsis zum Bedürfnisexkurs unter der Rubrik *‚instruktive Erkenntnisse zum Methodendefizit in der PZ'* ausbuchstabierte Forderung, zum Zwecke einer Überwindung des in der deutschen PZF gegenwärtig vorherrschenden Problems einer *‚expertokratisch verkürzten Inhaltsvalidität'* in zukünftigen PZ-Studien die *bis dato* unterbelichtete Dimension der Patientenautonomie verstärkt in die Konstruktoperationalisierung einzubeziehen. *Zweitens* kann die sowohl in der Studie von MÜHLICH-VON STADEN et al. (1982) als auch in der Untersuchung von MAISCHEN & TEBBE (2000) mit Erfolg angewandte "*Chefarzt-Frage*" gewinnbringend in den qualitativen Fragekanon der PZF aufgenommen werden kann, da sich diese Fragestellung nach Ansicht des Verfassers wunderbar zur Stimulierung neuer Erzählanreize in schleppend verlaufenden Interviews anbietet.

3.1.1.1.2.3 Empirische Studien zur Erfassung der Erwartungen von Patienten an die Psychotherapie

Nehmen wir nun zum Abschluss unserer Forschungsreise ein letztes mal das Gefilde der Psychotherapieforschung, nunmehr unter dem Blickwinkel ihrer Aussagen zur Bedeutung und Funktion von Patientenerwartungen, in Augenschein, so breitet sich in den Gemütern der Expeditionsteilnehmer bereits nach wenigen Minuten diagonaler Literatursichtung ein freudiger Stimmungszustand aus, der nicht etwa dem greifbaren Exkursende, sondern vielmehr der äußerst hohen Publikationsdichte zur Erwartungsthematik geschuldet ist. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass sich die deutschprachige Psychotherapieforschung der empirischen Erfassung des Konstrukts »Patientenerwartung« derart umfänglich angenommen hat, dass wir in den nachfolgenden Zeilen – im Kontrast zu den im vorausgehenden Kapitelabschnitt besprochenen 12 Patientenwunsch-Studien – insgesamt 45 Erwartungsuntersuchung dahingehend überprüfen können, inwieweit sie möglicherweise Einsichten bergen, die der PZF zum Vorteil gereicht werden könnten.

Bevor wir nun allerdings die Ergebnisse der ausfindig gemachten 45 deutschsprachigen Forschungsarbeiten zum Thema ‚Patientenerwartungen' in tabellarischer Form darstellen (siehe Tabellen 35 bis 53/Anhang) und anschließend hinsichtlich ihrer Erkenntnisdienlichkeit für die PZF diskutieren werden, sollen dem Leser der vorliegenden Arbeit vorab mittels der nachstehenden Abbildung 49 über die zentralen Theoriediskurse in Kenntnis setzen, welche für den nahezu kometenhaften Aufstieg der Erwartungsforschung innerhalb der internationalen Psychotherapieforschung primär verantwortlich zumachen sind. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der entscheidende Grund für den in den kommenden Zeilen kurzzeitig vorzunehmenden Perspektivwechsel von der nationalen auf die internationale Psychotherapieforschung vornehmlich dem Umstand geschuldet ist, dass die internationale Psychotherapieforschung bereits gute 25 Jahre vor der ersten deutschsprachigen Patientenerwartungsstudie – welche von Franz Georg PLAUM 1968 unter dem Titel »*Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten*« vorgelegt wurde – die exponierte Bedeutsamkeit der patientenseitigen Behandlungserwartungen erkannte und auf empirischen Wege zu ergründen suchte.

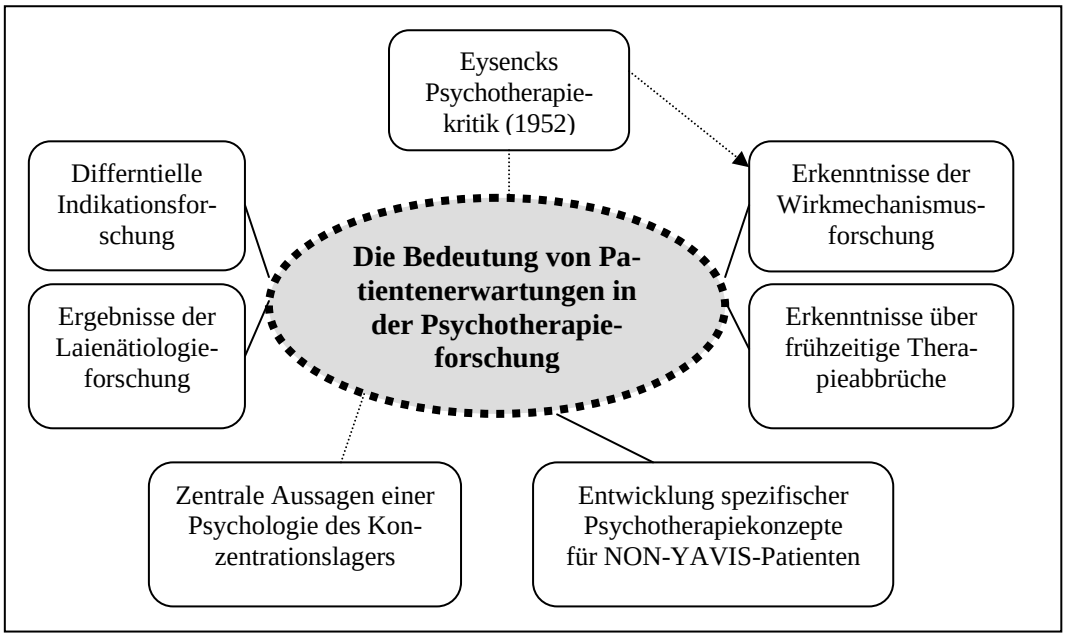


Abb. 49: Zentrale Einflussfaktoren auf die Entwicklung der psychotherapeutischen Erwartungsforschung[502]

Wie aus der obigen Abbildung nun leichterhand entnommen werden kann, konnten aus der exzerpierten Erwartungsliteratur *summa summarum* sieben Diskurskatalysatoren – wobei sowohl der legendäre Psychotherapieverriss EYSENCKS[503] als auch der im Wesentlichen auf FRANKL[504] zurückreichende Ansatz einer ‚*Psychologie des Konzentrationslagers*' nur einen indirekten Einfluss auf die Genese der psychotherapeutischen Erwartungsforschung (siehe die gestrichelten Einflusslinien) ausübten – extrahiert werden, die nachfolgend in groben Strichen konturiert werden sollen.

1. EYSENCKS Psychotherapiekritik: Die von dem renommierten Psychologen Hans Jürgen EYSENCK im Jahre 1952 in seinem mittlerweile als Klassiker geltenden Aufsatz »*The Effects of Psychotherapy: An Evaluation*« vorgetragene Psychotherapiedemontage, welche salopp formuliert auf dem provokativen Einwand gründet, dass Psychotherapie angesichts der gut dokumentierten Tatsache, demnach sich Besserungen häufig auch ohne therapeutische Interventionen (Spontanremissionen) einstellten, keine bessern Ergebnisse als jedwede Form der – mit BLEULER gesprochen – ‚*Udenotherapie*' (keine Therapie) erziele, wirkte sich insofern indirekt stimulierend auf die Entwicklung der psychotherapeutischen Erwartungsforschung aus, als dass die EYSENCKSCHE Nestbeschmutzung der allgemeinen Psychotherapieforschung zu voller Blüte verhalf. Anders gesagt löste die EYSENCKSCHE Psychotherapieverspottung eine schier unübersichtliche Vielzahl an Forschungsaktivitäten zur Ehrrettung des Psychotherapeuten-Berufsstandes aus. Nachdem einige der in der Folgezeit durchgeführten Effektivitätsuntersuchungen den wasserdichten Nachweis erbringen konnten, dass eine psychotherapeutische Behandlung sehr wohl einen positiven Einfluss auf das seelische Befinden des Menschen hat[505], wandte sich die Psychotherapieforschung Anfangs der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts verstärkt der Frage nach den Wirkmechanismen, die für den Erfolg psychotherapeutischer Interventionen verantwortlich zu machen sind, zu. Mit der exponierten Stellung, welche den patientenseitigen Behandlungserwartungen innerhalb der

[502] eigene Entwicklung des Autors auf Grundlage der exzerpierten Erwartungsliteratur
[503] vgl. EYSENCK 1952
[504] vgl. FRANKL 1947, 1959 und 1961
[505] siehe dazu bspw. die altbewährte Meta-Analyse von SMITH & GLASS 1977

psychotherapeutischen Wirkfaktoren- *resp.* Prozessforschung zugewiesen wird, werden wir uns nun im unmittelbar folgenden Unterpunkt eingehender beschäftigen.

2. Erkenntnisse der Wirkmechanismusforschung: Betrachten wir also nun die Bedeutung, welche den Patientenerwartungen im Rahmen der Wirkfaktorenforschung zuteil wird, so zeigt sich erst einmal grundsätzlich, dass die psychotherapeutische Wirkfaktorenforschung hinsichtlich der patientenseitigen Therapieerwartungen insofern eine Sprache spricht, als dass sie von dem empirisch unterfütterten Konsens ausgeht, das positive, initale Behandlungserwartungen einen unspezifischen Wirkfaktor darstellen, welcher unabhängig von der jeweils angewandten Therapieform (z.B. Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse usw.) einen sehr günstigen Einfluss auf das spätere Therapieergebnis ausübt.[506] Diese Annahme, welche erstmalig von dem amerikanischen Psychotherapieforscher Jerome D. FRANK in seinem 1961 erschienen Klassiker »*Persuasion und Healing. A Comparativ Study of Psychotherapy*«[507] differenziert herausgearbeitet wurde, konnte mittlerweile in einer enormen Vielzahl empirischer Studien sattsam belegt werden.[508] Dabei schälte sich insbesondere in den Untersuchungen von GOLDSTEIN & SHIPMAN (1961), FRIEDMAN (1963), BOMMERT et al. (1975) sowie RUFF & WERNER (1987) die wichtige Einsicht heraus, dass zwischen den initialen Therapieerwartungen und dem finalen Therapieergebnis nicht etwa ein linearer Zusammenhang – im Sinne von „*je höher die Erwartungen desto besser das Ergebnis*" – sondern ein kurvilienarer Zusammenhang, demnach ausnahmslos solche Behandlungserfolgserwartungen, die das realistisch mögliche nicht überschreiten, einen wertvollen Therapieeffekt besitzen. Werfen wir nun abschließend, ehe im nachfolgenden Unterpunkt die Erwartungserkenntnisse der Therapieabbruchforschung näher besprochen werden, noch einen kurzen Blick auf die in der einschlägigen Fachliteratur feilgebotenen Ansätze zur Erklärung der Erwartungswirkung, so stoßen wir allen voran in den Schriften von Jarome D. FRANK[509], Klaus GRAWE[510] und Stefan PRIEBE[511] auf einige elaboriertre theoretische Überlegungen zu den Wirkungspfaden *‚initital-positiver Therapieerfolgserwrtungen*'. Gießen wir nun in eklektizistischer Manier zur Beantwortung der Frage: *Wie kann der erwiesenermaßen vorteilhafte Einfluss initial-positiver Therapieerwartungen auf das Behandlungsergebnis theoretisch erklärt werden?* die Erklärungsmodelle der drei im voranstehenden Satz genannten Forschergrößen zu einem einzigen Ursachenmodell zusammen, so ergibt sich das folgende Bild: Um den günstigen Effekt, den positive Therapieerfolgserwartungen auf den Therapieoutcome ausüben, hinreichend verstehen zu können, muss man sich in einem ersten Schritt über die seelische Grundverfassung klar werden, in welcher sich der überwiegende Teil psychisch erkrankter Menschen vor der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Dienstleistung gemeinhin befindet. Der bereits mehrfach erwähnte Psychotherapie-

---

[506] vgl. FRANK 1959, 1968a&b, 1982, 1985; TORREY 1972 sowie GRAWE 1995: 135 und 1998: 21ff.

[507] In der vorliegenden Arbeit wurde die deutsche Übersetzung, welche im Jahre 1995 unter dem Titel »*Die Heiler. Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zur modernen Therapie*« erschien, verwandt. Ferner sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die genesungsförderliche Funktion positiver Therapieerwartungen auch vor FRANKS Kassenschlager »*Persuasion und Healing. A Comparativ Study of Psychotherapy*« (1961) sehr wohl unter therapeutischen Größen wie etwa Sigmund FREUD oder auch Paul DUBOIS bekannt, jedoch leider nicht näher untersucht wurde. So findet sich etwa in der von FREUD im Jahre 1890 verfassten Abhandlung »*Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)*« der folgende Passus: „Den größten Anspruch an unser Interesse hat der seelische Zustand der *Erwartung*, mittels dessen eine Reihe der wirksamsten seelischen Kräfte für Erkrankung und Gesundung von körperlichen Leiden regegemacht werden können. (...) die hoffnungsvolle und *gläubige Erwartung*, ist eine wirkende Kraft, mit der wir strenggenommen bei allen unseren Behandlungs- und Heilungsversuchen zu rechnen haben" [FREUD 2000g: 23].

[508] Der positive Einfluss ausgeprägter initialer Therapieerfolgserwartungen auf den Therapieoutcome konnte u.a. in folgenden Studien nachgewiesen werden: BLOCH et al. 1976; BRÖKER et al. 1995; CARTWRIGHT & CARTWRIGHT 1958; FRIEDMAN 1963; GLÜCK 1998; GOLDSTEIN 1960a; GOLDSTEIN & SHIPMAN 1961; HANSSON & BERGLUND 1987; HEINE & TROSMAN 1960; KATZMARK et al. 1983; LUBORSKY et al. 1971; MARTIN et al. 1977; MEYER et al. 2002; MONDLOCH et al. 2001; PRIEBE 1992; PRIEBE & GRYTERS 1993, 1994b und 1995a&b; PRIEBE & GUNKEL 1996; PRIEBE & BRÖKER 1999; SAFREN et al. 1997; SCHULTE 2005; STEINMETZ et al. 1983; TOLLITON 1973 und WILKINS 1973. Darüber hinaus sei in diesem Zusammenhang noch auf die interessante Studie von LESTER et al. aus dem Jahre 2003 hingewiesen, welche zu dem Erkenntnis gelangte, dass die Fähigkeit des Arztes, den Patienten Mut machen zu können, von den Patienten als wichtigste Kompetenz eingestuft wurde.

[509] vgl. FRANK 1985: 222ff.

[510] vgl. GRAWE 1998: 21ff.

[511] vgl. PRIEBE 1992: 134-140

forscher Jerome D. FRANK geht diesbezüglich von der Annahme aus, dass psychiatrische Patienten durch einen gemeinsamen Leidenskomplex Namens ‚*Demoralisierung*' gekennzeichnet sind.[512] Um nun den therapieförderlichen Effekt der positiven Erfolgserwartungen noch luzider herausarbeiten zu können, möchte der Autor den voranstehenden Ausführungen von FRANK noch ein äußerst hellsichtiges *Bonmot* des Philosophen Ernst BLOCH an die Seite stellen, welches das im Zustand der Demoralisierung obsiegende Verzweiflungsgefühl mit dem Erwartungsterminus verknüpft: „(...) die Erwartungsintention [kommt, T.K.] im Verzweiflungsaffekt nur noch als Leiche vor (...)."[513] Diesen defätistischen Gemütszustand als Ausgangspunkt nehmend, löst eine entweder von Seiten des unmittelbaren Sozialen Netzwerkes (Familie, Freunde) oder aber von Seiten professioneller Fachkräfte (Hausarzt, Therapeut, Berater) vorgenommene Induktion positiver Hilfserwartungen – in Worten die glaubwürdige Versicherung, dass eine psychotherapeutische Intervention mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer signifikanten Besserung des seelischen Befindens führt – bei dem Betroffenen eine Reihe überaus günstiger kognitiver Überzeugungen und sozialer Verhaltensweisen aus, die sich als äußerst therapieförderlich erweisen. Ohne nun den Anspruch auf Vollzähligkeit erheben zu wollen, stößt eine zu Therapiebeginn vollzogene Einimpfung positiver Therapieerfolgserwartungen – welche in ihrem Wirkungsradius einen Dominosteinwurf gleichen – unter anderem folgende Prozesse an, die in der Summe für den therapeutischen Effekt dieses unspezifischen Wirkfaktors verantwortlich zu machen sind: höhere Therapiemotivation, größere Aufnahmebereitschaft, weniger Widerstand, größere Bereitschaft sich zu öffnen (Selbstexploration) sowie Aktivierung von Selbstheilungskräften (Remoralisierung). Die Wirkkraft positiver Therapieerwartungen wird nun zusätzlich dadurch verstärkt, dass das obig enumerierte Patientenverhalten auf der Seite des Therapeuten dazu führt, dass der Therapeut in höherem Maße an seine Fähigkeit glaubt, dem Patienten wirklich helfen zu können (Steigerung des therapeutischen Erfolgserwartungen). Dieser Wechselwirkungsprozess, welcher von SMALE als ‚*Verstärkungsspirale*' bezeichnet wird[514], kann nun primär für den empirisch gut belegten Einfluss ausgeprägter Therapieerfolgserwartungen auf das Therapieergebnis verantwortlich gemacht werden. Ohne nun bereits an dieser Stelle die möglichen Erkenntnisgewinne diskutieren zu wollen, welche die PZF – insbesondere hinsichtlich der Entwicklung eines das PZ-Management flankierenden Patientenerwartungsmanagements – aus den voranstehenden explizierten Einsichten der psychotherapeutischen Wirkerwartungsforschung einfahren kann, werden wir uns nachstehend vorerst darauf konzentrieren, die Bedeutung der Patientenerwartungen innerhalb der Therapieabbruchforschung ausführlich zu beleuchten.

3. Erkenntnis über frühzeitige Therapieabbrüche: Durchmustern wir also nun unter erwartungstheoretischen Gesichtspunkten die internationale Literatur zum Thema Therapieabbrüche, so zeigt sich, dass in einer exorbitant hohen Studienanzahl der Nachweis erbracht werden konnte, dass einer der entscheidenden Gründ für den frühzeitigen Therapieabbruch in dem Missverhältnis zwischen den Rollen- und

[512] „Wenn wir (...) fragen: Gibt es einen Zustand, der allen, die um Psychotherapie nachsuchen, gemeinsam ist und den diese Behandlung lindert, ähnlich wie das Aspirin die Schmerzen? Ich glaube, es gibt ihn, und man kann ihn »Demoralisierung« nennen. In den Wörterbüchern wird »demoralisieren« mit »jemanden entmutigen, verwirren oder durcheinanderbringen« umschrieben. Diese Ausdrücke bezeichnen recht gut die Verfassung der Bewerber um Psychotherapie, gleichgültig welches ihr diagnostisches Etikett im übrigen sein mag. Sie sind sich dessen bewusst, dass sie ihren eigenen Erwartungen oder denen anderer nicht entsprochen haben oder mit einem dringlichen Problem nicht fertig geworden sind. Sie fühlen sich ohnmächtig, an der Situation oder an sich selbst etwas zu ändern. In schweren Fällen befürchten sie, die eigenen Gefühle nicht mehr beherrschen zu können, woraus vielleicht die für viele so charakteristische Angst vor dem Verrücktwerden erwächst. Ihr Lebensraum ist zeitlich wie räumlich verengt. Sie halten fest an einem kleinen Umkreis gewohnter Tätigkeiten, vermeiden alles Neue und Herausfordernde und scheuen sich, langfristige Pläne zu machen. Psychologisch sieht es so aus, als ob sie sich in einen zeitlichräumlichen Winkel verkriechen. Anders ausgedrückt, der Demoralisierte fühlt sich in verschiedenem Grade isoliert, hilf- und hoffnungslos, und alle seine Kräfte werden aufgezehrt in der Anstrengung, nur noch zu überleben. Da er das Zutrauen in die eigene Fähigkeit verloren hat, sich gegen die bedrohliche Welt zu verteidigen (...)" [FRANK 1985: 428-429].

[513] BLOCH 1985a: 127

[514] vgl. SMALE 1980: 76

Behandlungserwartungen des Patienten und denen des Therapeuten lokalisiert liegt.[515] Konkret formuliert bedeutet dies, dass die divergierende Rollen- und Behandlungserwartungen sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Therapeuten zu einem verstärkten Unzufriedenheitsaufkommen führen, welches wiederum die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Therapieabbruchs rapide erhöht. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang nun die von der Therapeiabbruchforschung zu Tage geförderte Einsicht, dass sich allen voran Patienten aus der unteren sozialen Schicht, welche die höchste Therapieabbruchrate aufweisen[516], mit speziellen Rollen- und Behandlungserwartungen an die Therapie heranwagen, die von den zumeist aus der Mittelschicht stammenden Therapeuten nicht geteilt werden. Pointiert gesagt bedeutet dies, dass sowohl die passiven Rollenerwartungen als auch die vornehmlich medizinischen Behandlungserwartungen, welche von einem Großteil der Patienten mit geringem Einkommen und niedriger Schuldbildung an die Therapie herangetragen werden, in diametralem Gegensatz zu den Rollen- und Behandlungserwartungen der Therapeuten stehen.[517] Denn während der durchschnittliche Unterschichtspatient von der Therapie erwartet, dass

- in der Therapie eher aktiv und handlungsbezogen statt einsichtsorientiert gearbeitet wird[518];
- der Therapeut direktiv arbeitet (d.h. Ratschläge gibt, aktive Problemlösung für den Patienten betreibt, sich autoritär verhält etc.)[519];
- er als Patient in der Therapie eher eine passive, kurähnliche Rolle einzunehmen hat[520];
- die Symptomlinderung äußerst rasch einsetzt[521] und
- die Behandlung eher medizinische ausgerichtete ist (somatische Behandlungserwartgen)[522];

hegt der ebenso durchschnittliche Psychotherapeut seinerseits die Erwartung, dass der Patient nach Möglichkeit dem Idealpatienten Namens Mr. YAVIS, dessen Zuname ein Akronym aus den ihn auszeichnenden fünf Eigenschaften, nämlich *y*oung, *a*ttractiv, *v*erbal, *i*ntelligent und *s*uccessful[523] darstellt, besonders nahe kommt. Kurzum: Der durchschnittliche Therapeut erwartet gemeinhin von seinem Patienten, dass dieser ein aktives, geduldiges und einsichtsorientiertes Verhalten an den Tag legt. Getreu dieser Rollenerwartungen bevorzugt der durchschnittliche Therapeut auch eher einen non-direktiven Behandlungsstil. Angesichts der Tatsache, dass nun auf der Basis derart weit auseinanderliegender Erwartungsmuster nur äußerst schwerlich ein fruchtbares Therapiebündnis gedeihen kann, entpuppt sich die enorme Abbruchrate von Unterschichtspatienten als logische Konsequenz, da *bis dato* – den Titel eines psychologischen Bestsellers aus den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts bemühend – noch niemals »*Blumen auf Granit*«[524] gewachsen sind.

Bevor wir nun im nachstehenden Unterpunkt der Frage nachspüren werden, wie die Psychotherapieforschung auf die in den voranstehenden Zeilen beschriebene ‚*Teilbankrotterklärung*' ihrer Zunft, der nach – überspitzt formuliert – die psychotherapeutische Arznei ausnahmslos bei der gesellschaftlich besserge-

---

[515] vgl. BARGHAAN et al. 2005; BORGHI 1965; DUCKRO et al. 1979; HEINE & TROSMAN 1963; HORENSTEIN & HOUSTON 1976; LEVITT 1966; OVERALL & ARONSON 1963; PHILLIPS et al. 1984; WÄLTI et al. 1980 sowie WEBB & LAMB 1975

[516] vgl. BAUM et al. 1966; BAUM & FELZER 1964; GOIN et al. 1965; HEINE & TROSMAN 1960; HOLLINGSHEAD & REDLICH 1975: 222; IMBER et al. 1955 sowie OVERALL & ANDERSON 1963

[517] Die besonderen Rollen- und Behandlungserwartungen von Unterschachtspatienten konnten insbesondere in den nachstehend angeführten Studien ermittelt werden: ARONSON & OVERALL 1966; MC MAHON 1964; OVERALL & ARONSON 1963; WILLIAMS 1956

[518] vgl. HADLER 1977, HOLLINGSHEAD & REDLICH 1975: 226

[519] vgl. CREMERIUS 1975; HOLLINGSHEAD & REDLICH 1975: 226 sowieGOLDSTEIN 1978: 7

[520] vgl. HEITLER 1976; FIESTER & RUDESTAM 1975

[521] vgl. GOLDSETIN 1978: 7

[522] vgl. FALLER 1998: 8; HOLLINGSHEAD & REDLICH 1975: 221 sowie UNTERECKER 2003

[523] vgl. SCHOENFIELD 1964

[524] vgl. VON DRIGALSKI 2003

stellten Patientenschaft ihre erbauende Wirkung zu entfalten vermag, zu reagieren versuchte, sei zum Abschluss unserer Stippvisite in die Therapieabbruchsforschung *in nuce* darauf hingewiesen, dass insbesondere die innerhalb dieses Forschungszweiges zu Tage geförderten Einsichten in die Bedeutsamkeit der patientenseitigen Rollenerwartungen unsere bereits Exkurskapitel 3.1.1.1.1.3 zusammengetragenen Erkenntnisse zum Patientenerwartungskonstrukt in wertvoller Weise anzureichern vermag.

4. Entwicklung spezifischer Psychotherapiekonzepte für NON-YAVIS-Patienten: Betrachten wir also nun die Techniken, vermittels derer die Psychotherapie auch für Patienten aus der unteren sozialen Schicht konsumierbar gemacht werden sollte, so kristallisieren sich insgesamt zwei zentrale Strategien heraus, die nachstehend in der gebotenen Kürze dargestellt werden sollen: Die *erste Strategie* besteht nun vorrangig darin, die dysfunktionalen Rollen- und Behandlungserwartungen des Untersichtpatienten *resp.* des NON-YAVIS-Patienten[525] durch verschiedenstartige vortherapeutische Techniken – wobei das ‚*Rollen-Instruktions-Interview*'[526] sowie das so genannte ‚*Vicarious Therapy Pretraining*' (VTP), indem prospektiven Patienten anhand von Filmen oder Tonbändern sowohl adäquates Patientenverhalten als auch typische Therapeutenaktivitäten demonstriert werden[527], die häufigst verwendeten Methoden darstellen – an die therapeutische Realität anzupassen.[528] Die *zweite Strategie* zur Verhinderung frühzeitiger Abbruchraten von NON-YAVIS-Patienten basiert indessen auf dem gegenteiligen Prozedere, sprich der weitmöglichsten Anpassung der Therapie an die Patientenerwartungen. Obzwar sich die psychotherapeutischen Schulen lange Zeit vor dieser zweiten strategischen Option verschlossen haben[529], wurden zu Beginn der 70er Jahren des 20. Jahrhundert einige Unternehmungen in diese Richtung gewagt; wobei das mit Abstand ausgereifteste Therapiekonzept von Arnold P. GOLDSTEIN vorgelegt wurde. Dieser schnitt nämlich seine »*Strukturierte Lerntherapie*«, welche hauptsächlich mit Techniken des Modelllernens, der sozialen Bekräftigung sowie des Rollenspiels operiert, speziell auf die spezifischen Erwartungen und kognitiven Möglichkeiten der Unterschichtspatienten zu.[530] Ohne nun bereits im fortfolgenden näher auf die beiden obenstehend anformulierten Strategien eingehen zu wollen, so sei an dieser Stelle nichtsdestotrotz schon soviel vorweggenommen, als dass insbesondere die Methode des ‚*Rollen-Instruktions-Interview*' sowie die im Rahmen des prätherapeutischen Trainings (VTP) angewandt Techniken sich *prima facie* als hervorragende Ansätze ausnehmen, mittels derer nicht nur frühzeitige Therapieabbrüche verhindert, sondern darüber hinaus die Zufriedenheit der Patienten nachhaltig gesteigert werden könnte.

5. Zentrale Aussagen einer ‚Psychologie des Konzentrationslagers': Wenden wir uns nach diesen vorausblickenden Worten nun jedoch wieder den in der Abbildung 49 abgelichteten Diskursen zu, denen ein besonders starker Einfluss auf die Entwicklung der psychotherapeutischen Erwartungsforschung attestiert werden kann, so erblicken wir in der maßgeblich von dem Wiener Psychologen Viktor E. FRANKL – dessen logotherapeutisches Konzept wir im Kapitelunterpunkt

---

[525] vgl. GOLDSTEIN 1978: 5-6

[526] vgl. CHILDRESS & GILLIS 1977; CONNERS et al. 2002; FRANK 1985; FRIEDLANDER & KAUL 1983; GRAHAM 2003; HOEHN-SARIC et al. 1964; KATZ et al. 2004 und 2007; LAMBERT & LAMBERT 2006; MARQUARDT et al. 1975; MUNZER 1964; NASH et al. 1965; ORNE & WERNER 1968; SLOANE et al. 1970; STARK & KANE 1985; YALOM et al. 1967b sowie ZWEBEN & SELINA 1981

[527] vgl. DEANE et al. 1992; DOERING 2009; HEITLER 1976; LIEBLER & HUBER 2004; OGRODNICZUK et al. 2005; PIPER et al. 1979; PIPER & PERRAULT 1989; PIPER & OGRODNICZUK 2001; STRUPP & BLOXON 1973; SANTARSIERO et al. 1995; SAUBER 1972, 1974; SUCKERT-WEGERT 1976; TINSLEY et al. 1988; TRUAX et al. 1965, 1968, 1969, 1971 sowie WALITZER et al. 1999.

[528] vgl. HALDER 1977: 68

[529] vgl. ebenda: 13, 77-78

[530] vgl. GOLDSTEIN 1978

2.6.3 in knappen Worten erläutert haben – geprägten ‚*Psychologie des Konzentrationslagers*'[531] einen weiteren Diskurs, der indirekt dafür sorgte, dass sich die Psychologie verstärkt dem Erwartungskonstrukt annahm. Die zentrale psychotherapeutische Einsicht, zu welcher FRANKL während seiner Leidenszeit im Konzentrationslager Auschwitz gelangte, bestand nämlich darin, dass er die existenzielle Bedeutsamkeit von positiv eingefärbten Zukunftserwartungen erkannte. Basierend auf der vielfach im Lager gemachten Erfahrung, dass allen voran jene Häftlinge, die jegliche Erwartungsproduktion eingestellt hatten, entweder binnen kürzester Zeit verstarben oder aber den ebenso tödlichen Weg in den Zaun wählten, gründete FRANKL im Lager eine Art Krisendienst zur Suizidprävention.[532] Das therapeutische Konzept, nach welchem dieser überaus erfolgreiche Krisendienst arbeitet, bestand nun vornehmlich darin, vermittels der Induktion von Zukunftserwartungen die »*Trotzmacht des Geistes*« zu kräftigen. „Ein Wort von Nietzsche war es, das man" – so FRANKL – „als Motto über die ganze psychotherapeutische Arbeit im Konzentrationslager hätte setzen können: ‚Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie'."[533]

6. Ergebnisse der Laienätiologieforschung: Versuchen wir nun im Folgenden die Bedeutung herauszudestillieren, welche den Patientenerwartungen innerhalb der Laienätiologieforschung *bzw.* der subjektiven Krankheitskonzeptforschung zuteil wird, so zeigt sich, dass in diesem Forschungszweig – in Analogie zu den Einsichten des Exkursunterpunkt 3.1.1.1.1.3 – die hinreichend empirisch belegte *Common Opinion* vertreten wird, dass die subjektiven Krankheitskonzepte der Patienten, also ihre Vorstellungen über die Krankheitsursachen, einen äußerst starken Einfluss auf die Ausbildung der patientenseitigen Rollen- und Behandlungserwartungen ausüben.[534] Zur Demonstration dieses Kausalnexuses werden wir nachstehend einige zentrale Befunde aus der von Stefanie TRITTOR im Jahre 1991 vorgelegten Studie »*Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen bei Alkoholabhängigen*« in paraphrasierter Form wiedergeben. Zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen den subjektiven Krankheitsvorstellungen und Behandlungserwartungen führte TRITTOR an ihrer Untersuchtspopulation (N=63) zuerst ein Leitfadeninterview, welches der Erfassung der Behandlungserwartungen diente, durch und ließ die Patienten anschließend den von ZENZ et al. (1987) entwickelten Laientheoriefragebogen ausfüllen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der subjektive Krankheitstheorie und den Behandlungserwartungen gelangte TRITTOR nun zu der Erkenntnis, dass diejenigen Patienten, welche ihre Alkoholerkrankung auf innere psychische Gründe (psychosozial-innen) zurückführten, insbesondere von den therapeuti-

---

[531] vgl. FRANKL 1947, 1959 und 1961. Weitere Ansätze zu einer ‚*Psychologie des Konzentrationslagers*', die an dieser Stelle keinesfalls unterschlagen werden sollen, finden sich in den äußert lesenswerten Schriften von Emil UTITZ »*Psychologie des Lebens im Konzentrationslager Theresienstadt*« (1948) und Bruno BETTELHEIM »*Aufstand gegen die Masse. Die Chance des Individuums in der modernen Gesellschaft*«; die ebenso wie FRANKL das grauenhafte Schicksal der Internierung erleiden mussten.

[532] vgl. FRANKL 1961: 755

[533] FRANKL 1961: 755. Dem interessierten Leser seien an dieser Stelle noch zwei überaus lesenwerte Bücher zu eben dieser Thematik anempfohlen. In dem ersten Buch, welches den richtungsweisenden Titel »*trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*« trägt, beschreibt FRANKL unter anderem seine persönliche Zukunftserwartung – in Worten die Vorstellung, das Lager zu überleben und vor einem ausgewiesenen Fachpublikum einen Vortrag unter dem Titel ‚Psychotherapie des Konzentrationslagers' zu halten –, welche ihm die nötige Überlebenskraft schenkte. Das zweite Buch »*Jacob der Lügner*«, geschrieben von Jurek BECKER, nimmt sich der obig abgesteckten Thematik in belletristischer Form an und stellt nach Meinung des Autors in bisher unerreichten Präzision und Tiefgründigkeit, die fundamentale Bedeutung hoffnungseinimpfender Nachrichten *resp.* Gerüchte für die Aufrechterhaltung des Lebenswillens unter zutiefst inhumanen Lebensumständen dar. Ferner sei darauf hingewiesen, dass auch Emile UTITZ der Bewältigungsdienlichkeit des ‚Gerüchts' in seiner Schrift »*Psychologie des Lebens im Konzentrationslager Theresienstadt*« ein eigenes Kapitel widmete. „(...) Gerüchte" – so UTITZ – „waren unentbehrliche Nahrung. (...) seltsam [war, T.K.]: die meisten spotteten mit gespielter Erhabenheit über die [hoffnungsvollen, T.K.] Gerüchte und klammerten sich doch an sie. Die Selbstironie war nicht ernst. Ich befürchtete anfangs, der übersteigerte Optimismus werde in einen uferlosen Pessimismus umschlagen. Das trat eigentlich niemals ein: ein kurzes Katzengejammer, und dann stiegen die Gerüchte wieder in die Höhe gleich schillernden leuchtenden Raketen, erhellend die Nacht unseres Daseins" [UTITZ 1948: 18, 20].

[534] Der Einfluss subjektiver Krankheitstheorien auf die Behandlungserwartungen konnte u.a. in den folgenden Studien festgestellt werden: ADLER et al. 1996; FALLER 1998; PLAUM 1968; SCHEER & MÖLLER 1976a; TRITTOR 1991. Darüber hinaus sei an dieser Stelle auf die bemerkenswerte Arbeit von Alyson CALLAN (1998) hingewiesen, in welcher der Autor nachweisen konnte, dass die Zufriedenheit der Patienten umso höher war, je näher die Krankheitstheorien von Patienten und Therapeut beieinander lagen. „Satisfaction is" – so CALLAN – „most likley there is concordance between the patient's and psychiatrit's explanatory model" [CALLAN 1998: 1]. Den gleichen Befund förderte die Studie von MCCABE & PRIEBE (2004) zu Tage.

schen Einzelgesprächen einen positiven Therapieeffekt im Sinne einer Persönlichkeitsänderung erwarteten.[535] Im Gegensatz dazu versprachen sich jene Patienten, welche die Ursache ihrer Abhängigkeitserkrankung eher in psychosozialen Umständen (Stress in der Familie usw.) lokalisiert sahen, von den ärztlich-therapeutischen Einzelsettings keine große Hilfe.[536] Da es nun in dem hiesigen Exkursabschnitt schwerpunktmäßig um die Erläuterung der in der Abbildung 49 dargestellte Einflussgrößen auf die Entwicklung der internationalen Erwartungsforschung geht, verschieben wir die Diskussion über die möglichen Schlussfolgerungen, welche innerhalb der PZF aus den obig dargestellten Erkenntnissen – besonders im Hinblick auf die Entwicklung eines systematischen Patientener-wartungsmanagements – gezogen werden könnten, auf die Schlußzeilen des vorliegenden Kapitelunterpunktes.

7. Differentielle Indikationsforschung: Psychologen, die sich mit der differentielle Indikationsforschung – welche maßgeblich durch die GRAWESCHE Falsifikation des so genannten ‚*Dodo-Bird-Verdikts*'[537] an Bedeutung gewann – befassen, versuchen auf der Seite des Klienten – so könnte man die primären Erkenntnisinteressen dieses Forschungszweiges in komprimierter Form zusammenfassen – bestimmte Merkmale (wie z.B. Alter, Diagnose, Bildungsstatus, Schichtzugehörigkeit, IQ usw.) zu identifizieren, vermittels derer sie den Patienten an eine therapeutische Maßnahme *resp.* Schule vermitteln können, welche seinen Vorstellungen *bzw.* Möglichkeiten am ehesten entspricht und somit die augenscheinlichst höchste Erfolgswahrscheinlichkeit besitzt. Das Konstrukt »*Patientenerwartung*« stellt nun innerhalb der differentiellen Indikationsforschung seit geraumer Zeit einen der zentralen Untersuchungsgegenstände dar, von dessen analytischer Durchdringung sich die Forscher ein konstruktives Kriterium für den Therapiezuweisungsprozesses erhoffen.[538]

Richten wir nun unsere Aufmerksamkeit in den nachstehenden Zeilen zur Gänze auf die 45 im deutschen Sprachraum ausfindig gemachten Patientenerwartungsstudien, so gelangen wir bereits nach kursorischer Lektüre der zentralen Untersuchungsergebnisse dieser Studien – welche der Ergebnis-Rubrik der im Anhang abgelichteten Tabellen 35 bis 53 entnommen werden können – zu der überaus freudig stimmend-en Einsicht, dass die voranstehend explizierten Patientenerwartungserkenntnisse der internationalen Psychotherapieforschung im Wesentlichen von der deutschen Psychotherapieforschung repliziert werden konnten.

Versuchen wir nun zu klären, welche Erkenntnisse aus den in tabellarischer Form dargestellten 45 Patientenerwartungsstudien von der PZF zur Überwindung ihrer drei Kernprobleme in Beschlag genommen werden könnten, so zeigt sich in einem ersten Schritt, dass einige der exzerpierten Studien einen nicht unwesentlichen Beitrag zur künftigen Verflüchtigung des Theorie- und Methodendefizit beizusteuern vermögen.

---

[535] vgl. TRITTOR 1991: 46

[536] vgl. ebenda

[537] „Der flugunfähige Vogel Dodo (...) war eine längst ausgestorbene Kuriosität, als er 1865 in Lewis Carolls *Alice im Wunderland* auftauchte. Dort schlug der Dodo einen Wettlauf zum Trocknen vor, nachdem Allice und eine Reihe anderer Figuren nass geworden waren. Dabei konnte jeder laufen wie er wollte, anfangen wo er wollte und aufhören wann er wollte – es kam gar nicht darauf an. Unter diesen Bedingungen überrascht es nicht, das nachher (auch nicht der Dodo) niemad wusste, wer gewonnen hatte. Seine salomonische Lösung bestand in dem mittlerweile berühmten Satz »Everybody has won, and all must have prizes«. (...) Rund 70 Jahre später führte Saul Rosenzweig (1936) (...) den Begriff »Dodo bird verdict« in die psychologische Literatur ein. Als Erster stellte er darin die Behauptung auf, dass alle Psychotherapie im Wesentlichen über gemeinsame, unspezifische Faktoren wirken. (...) Die extremste Form des »Dodo-Urteils« behauptet, alle psychotherapeutischen Verfahren seien gleichwertig (...)" [MARGRAF 2009: 27].

[538] vgl. HALDER 1977: 79

Instruktive Erkenntnisse zum Theoriedefizit der PZ-Forschung:

- *Zufriedenheitsmodell:*
  Unter modelltheoretischen Gesichtspunkten kann insbesondere die sattsam belegte Erkenntnis festgehalten werden, dass die subjektive Krankheitstheorie einen enormen Einfluss auf die Ausbildung der Patientenerwartungen ausübt. Darüber hinaus stützt die wiederholt zu Tage geförderte Erkenntnis, dass Patienten mit dysfunktionlen Rollen- und Behandlungserwatungen die Therapie zumeist aufgrund von Unzufriedenheit vorzeitig beenden, die gegenwärtige Vormachtstellung des *Expectation-Disconfirmations-Modells* innerhalb der PZF. Zugleich weisen jedoch die Untersuchungsergebnisse von BERGHOFER et al. (2000), FLEISCHMANN (2003) und MICHALSKI (2005), laut derer zwischen 5% und 20% der befragten Patienten keine Erwartungen hinsichtlich der bevorstehenden Therapie entwickelt haben, auf die Erklärungsgrenzen (siehe Kapitelpunkt 3.1.1.2) des E-D-Modells hin.
- *Legitimation von Patientenzufriedenheitsbefragungen:*
  Die in der Studie von GLÜCK (1985) gemachte Erkenntnis, dass sich ein höher Prozentsatz der befragten Patienten die Möglichkeit ‚*Kritik an ihren Therapeuten äußern zu können*' wünschte, kann insfern als Beleg für die Notwendigkeit von PZ-Befargungen gelesen werden, als sich in diesen Aussagen ein ausgeprägtes Kritikartikulationsbedürfnis seitens der Patienten kundtut. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die bereits im Jahre 1975 durchgeführte Studie von FIESTER & RUNDSTEIN, in der die Autoren zu der Einsicht gelangten, dass jene Patienten, die dem Therapeuten gegenüber ihre Unzufriedenheit äußern konnten, eher zu den Therapie-Fortsetzern als zu den Therapie-Abbrechern zählten. Diese Erkenntnis spricht nun – soviel sei an dieser Stelle mit Blick auf die in Kapitel 8 vorzunehmende Instrumentenentwicklung prospektiv angemerkt – dafür, dass die Patienten nicht ausnahmslos erst kurz vor Behandlungsende, sondern ruhig schon nach den ersten Behandlungstagen zu ihrer Therapiezufriedenheit – z.B. mittels des KliBBs (vgl. PRIEBE & GRYTERS 1993b) und/oder des HAQ (vgl. BASSLER et al. 1995) – befragt werden sollten.

Instruktive Erkenntnisse zum Methodendefizit der PZ-Forschung:

- *Konstruktopernationalisierung*:
  Zukünftige Patientenzufriedenheitsbefragungen, die sich nicht einer ‚*expertokratisch verkürzten Inhaltsvaliditäť* schuldig machen wollen, sollten in ihrem Fragebogen in angemessenen Form sowohl Items zum Themenkomplex ‚*Patientenautonomie*' als auch zur ‚*Zufriedenheit mit den Mitpatienten*' beinhalten, da diese Aspekte – wie in den Studien von BALZ et al. 1993, EULER 1990, SCHMIDT 1990, TRITTOR 1991, FLEISCHMANN 2003, URBAN 1980, GLÜCK 1985 sowie SPIEßL et al. 199a&b und 2002b nachgewiesen werden konnte – für die Patienten eine hohe Wertigkeit besitzen und in den bisherigen deutschsprachigen Zufriedenheitsfragebögen zumeist leider (siehe dazu Kapitel 6) sträflich vernachlässigt wurden.
- *Initiale Patientenbefragung*:
  Allen voran die Erkenntnisse von BRÖKER et al. (1995) sowie PRIEBE (1992), welche in ihren Studien eindrucksvoll den Einfluss inital-positiver Therapieerwartungen – gemessen mit dem Item: „*Inwieweit glauben Sie, in der Klinik die für Sie richtige Behandlung zu erhalten?*" – auf den Therapieoutcome belegen konnten, weisen daraufhin, dass Behandlungsbewertungsfragebögen nicht nur kurz vor oder kurz nach Therapieabschluss sondern auch während der ersten Behandlungstage *respektive* -wochen turnusmäßig ausgeteilt werden sollten; wobei sich diesbezüglich z.B. entweder das obig genannte Item aus dem KliBB (vgl. PRIEBE & GRYTERS 1993b) oder aber der umfassendere PATHEV (vgl. SCHULTE 2005) anbieten würden. Jene Patienten, die in diesen Instrumenten eine geringe Therapieerfolgserwartung *bzw.* eine schwache Therapiepassung angeben, könnten dann zur Erhöhung von Compliance, Zufriedenheit und Behandlungsergebnis einer speziellen therapeutischen Intervention zugeführt werden, die primär auf die Induktion positiver Therapieerfolgserwartungen abhebet.

Neben ihrer voranstehend aufgezeigten Dienlichkeit zur künftigen Abschwächung des Theorie- und Methodendefizits der PZF lassen sich aus den analysierten 45 Erwartungsstudien ferner

drei zentrale Punkte deduzieren, die im Rahmen der Entwicklung eines systematischen Erwartungsmanagements für psychosoziale Einrichtungen notwendigerweise berücksichtigt werden sollten. Bevor nun diese drei Punkte nachstehend mit Inhalt gefüllt werden sollen, möchte der Autor vorab noch einmal in groben Strichen darstellen, was genau unter einem *‚systematischen Erwartungsmanagement'* – das dem Wissensstand des Autors zufolge in der bisher erschienen PZ-Literatur an keiner Stelle formuliert wurde – zu verstehen ist. Das Konzept des Erwartungsmanagements, welches in den vergangenen Jahren allen voran in der betriebswirtschaftlichen KuZ-F intensiv diskutiert wurde[539], fußt auf der am E-D-Modell geschulten Annahme, dass die Zufriedenheit der Kunden nicht nur durch eine Verbesserung der Produkt- *resp.* Dienstleistungsqualität (Ist-Dimension), sondern ebenfalls durch eine entsprechende Modifikation der prädikativen und normativen Kundenerwartungen (Soll-Dimension) erzielt werden kann. Mit anderen Worten formuliert versuchen Organisationen, die sich des Erwartungsmanagementstools befleißigen, in einem ersten Schritt steuerbare Kundenerwartungsbildungsdeterminanten – wie z.B. die organisationseigene Werbung oder die Mundwerbung anderer Kunden – zu identifizieren[540], um diese anschließend in einem zweiten Schritt der Gestalt zu beeinflussen, dass die Wahrscheinlichkeit eines hohen, postkonsumtiven Zufriedenheitsurteils maximal gesteigert wird. Aus den obig analysierten Patientenerwartungsstudien lassen sich nun – wie bereits angemerkt – folgende drei Punkte ableiten, die von bei psychosozialen Einrichtungen der Implementierung eines systematischen Erwartungsmanagements – um der Funktionalität dieser augenscheinlich zufriedenheitsspendenden Managementtechnik willen – beherzigt werden sollten. *Erstens* stellen die Erkenntnisse zur Therapieförderlichkeit initial-positiver Erfolgserwartungen all jene *ad hoc* Erwartungsmanagementansätze ins Abseits, die von der zu kurz greifenden Rechenformel *„je niedriger die Erwartungen, desto höher die Zufriedenheit"* ausgehen; da eine Drosselung der Therapieerfolgserwartungen unter das Niveau des realistisch möglichen eher einen gegenteiligen Effekt, in Worten der Ausbildung von Unzufriedenheitsgefühlen Vorschub leisten würde. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung eines strategischen Erwartungsmanagements innerhalb psychosozialer Einrichtungen kann aus dem obig notierten nun gefolgert werden, dass diese Institutionen im Rahmen der Therapieerfolgserwartungssteuerung den schwierigen Balanceakt zu bewältigen haben, die Erfolgserwartungen des Patienten auf einem realistischen Level einpendeln zu lassen, ohne die Potenz dieses unspezifischen Wirkfaktors nachhaltig zu schwächen.[541] Neben diesen elementaren Hinweisen zur Steuerung der patientenseitigen Therapieerfolgserwartungen lassen sich aus den im vorliegenden Kapitelpunkt in Augenschein genommenen Patientenerwartungsstudien *zweitens* noch einige äußerst wertvolle Anhaltspunkte zum Management dysfunktionaler Rollen- und Behandlungserwartungen ableiten. Diejenigen Patienten, welche sich mit inadäquaten Rollen- und/oder Behandlungser-wartungen – wie z.B. der Erwartung im therapeutischen Setting eine durch und durch passive, kurähnliche Rolle einnehmen zu können – an eine Psychotherapie heranwagen, sollten möglichst frühzeitig, am besten vor dem eigentlichen Therapiebeginn z.B. mittels eines Fragebogens – der vorzugsweise die Dimensionen Therapieerfolg-, Rollen- und Behandlungserwartungen

[539] vgl. BRUHN 200a und 2008: 238ff; BRUHN & GEORGI 2000; BRUHN / RICHTER & GEORGI 2006 sowie RICHTER 2005
[540] vgl. ZEITHAML et al. 1992: 32-33 und 142-143
[541] vgl. HADLER 1977: 24 Unter veränderten Vorzeichen werden ähnliche Erwartungssteuerungsschwierigkeiten auch in der betriebswirtschaftlichen Literatur beschrieben (siehe dazu u.a. BRUHN 2000 und SCHÜTZE 1992: 250).

abgedeckt[542] – identifiziert[543] und einer systematischen Erwartungssteuerung – *bspw.* in Form der bewährten Methode des ‚*Role Intruduction Interview*' oder den ebenso erfolgreich erprobten Techniken des ‚*Vicarious Therapy Pretraining*' (VTP) – zugeführt werden. Das nun jene Patienten, die sich im Vergleich zu einer normal aufgenommenen Kontrollgruppe zu Therapiebeginn einem ‚*Role Intruduction Interview*' unterziehen mussten, nicht nur eine ausgeprägtere Therapietreue sonder darüber hinaus auch eine signifikant höhere Behandlungszufriedenheit aufweisen, konnte unter anderem in der 2004 von KATZ et al. veröffentlichten Studie »*Role induction: A method for enhancing early retention in outpatient drug-free treatment*« nachgewiesen werden.[544] Zu guter Letzt kann nun *drittens* die bereits mehrfach erwähnte Erkenntnis, dass die »*subjektive Krankheitstheorie*« einen entscheidenden Einflussfaktor innerhalb der Patientenerwartungsgenese darstellt, von Seiten des systematischen Erwartungsmanagements dahingehend dienstbar gemacht werden, als dass sie das Konstrukt »*subjektive Krankheitstheorie*« als bedeutsame Erwartungs-Steuerungsschraube entdeckt und diese kraft unterschiedlicher Methoden – denkbar wären in diesem Zusammenhang vor allem Psychoedukative-Verfahren – in eine adäquate Position, in welcher sich die jeweiligen Krankheitstheorien von Therapeuten und Patienten idealerweise gänzlich deckungsgleich zu einander verhalten, zu manövrieren.

Konnten wir nun in den voranstehend absolvierten Exkursen durch die Länderein der Allgemeinmedizin sowie der Psychotherapieforschung unter zufriedenheitsmodelltheoretischen Gesichtspunkten insbesondere die überaus gewichtige Erkenntnis verbuchen, dass die innerhalb der PZF häufig äquivalent zum Erwartungsterminus gebrauchten Begriffe ‚*Patientenbedürfnisse*' und ‚*Patientenwünsche*' nun keineswegs, wie es die einschlägige Literatur nahe legt, einen autonomen Vergleichsstandard – den die Patienten im Rahmen ihres Zufriedenheitsbildungsprozesses bemühen – darstellen, sondern vielmehr als Determinanten der prädikativen *resp.* normativen Erwartungsbildung fungieren, so soll zur inhaltlichen Weiterentwicklung des E-D-Modells im unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt primär der Frage nachgespürt werden, welche weiteren Determinanten – nebst den Bedürfnissen, Wünschen und Krankheitskonzepten – einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Patientenerwartungen ausüben.

3.1.1.1.3 Determinanten der Erwartungsgenese

Sichten wir nun zur Beantwortung der im vorausgehenden Satz aufgeworfenen Fragestellung sowohl die nationale als auch internationale Literatur zur Kunden-[545] und PZ[546], so lassen sich – wie der nachstehenden Abbildung entnommen werden kann – insgesamt 10 mehr oder minder wirkmächtige Einflussgrößen auf die Ausbildung der prädikativen und normativen Patientenerwartungen an die bevorstehende medizinisch-therapeutische Dienstleistung dingfest machen.

[542] Denkbar wäre z.B. der Einsatz des psychometrisch mehrfach getesteten EAC-B (vgl. TINSLEY et al. 1980, 1988, 1990 und 1991)
[543] vgl. BERGHOFER et al. 2000: 233; HADLER 1977: 49; RUFF 1983 und SCHULTE 2005: 185
[544] vgl. KATZ et al. 2004. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangte ferner die Studie von HEILBRUN (1972).
[545] vgl. BRUHN 2008: 263; HALLER 1995; GIERL & SATZINGER 1998; LA TOUR & PEAT 1979: 433; MATZLER 2001: 20; SCHÜTZE 1992: 244ff. sowie ZEITHAMAL / PARASURAMAN & BERRY 1992: 32-33
[546] vgl. ERDWIEN 2005; HRIBEK 1999: 73; KNOP 2002: 71ff.; SPIEßL et al. 2006: 3 sowie WITZEL et al. 2003 und 2007

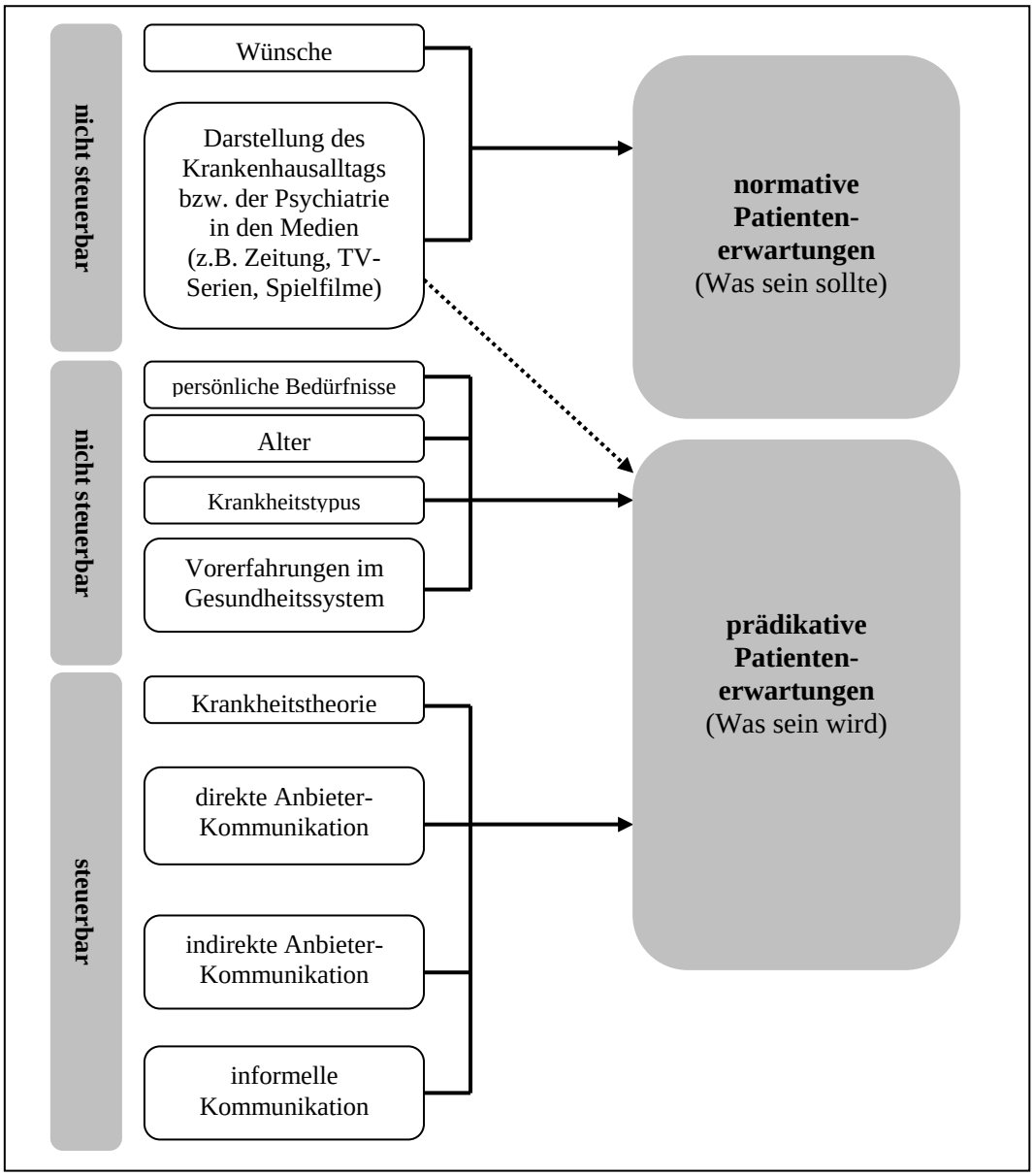


Abb. 50: Zentrale Einflussfaktoren auf die Patientenerwartungsbildung

Bevor nun im Folgenden die in der obigen Abbildung abgelichteten Erwartungsdeterminanten *in nuce* erläutert werden sollen, sei vorab darauf hingewiesen, dass die erwartungsstrukturierende Kraft der Wünsche, Bedürfnisse, des Alter, der Krankheitstypologie (akut versus chronisch) und der subjektiven Krankheitstheorie in den nachstehenden Zeilen nicht nochmals plausibilisiert wird, da wir diese Erwartungsdeterminanten bereits in den vorausgehenden Exkurskapiteln gebührend besprochen haben. Legen wir also gemäß dieser Präliminarien nachstehend die verbliebenen fünf Erwartungsdeterminanten näher unter das wissenschaftliche Okular, so ergibt sich folgendes Bildnis:

1. Darstellung des Krankenhausalltages bzw. der Psychiatrie in den Medien: Schauen wir nun der PZF dahingehend über die Schulter, ob in der Vergangenheit Untersuchungen zur Überprüfung des naheliegenden Zusammenhangs zwischen dem Konsum zumeist stark euphemisierender TV-

Krankenhausserien[547] (z.B. Die Schwarzwaldklinik, Für alle Fälle Stephanie, Dr. Sommerfeld – Neues vom Bülowbogen, Der Bergdoktor, alphateam – Lebensretter im OP, Dr. Stefan Frank etc.[548]) *resp.* der zumeist negativ eingefärbten medialen Psychiatriedarstellung (Printmedien[549], TV-Sendeformate[550], Spielfilme[551]) und der patientenseitigen Erwartungshaltung *bzw.* des Zufriedenheitsurteils der Patienten angestellt worden sind, so gelangen wir zu der *prima facie* überraschenden Erkenntnis[552], dass einer umsichtigen Literaturrecherche zum Trotz alles in allem nur vier Arbeiten ausfindig gemacht werden konnten, welche sich dieser Thematik – in Worten dem Zusammenhang zwischen von Krankenhausserienkonsum und der Erwartungshaltung – auf empirischen Wege angenommen haben.[553] In beiden von WITZEL et al. in den Jahren 2003 und 2008 herausgegebenen Studien konnte nun allerdings nachgewiesen werden, dass der Krankenhausserienkonsum nur einen äußerst geringfügigen Kultivierungseffekt ausübt. *In puncto* Erwartungsbildung *bzw.* hinsichtlich des Zufriedenheitsurteils bedeutet dies nun, dass sich jene Patienten, die in den Studien von WITZEL et al. als Kenner und Konsumenten von Krankenhausserien identifiziert worden waren, nur tendenziell etwas unzufriedener mit der im Krankenhaus erfahrenen Dienstleistung zeigten.[554] Die amerikanische Untersuchung mit dem richtungsweisenden Titel »*The effects of viewing Grey's Anatomy on perceptions of doctors and patient satisfaction*«, welche von Brian L. QUICK im Jahre 2009 veröffentlich wurde, gelangt gar zu der paradoxanmutenden Erkenntnis, dass diejenigen Studenten, welche sich als „*heavy vierwers*" der auch in Deutschland recht populären Krankenhausserie mit dem Namen ‚*Grey's Anatomy*' zu erkennen gaben, einen in der Tendenz nach höheren Zufriedenheitsgrad mit ihrem wirklichen Hausarzt, insbesondere wenn dieser von ihnen als tapfer und couragiert („*courageous*") wahrgenommen wurde, aufwiesen.[555] Aus der psychiatrischen Forschungslandschaft, in welcher *bis dato* vornehmlich die Auswirkungen von Kinofilmen – wie z.B. »*Einer folg über das Kuckucksnest*« (1975)oder »*Das weisse Rauschen*« (2001) – auf die Einstellung der Rezipienten zu psychischen Erkrankungen im Allgemeinen (Messung der sozialen Distanz) untersucht wurde[556], ragt hinsichtlich des Einflusses filmischer Psychiatriedarstellungen auf die Erwartungshaltung der Patienten insbesondere die Studie von Tory A. ROBISON aus dem Jahre 2009 heraus, in welcher der Autor an insgesamt drei studentischen Gruppen den Einfluss negativer, positiver sowie

---

[547] So konnte in einer mittlerweile als Klassiker geltenden Studie von DIEM / LANTOS & TULSKY (1996), in der die Autoren amerikanische Krankenhausserien dahingehend analysierten, inwieweit die in den Serien dargestellte Reanimationserfolgsquote nach Herzstillstand der Realität entspricht, aufgezeigt werden, dass in den Serien ca. 67% aller Reanimationen erfolgreich verliefen, während es in der Realität weniger als 10% sind.

[548] Jene Leser, die sich eingehender mit der zumeist positiv überzeichneten Darstellung des Krankenhausalltags innerhalb des Genre *‚Arzt- resp. Krankenhausserie'* beschäftigen möchten, sei die nachstehende Literatur zu Lektüre empfohlen: ALZENAUER et al. 2000; DÜPERTHAL 1999; HURTH 2008; IGERSKY & SCHMACKE 2000 und 2001; KRÜGER-BRAND 2003; KURZEJA 1984; ROSENSTEIN 1998; ROSENTHAL & TÖLLNER 1998, 1999 und 2000; ROSSMANN 2002 und 2003a&b sowie STAEHR 1989 und WEIDERER 1995

[549] Leserwerte Einblicke in das Thema *‚Darstellung der Psychiatrie und psychischen Erkrankungen in Tageszeitungen und Zeitschriften'* bieten vor allem die nachstehend notierten Studien: FAUST & HOLE 1983; FINZEN et al. 2001; HOFFMANN-RICHTER 2000; KAGELMANN 1975; KROLL et al. 2003; REISBECK 1977; ROMPE 2006; SCHNEIDER & WIESNER 1970, 1972; STUMME 1973; SYDOW et al. 1998 sowie WALTER 1992 und ZIMMERMANN 1977

[550] Der Frage, wie Psychiatrie, Psychotherapeuten und psychisch erkrankte Patienten gemeinhin in Fernsehfilmen *resp.* –Serien dargestellt werden, nehem sich insbesondere die folgend wiedergegebene Studien an: FRUTH & PADDERUD 1986; GROSS 1983; LESCHE 1972; SANCHO-ALRIDGE & GUNTER 1994; SIGNORELLI 1989; STRAUB 1997 sowie WAHL & ROTH 1982 und WILSON et al. 1999

[551] Die interessierten Leser, welche sich vertieft mit der überaus spannenden Frage auseinandersetzen möchten, wie sowohl die Institution Psychiatrie als auch ihre – mit GOFFMAN gesprochen – Insassen (Therapeuten und Patienten) in Kinofilmen dargestellt werden, sei auf die nachfolgend wiedergegebene Literatur verwiesen: BÖDECKER & BRINKHOFF 2003; DOERING & MÖLLER 2008; FELLNER 2006; GABBARD 2001; GHARAIBEH 2005; GRUNST 2009; HERTING 1981a/b und 1982; KUPKO & GOTTSCHALL 1976; LEHMANN 2002; MAIO 2002; SCHONAUER & NAGEL 1999 sowie WULFF 1983, 1985, 1990 und 2000.

[552] zu einer analogen Einschätzung gelangte ROBISON 2009: 8-9

[553] vgl. QUICK 2009 sowie WITZEL et al. 2003 und 2008

[554] vgl. WITZEL et al. 2003: A2933 und 2008: 3

[555] vgl. QUICK 2009

[556] sie dazu ferner GRANELLO & PAULEY 2000; SCHILL et al. 1990; WAHL & LEFKOWITS 1989 sowie WINKLER / RICHTER-WERLING & ANGERMEYER 2006 und WINKLER et al. 2008

neutraler filmischer Psychotherapiesequenzen auf die Therapieerfolgserwartungen, Rollenerwartungen und Therapiebefürchtungen der Studenten untersuchte. Die Erkenntnis, mit welchen ROBISON am Ende seiner Studie aufwarten konnte, deuten daraufhin, dass jene Studenten, welchen die negativen Psychotherapieausschnitte – die von einer extra einberaumten psychologischen Expertenkommission ausgewählt wurden[557] – vorgeführt bekamen, in der Tendenz nach mehr dysfunktionale Erwartungen hinsichtlich des therapeutischen Rollenverhaltens angaben sowie ein höheres Maß an Ängsten gegenüber psychotherapeutischer Maßnahmen aufwiesen; wobei dieser Befund statistisch nicht signifikant war.[558] Bezüglich der Einflussnahme fiktional-audiovisueller Krankenhaus- *resp.* Psychiatriedarstellungen auf die Erwartungshaltung des Patienten können wir unter Bezugnahme auf die obigen Ausführungen in der Summe festhalten, dass dieses Medium einerseits sehr wohl ein Formungseffekt auf die normativen und prädikativen Patientenerwartungen ausübt, der jedoch andererseits – wie empirisch bewiesen werden konnte – als minimal einzuschätzen ist.

2. Persönliche Vorerfahrungen im Gesundheitssystem: Eine weitere Erwartungsdeterminante, die ob ihrer intuitiven Plausibilität im Folgenden nicht näher erläutert werden soll, erblicken wird nun in den persönlichen Erfahrungen, die der Patient vor Inanspruchnahme der nunmehr *ante portas* stehenden medizinisch-therapeutischen Dienstleistung mit den Institutionen des Gesundheitssystems – sei es als Patient, Besucher oder gar als Mitarbeiter (z.B. während des Zivildienstes) – gemacht hat.

3. Direkte Anbieterkommunikation: Ein weiterer, höchst bedeutsamer Erwartungsstrukturierungseffekt geht nun ferner von der direkten Anbieter-Patient-Kommunikation (z.B. im Rahmen eines persönlichen Vorgesprächs oder aber auch mittels Einrichtungsflyern) und den darin gemachten Versprechungen hinsichtlich der Unterbringung, des Behandlungsprozesses sowie des wahrscheinlichen Therapieergebnisses aus. Bevor wir uns nun nachstehend der nächsten Erwartungsprägekraft, *nudis verbis* der indirekten Anbieterkommunikation zuwenden werden, sei an dieser Stelle *en passant* noch auf den in Kapitelpunkt 4 eingehender zu erörternden Sachverhalt hingewiesen, dass die Möglichkeiten einer direkten Anbieterkommunikation sowohl für allgemeine als auch psychiatrische Kliniken aufgrund des gesetzlich verankerten Werbeverbots – siehe dazu insbesondere den § 11 des Heilmittelwerbegesetztes (HWG), die § 27ff. der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO) sowie den § 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)[559] – stark limitiert sind.

4. *Indirekte Anbieterkommunikation:* Um dem Leser nun nachstehend die Erwartungsformierende Wirkung indirekter Anbieterkommunikation – z.B. einer neuen Klinikfassade oder Aushängung eines Qualitätszertifikats (EFQM, KTQ, PPQ etc.) – besser verständlich machen zu können, bietet es sich an, die Situation des Patienten vor der Inanspruchnahme der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung im Lichte der *Principal-Agent-Theorie* durchzuspielen. Setzen wir dazu in einem ersten Schritt der bereits im obigen Textabschnitt gewählten Wendung ‚*ante portas*' den geschichtsträchtigen Namen ‚*Hannibal*' voran, so erhalten wir in der geflügelten

[557] vgl. ROBISION 2009: 22-23

[558] vgl. ROBISON 2009: 27-30. „The current study" – so fasst ROBISON die zentralen Ergebnisse seiner Masterarbeit zusammen – „provides limited evidence that media portrayals of psychotherapy have the potential to negatively influence both role expectations about the therapist and percevied fears associeted with seeking therapy as treatment" [ebenda: 35].

[559] vgl. TSCHEULIN & HELMIG 1996

Redewendung ‚*hannibal ante portas*' eine Gemütsverfassung, von welcher die meisten Patienten, die sich in unmittelbarer Zukunft einer medizinisch-therapeutischen Intervention unterziehen müssen, beseelt sind. Unverklausuliert formuliert bedeutet dies, dass der Konsum einer medizinisch-therapeutischen Dienstleistung vom Großteil der Patienten als überaus riskant wahrgenommen wird. Verschärfend zu dieser primären Risikoeinschätzung kommt nun noch hinzu, dass medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen durch ein – in der Terminologie der Informationsökonomie gesprochen – enorm hohes Maß an Erfahrungs- und Vertrauenseinseigenschaften – dies meint, dass die Qualität der erhaltenen Dienstleistung entweder erst nach ihrem Konsum oder aber gar nicht *bzw.* nur zu exorbitant hohen Kosten eingeschätzt werden kann – charakterisiert sind.[560] Unter Bezugnahme auf die Principal-Agent-Theorie, welche – verkürzt gesagt – unter anderem zu klären versucht, vermittels welcher Techniken der potentielle *"Agent"* (Krankenhaus) die auf Seiten des "*Principals*" (Patient) bestehende Qualitätserwartungsunsicherheit und Risikobeseeltheit zu reduzieren imstande ist[561], erweisen sich nun insbesondere die voranstehend genannten Qualitäts-Zertifikate als augenscheinlich als symbolische Unsicherheitsreduktionssignale, die von der Patientenschaft dahingehen decodiert werden können, dass von dieser Klinik eine qualitativ hochwertige Behandlung erwarten können. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass bereits J.D. FRANK in seinem in den 60er Jahren den 20. Jahrhunderts herausgegebenen psychologischen Bestseller »*Die Heiler*«, den Einfluss von Qualitätssignalen – wie z.B. das im Wartezimmer hängende Therapeutendiplom – auf die Entwicklung positiver Therapieergebniserwartungen umfassend erläuterte.[562]

Ehe wir nun in den unmittelbar nachfolgenden Zeilen den letzten der abgebildeten Einflussfaktoren auf die Patientenerwartungsbildung (siehe Abb. 50), in Worten die so genannte ‚*informelle Kommunikation'*, detailliert beschreiben werden, möchte der Verfasser vordem noch die *bis dato* noch nicht wissenschaftlich untersuchte Fragestellung aufwerfen, ob nicht den zuweilen in überaus anstößig-frecher Mundart daherkommenden ‚*Knigge-Hinweisschilder-für-Patienten'*, dessen wohl bekanntester Slogan „*Bitte nicht hetzen, wir sind auf der Arbeit, nicht auf der Flucht*" nicht wenige Schwesternzimmertüren sowie sämtliche medizinische Anmeldefenster ziert, auch ein Erwartungsbildungspotenzial attestiert werden kann.

5. *Informelle Kommunikation:* Den letzten in diesem Kapitelunterpunkt zu diskutierenden Einflussfaktor auf die Erwartungsgenese stellen nun noch die auf informellen Wege an den künftigen Patienten herangetragenen Erfahrungsberichte Dritter z.B. in Gestalt des Hausarztes, des einweisenden Facharztes, der Personen aus dem näheren sozialen Umfeld, der Krankenkasse sowie ehemaliger Patienten oder einstigen *resp.* aktuellen Klinikmitarbeitern dar, welche den angehenden Patienten über ihre positiven *bzw.* negativen Erlebnisse mit der zur Disposition stehenden Klinik in Kenntnis setzen.

Speisen wir nun, ehe wir uns im nachstehenden Abschnitt mit der Fragestellung, inwieweit das bereits zu Anfang des Kapitelunterpunktes 3.1.1.1 grob skizzierte Toleranzzonenmodell in die mo-

---

560 vgl. KAAS & BUSCH 1996; KNOP 2002: 35, 44, 58; NERDINGER 2007: 379 sowie WORATSCHEK 1996 und ZEITHAML 1981: 187

561 vgl. EBERS &GOTSCH 1995: 195ff.

562 vgl. FRANK 1985 sowie BAUMGARTEN & HENSEL 1987 und SNYDER et al. 2001: 197. All jenen Lesern, die sich an literarischen Leckerbissen nicht satt lesen können, sei vor diesem Hintergrund die Lektüre eines Abschnittes aus dem Roman »*Die Auschlöschung. Ein Zerfall*« empfohlen, indem der österreichische Schriftsteller Thomas BERNHARD eine ebenso stark überzeichnete wie nachdenklich stimmende Kritik an der niederschmetternden Zeugnis- und Titelkrankheit, an welcher das Gros der Menschheit laut BERNHARD erkrankt ist, formuliert (vgl. BERNHARD 1986: 76-82.)

delltheoretische Diskussion der PZF Einzug gehalten hat, an die internationale Forschungsliteratur wenden werden, die in den obigen Zeilen zu Tage geförderten Erwartungsderminanten in das *Expectation-Diskonfirmation-Modell* ein, so ergibt sich folgende Modellstruktur.

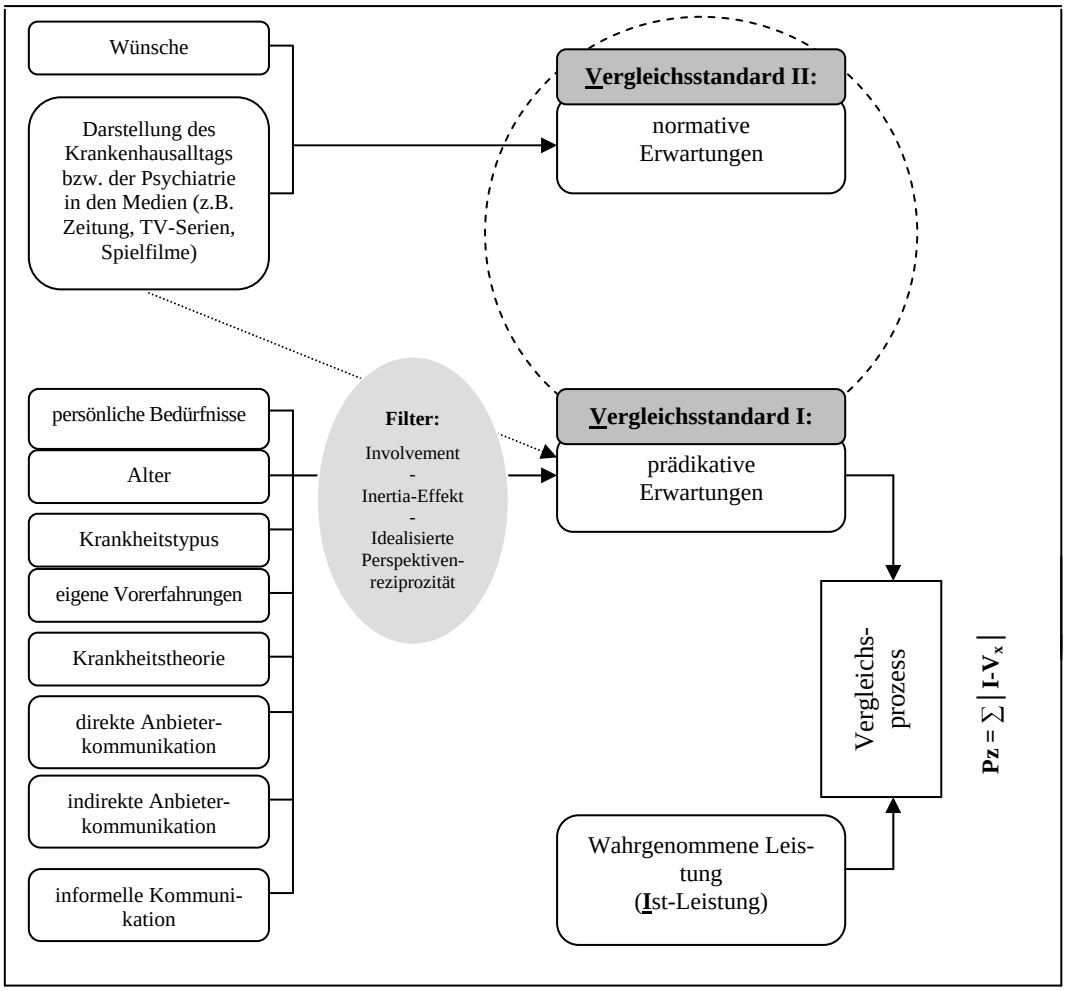


Abb. 51: Der Stellenwert von Erwartungsbildungskomponenten innerhalb des Expectation-Disconfirmation-Modells

3.1.1.1.4 Erwartungsintervalle oder das Toleranzzonenmodell

Betrachten wir also nun im Folgenden, in welchem Ausmaß die in den Kapitelpunkten 2.8 und 3.1.1.1 der vorliegenden Arbeit skizzierten Konzepte des Erwartungsintervalls[563] sowie des Toleranzzonenmodells[564] in der deutschsprachigen PZF diskutiert worden sind, so nehmen diesbezüglich allen voran die beiden Forschungsarbeiten von Günther HRIBEK (1999) und Bettina KNOP (2002) eine Ausnahmestellung ein. Da nun die beiden zur Verhandlung stehenden Konzepte nicht abermals *ab ovo* erläutert werden sollen, werden wir nachstehend unter primärer Bezugnahme auf die Schriften von HRIBEK (1999) und KNOP (2002) den Versuch starten, dass Erwartungsintervall- sowie das Toleranzzonenkonzept fruchtbar in das E-D-Modell einzuarbeiten.

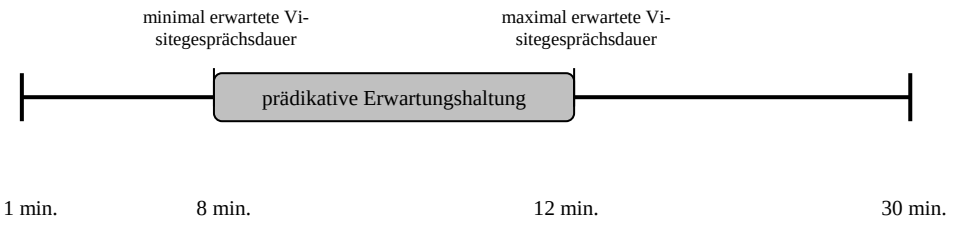
Zur sukzessiven Einlösung dieses Unterfangens werden wir uns dazu in einem ersten Schritt nochmals kurz in Erinnerung rufen, welche theoretischen Kernaussagen sich hinter den beiden Konzepten, in Worten dem Erwartungsintervall- sowie dem Toleranzzonenansatz, verschan-

[563] vgl. HALLER 1995: 38-41 sowie POIESZ & BLOEMER 1991: 446ff.

[564] vgl. BERRY 1995: 50; BERRY & PARASURAMAN 1992; CADOTTE & TURGEON 1988; GIERL & BARTIKOWSKI 2002 und 2003; JOHNSTON 1995a&b; KENNEDY & THIRKELL 1988; LILJANDER & STRANDVIK 1993a sowie WOODRUFF et al. 1983 und ZEITHAML et al. 1993

zen. Zur Erreichung eines höheren Plausibilitätsgrades werden wir dabei die aufgezeigten theoretischen Inhalte wiederholt anhand eines fiktives Fallbeispiels erläutern, indem der kurz vor der Entlassung stehende Patient Namens *Manfred Mustermann* – der aufgrund eines Oberschenkelhalsbruches geschlagene drei Wochen an das in einem Vierbettzimmer des Krankenhauses ‚*Asklepios*' stehende Krankenbett gebunden war – im Rahmen einer PZ-Erhebung mittels standardisierten Fragebogen unter anderem nach seiner Zufriedenheit mit der Gesprächsdauer während der täglichen Visite befragt wird. Verdeutlichen wir nun die zentralen Aussagen des Erwartungsintervallkonzepts, demnach Patienten bezüglich einer spezifischen Dienstleistungskomponente weniger punktgenaue Erwartungen als vielmehr so genannte Erwartungsintervalle ausbilden.[565] Betreffs unseres Fallbeispiels bedeutet dies nun, dass die prädikative Erwartung, welche unser besagter Herr Mustermann hinsichtlich der Visitegesprächsdauer ausgebildet hat, nicht haargenau auf einen bestimmten Zeitwert, z.B. zehn Minuten, festgelegt ist, sondern sich auf einem Intervallstreifen, z.B. zwischen acht und zwölf Minuten, bewegt.

Die **prädikative Erwartung** des Patienten *Manfred Mustermann* an die **Gesprächsdauer** während der **täglichen Visite**:



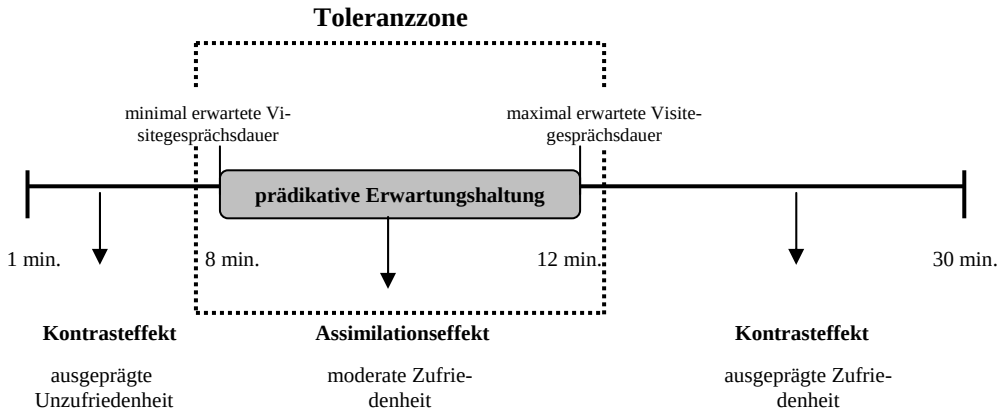
Verfeinern wir nun in einem zweiten Schritt den obig abgebildeten Erwartungsintervall unserer Beispielhauptprotagonisten um die Kernaussagen des Toleranzzonenmodells, laut derer einerseits die konkrete Ausgestaltung *bzw.* die Breite des Erwartungsintervalls von der Höhe des Involvements, d.h. von der subjektiven Wichtigkeit des Leistungsattributs, abhängt[566] sowie das andererseits – unter Rückgriff auf die erstmalig von SHERIF & HOVLAND (1961) formulierte Assimilation-Kontrast-Theorie[567] – jene Leistungen, die nur marginal vom Erwartungsintervall abweichen (z.B. eine durchschnittliche Visitengesprächszeit von 6 ½ Minuten) in den Erwatungsintervall überführt (Assimilationseffekt) werden *resp.* das jene Leistungen, welche überaus markant vom apriorischen Erwartungsintervall abweichen (z.B. eine durchschnittliche Visitengesprächsdauer von 4 ½ Minuten) als unangemessen weit vom ursprünglichen Erwartungsintervall entfernt liegend (Kontrasteffekt) wahrgenommen werden (z.B. wird Herr Mustermann die durchschnittliche Visitengesprächsdauer von 4 ½ Minuten emotional so bewerten, als wären es realiter nur 2 ½ Minuten gewesen), so erhalten wir – gesetzt den Fall, dass Herrn Mustermann viel Wert auf das Leistungsattribut ‚*Visitengesprächsdauer*' legt – folgendes Bild:

[565] vgl. HALLER 1995: 38-41 und HRIBEK 1999: 81

[566] vgl. MATZLER 1997 und KNOP 2002

[567] Der Einfluss von Assimilation- und Kontrasteffekten auf die Kundenzufriedenheit konnte insbesondere in den mittlerweile als Klassiker der Zufriedenheitsforschung geltenden Arbeiten von ANDERSON 1973; CAROZO 1965; OLSHAVSKY & MILLER 1972 sowie OLSON & DOVER 1976 nachgewiesen werden.

Die **prädikative Erwartung** des Patienten *Manfred Mustermann* an die **Gesprächsdauer** während der **täglichen Visite** verfeinert um das **Konzept der Toleranzzone**:



Anhand der voranstehenden Abbildung wird nun erstens deutlich, dass eine erfahrene durchschnittliche Visitengesprächsdauer, welche den prekonsumptionistischen Visitegesprächszeiterwartungsintervall unseres Rekonvaleszenten Herrn Mustermann (8-12 min.) nur geringfügig über- oder unterschreitet (+-2 min.), zu keiner signifikanten – also weder positiven noch negativen – Veränderung im abschließenden Zufriedenheitsurteil bezüglich dieses Leistungsattributes führen würde; da Herr Mustermann die marginalen Leistungsabweichungen (+-2min.) – gemäß der Assimilationstheorie – in den apriorischen Erwartungsintervall überführen und somit als erwartungskonform bewerten würde. Ehe nun im Folgenden die zweite wesentliche Erkenntnis, welche obigen Darstellung entnommen werden kann, hinreichend erläutert wird, sei vorab in der gebotenen Kürze darauf aufmerksam gemacht, dass sich die an dem obig explizierten Sachverhalt unweigerlich entzündende Fragestellung: *Warum treten Assimilationseffekte überhaupt auf?* in der einschlägigen Fachliteratur beinahe ausnahmslos[568] mit der Kognitiven Dissonanztheorie von Leon FESTINGER, welche – lapidar formuliert – von der anthropologischen Ausgangsprämisse ausgeht, dass Personen ein harmonisches Gleichgewicht (Homöostase) in ihrem kognitiven System, d.h. eine konsistente Beziehung zwischen einzelnen Kognitionen (z.B. zwischen Meinungen oder Werthaltungen), anstreben[569] und sich zur Verfestigung *bzw.* Wiederherstellung dieses kognitiven Idealzustandes (Dissonanzreduktion) unter anderem der Assimilationstechnik, einer bevorzugten Modi der erwartungskonformen Wahrnehmungsverzerrung, bedient. Wenden wir uns nach diesem zugegebenermaßen äußerst rudimentären Einblick in die »*Theorie der kognitiven Dissonanz*«, auf die wir – soviel sei an dieser Stelle prospektiv angemerkt – im Rahmen der Kapitelunterpunkte 3.1.1.1.6 nochmals ausführlicher Bezug nehmen werden, nun aber wieder den Inhalten obigen Illustration zu, so kommt in der Abbildung zweitens die Erkenntnis zum Ausdruck, dass eine faktisch erfahrene durchschnittliche Visitengesprächsdauer, welche dem Visitengesprächszeiterwartungsintervall unseres Beispielpatienten Manfred Mustermanns (8-12 min.) merklich über- oder unterschreitet (mindestens +-3 min.), dazu führen würde, dass Herr Mustermann – gesetzt den Fall, dass er den Visitegesprächsdauermittelwert oberhalb des Toleranzzonengrenzwertes (> 14 min.). taxiert – die in dem ihm vorgelegten PZ-Fragebogen enthaltene

[568] Neben der *Theorie der kognitiven Dissonanz* wird in der Literatur zur Erklärung des Assimilationseffektes das so genannte *Weber-Feschner'sche-Gesetz* herangezogen (vgl. HRIBEK 1999: 88 und NERDINGER 2007: 389). „Nach dem Weber'schen Gesetz der Psychophyik" – so NERDINGER – „ist ein eben merklicher Unterschied zwischen zwei Reizen abhängig von der ursprünglichen Intensität des Reizes. Übertragen auf das Feld der Dienstleistungen sollten Kunden bei einem hohen Ausgangsniveau der Leistung relativ kleine Veränderungen der Dienstleistung häufig gar nicht feststellen" [NERDINGER 2007: 389].

[569] vgl. FREY & BENNING 1994: 147

Visitegesprächszeitzufriedenheitsfrage, welche auf einer Visuellen-Analogskala mit den Endpunkten *„sehr unzufrieden"* (0) und *„sehr zufrieden"* (100) zu beantworten ist, höchstwahrscheinlich ein dem Maximalwert 100 (*„sehr zufrieden"*) äußerst nahe oder ihm gar entsprechendes Kreuz auf der Skala eintragen würde; da Herr Mustermann – getreu der Kontrasttheorie – eine Visitegesprächszeit (objektiver Messwert: 16 min.) die oberhalb der Toleranzschwellengrenze (> 14 min.) liegt als weiter vom apriorischen Erwartungsintervall entfernt wahrnimmt, als dies realiter der Fall ist. Mit anderen Worten gesagt, führt die positive Überraschung, dass die Visite nicht – wie Herr Mustermann erwartet hatte – 8 bis 12 Minuten sondern 16 Minuten dauerte, zu dem Effekt, dass Herr Mustermann in seinem subjektiven Zeitempfinden die objektiv gemessenen 16 Minuten so wahrnimmt als währen es weit über 20 Minuten gewesen. Dass Herr Mustermann eine derart positive Erwartungsdiskonfirmation im Rahmen einer PZ-Studie mit der Angabe eines hohen Zufriedenheitswertes quittieren würde, schein nun logisch-evident und keiner weiteren Ausführung bedürftig.

Wünschen wir nun dem Patienten Herrn Manfred Mustermann, da wir in den nunmehr folgenden Zeilen vorerst nicht mehr seine Dienste zur Illustration theoretischer Ansätze in Anspruch nehmen müssen, weiterhin einen guten Genesungsverlauf und bemühen uns zum Ausklang des vorliegenden Kapitelunterpunktes noch einmal darum, all jene Überlegungen aus den Konzepten des Erwartungsintervalls sowie der Toleranzzone in komprimierter Form zusammenzutragen, welche der PZF unter modelltheoretischen Gesichtspunkten zum Vorteil gereicht werden können, so lassen sich alles in allem die nachstehenden drei Erkenntnisse festhalten.

1. Die Erwartungen eines Patienten an die bevorstehende medizinisch-therapeutische Dienstleistung (z.B. Wartezeit beim Hausarztbesuch) sind in der Regel nicht exakt auf einen Punkt (z.B. 5 min. Wartezeit) konzentriert, sondern bewegen sich auf einem Intervall (z.B. zwischen 3 und 7 min. Wartezeit). Der Umfang des jeweiligen Erwartungsintervall hängt nun wiederum zentral davon ab, wie wichtig dem Patienten dieses Leistungsmerkmal ist (Involvement) und über welche Informationen der Patient bezüglich der Beschaffenheit dieses Leistungsmerkmals verfügt. Grundsätzlich gilt in diesem Zusammenhang die Regel, dass der Erwartungsintervall um so schmaler wird, je größer das Involvement und das leistungsmerkmalbezogene Wissen des Patienten ist.[570]

2. Das Toleranzzonenkonzept, welches sich – einem Futteral gleich – um das jeweilige Erwartungsintervall schmiegt, weist nun auf den überaus bedeutsamen Sachverhalt hin, dass nicht jede geringfügige Über- oder Unterschreitung des antizipierten Leistungsniveaus zu signifikanten Ausschlägen auf der Zufriedenheitsskala des Patienten führt. „Die Bedeutung (...) [der Toleranzzone, T.K.] für das Entstehen von Kundenzufriedenheit" – so notiert der Betriebswirtschaftler Kurt MATZLER in seiner verdienstvollen Forschungsarbeit »*Kundenzufriedenheit und Involvement*« – „liegt darin, dass Abweichungen der Produktqualität innerhalb (...) [der, T.K.] Toleranzzone assimiliert werden und eine Diskonfirmation keinen positiven oder negativen Einfluss auf die Zufriedenheit hat. Bei Wahrnehmungen außerhalb der Toleranzzone führt eine Diskonfirmation zu Kontrasteffekten, d.h. der Einfluss auf die Zufriedenheit *bzw.* Unzufriedenheit ist überproportional hoch."[571]

[570] vgl. KNOP 2002: 90-91, 147-148
[571] MATZLER 1997: 151

3. Die tatsächliche Breite der Toleranzzone hängt nun ebenso wie das Ausdehnungsmaß des Erwartungsintervalls maßgeblich von der subjektiven Bedeutsamkeit des Leistungsmerkmals (Involvement) sowie des Informiertheitsgrades ab. Dieser an und für sich Hand in Hand gehende Einfluss von Involvement und Informiertheit auf die Toleranzzonenbreite soll nun anhand eines kurzen Fallbeispiels erläutert werden. Gehen wir dabei von dem Szenario aus, dass unserere Beispielprotagonistin *Lieschen Müller*, welche sich aufgrund einer degenerativen Kniegelenksschädigung in naher Zukunft einem chirurgischen Eingriff unterziehen muss, auf medialem Weg zu Ohren gekommen ist, dass in den umliegenden Krankenhäusern aufgrund mangelhafter hygienischer Verhältnisse die postoperative Infektionsrate – so genannte nosokominale Infektion – rapide zugenommen hat. Diese Nachricht löste nun bei Frau Müller – die ob der notwendigen Vollnarkose sowieso schon von Alpträumen um den Schlaf gebracht wurde – hinsichtlich der bevorstehenden Operation massive Zweifel aus, da ein Kniegelenksinfektion schlimmstenfalls eine Amputation nach sich ziehen würde. Da nun der Hygieneaspekt aufgrund der voranstehend geschilderten Aspekte für Frau Müller eine enorme Wichtigkeit aufwies (hohes Involvement), informierte sich Frau Müller in der Folgezeit ausgiebigst über die hygienischen Standards, die in einer Klinik idealerweise vorherrschen sollten (hoher Informiertheitsgrad). Sowohl die hohe subjektive Bedeutsamkeit des Leistungsattributs ‚*Hygiene*' als auch die daraus resultierende aktive Informationssuche und –verarbeitung führten nun in der Summe dazu, dass unsere Patientin Frau Lieschen Müller bezüglich des Leistungsmerkmals ‚*Hygiene*' einen äußerst schmalen Erwartungsintervall ausbildete. Unter Bezugnahme auf das Toleranzzonenkonzept bedeutet dies nun, dass Frau Müller im Gegensatz zu Patienten, denen die Leistungskomponente ‚*Hygiene*' weniger wichtig ist *bzw.* die über diese Leistungsdimension wenig Wissen ihr eigen nennen können, nur äußerst geringfügige Abweichungen von ihrer prekonsumptionistischen Erwartungshaltung tolerieren würde.

Wenngleich wir nun in diesem Zusammenhang allerdings einschränkend darauf aufmerksam machen müssen, dass die jeweilige Größe der Toleranzzone keinen absoluten, sondern einen – wie es im vorausgehenden Satz bereits anklingt – der Möglichkeit nach von Patient zu Patient differierenden Wert darstellt, können die aus der Fachliteratur herausgestanzten Wissensbausteine nichtsdestotrotz zu der Faustformel zusammengeleimt werden, dass die Patienten betreffs der medizinischen Kernleistungen (z.B. die Leistungsattribute innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung) gemeinhin eine schmalere Toleranzzone aufweisen als dies bei den nicht-medizinischen Dienleistungsmerkmalen (z.B. Zimmerausstattung) der Fall ist. Reformulieren wir nun diese Faustformel im Lichte der Terminologie des so genannten KANO-Modells, welches im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.5 eingehender zu erläutern sein wird, so zeigt sich, dass im Unterschied zu den Basis- und Begeisterungsfaktoren insbesondere die Leistungsfaktoren durch eine schmalere Toleranzzone gekennzeichnet sind. Ohne an dieser Stelle nun bereits die bedeutenden Implikationen, welche aus den voranstehenden Ausführungen für die Entwicklung eines systematischen Erwartungsmanagements zu gewinnen sind, herausstreichen zu wollen, können wir uns unter modelltheoretischen Gesichtspunkten abschließend einprägen, dass einerseits die subjektive Wichtigkeit (Involvement) sowie der Informiertheitsgrad als zentrale Determinanten der Toleranzzonenbreite angesehen werden können und das andererseits die Wahrscheinlichkeit eines Unzufriedenheitsurteils mit der Abnahme der Toleranzzonenbreite steigt.

Der nachstehenden Abbildung 51 kann nun die aktuellste Version des ‚*Expectation-Disconfirmation-Modell der PZ-Genese*', dem nunmehr die zentralen Erkenntnisse aus den im obigen Textabschnitt analy-

sierten Konzepten des Erwartungsintervalls sowie der Toleranzzone beigegeben worden sind, entnommen werden. Ferner sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass wir uns im Rahmen der Modellabbildung nochmals an den Eckdaten unseres ersten Fallbeispielpatienten Herrn Manfred Mustermann orientiert haben. Dementsprechend kann die nachfolgende Abbildung als eine Art *‚kognitives Röntgenbild'* verstanden werden, welches uns einen Einblick in den komplexen, durch das Visitegesprächsdauerzufriedenheitsitems ausgelösten, intrapsychischen Zufriedenheitsbewertungsprozess des Patienten Herrn Mustermann ermöglicht.

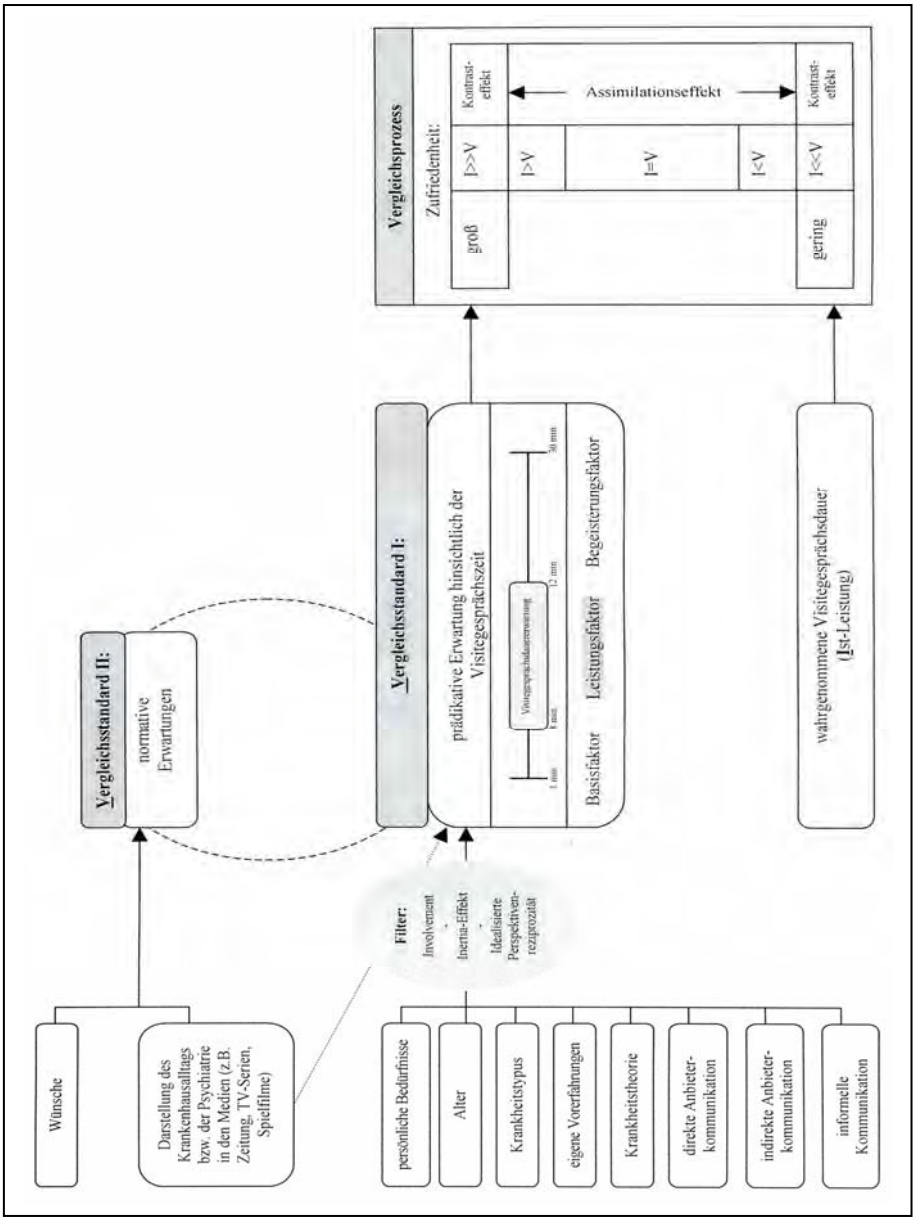


Abb. 52: Integration des Erwartungsintervalls- und Toleranzzonenkonzepts in das E-D-Modell

3.1.1.1.5 Der Einfluss von Erwartungen auf die Dienstleistungsperzeption

Konnte im vorausgehenden Kapitelunterpunkt anhand des Vorkommens von Assimilations- und Kontrasteffekten bereits aufgezeigt werden, dass die objektive Dienstleistungsrealität unter gewissen Umständen subjektiv verzerrt abgebildet wird, so sollen in den nachstehenden Zeilen vornehmlich jene persönlichen und situativen Umstandsbedingungen aus der sozialpsychologische Literatur herausgefiltert werden, die eine erwartungskonforme Wahrnehmungsverzerrung – in der Fachliteratur spricht man in

diesem Zusammenhang von einem so genannten Perseveranz-Effekt[572] – begünstigen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass wir im Folgenden den Versuch starten werden, aus klassischen psychologischen Studien, welche einen signifikanten Einfluss der Erwartungshaltung auf die subjektive Wirklichkeitsperzeption und -beurteilung nachweisen konnten, jene zentralen Voraussetzungen *bzw.* Kontextbedingungen abzuleiten, die das Auftreten eines Perseveranz-Effektes wahrscheinlich machen.

Nehmen wir nun zur Einlösung unseres Vorhabens die ausfindig gemachten Studienarbeiten aus den Bereichen der Sozial-[573], Ernährungs-[574] und Wirtschaftspsychologie[575] genauer unter die Lupe, so gelangen wir zu der Einsicht, dass erwartungskonsistente Wahrnehmungsverfälschungen insbesondere dann verstärkt auftreten, wenn eine oder mehrere der folgenden drei Konditionen erfüllt werden. 1) *Hohe motivationale Unterstützung*: Das heißt, je bedeutsamer eine Erwartung für den Patienten – z.B. die Überzeugung, dass der operierende Chirurg sein Handwerk versteht (ausgeprägte Fachkompetenzerwartung) – ist.[576] 2) *Hoher Bewährtheitsgrad*: Dies bedeutet, dass eine Erwartung – z.B. die an den Arzt gerichtete Fachkompetenzerwartung – welche sich in der Vergangenheit entweder durch eigene Erfahrungen oder durch die mitgeteilten Erfahrungen Dritter (z.B. ehemalige Patienten, einweisender Arzt, Hausarzt, Freunde usw.) hinreichend bewährt hat, zukünftig nur ein geringfügiges Maß an erwartungskonformen Reizinformationen zur Erwartungsverifizierung benötigt.[577] Entsprechend könnte *bspw.* schon der turmhohe Fachliteraturstapel auf dem Arztschreibtisch vom Patienten als erwartungskonsistenter Schlüsselreiz herangezogen werden, von dem er im Sinne einer *Irradiation*[578] auf die nach wie vor bestehende Fachversiertheit des Arztes schließen könnte. 3) *Hohe Leistungsmerkmalskomplexität*: Hierunter ist der Sachverhalt zu verstehen, dass eine erwartungskonsistente Wahrnehmungsverzerrung gehäuft bei facettenreichen Leistungsattributen (wie z.B. der Fachkompetenz des Arztes), die zudem noch ein ausgeprägtes Maß an Vertrauenseigenschaften gekennzeichnet sind, auftreten.

Ziehen wir nun noch zum Zwecke der Erweiterung des voranstehend entwickelten *‚Perserverazneffekt-Kritierienkatalogs'*, in den wir bislang drei Kriterien, deren singuläres oder gepaartes erscheinen den Vollzug erwartungskonformer Wirklichkeitsverfälschungen nahe legen, aufnehmen konnten, das Schriftgut zur kognitiven Dissonanztheorie heran, so erhalten wir in Gestalt der *‚Entscheidungsirreversibilität'*, sowie in der *‚Langlebigkeit des erwobenen Produkts'* resp. *‚der in Anspruch genommenen Dienstleistung'* insgesamt zwei weitere Perserveranzeffekt begünstigende Kriterien, die nachstehend anhand eines fingierten Fallbeispiels erläutert werden sollen, in welchem der Patient Karl Laupach[579], dem aufgrund eines mehrfachen Trümmerbruchs in einer ambulant durchgeführten Operation eine Eisenplatte in die rechte Hand implementiert wurde, am ersten postoperativen Konsultationstermin in einer via Interview durchgeführten PZ-Studie unter anderem die Frage nach seiner Zufriedenheit mit den hygienischen Verhältnissen innerhalb der ambulanten Praxisräume gestellt wird. Betrachten wir nun erst einmal grundsätzlich die gesamte, von Herrn Laupach in Anspruch genommene Dienstleistung *‚ambulante Handknochenrekonstruktionsoperation'* im Lichte der beiden zuletzt genannten Kriterien, so stellen wir fest, dass sowohl das Krite-

---

572 vgl. FREY & STAHLBERG 1990: 117ff. sowie GREITMEYER / FISCHER & FREY 2006: 339-340

573 vgl. ASCH 1946 sowie KELLY 1949 und 1950. Eine gute Zusammenfassung dieser Experimente bietet KANNING 1999: 119-142.

574 vgl. SCHARF & VOLKMER 1997

575 vgl. GREITMEYER et al. 2002

576 vgl. FREY & STAHLBERG 1990: 120. „Je stärker die motivationale Unterstützung für eine gegebene Erwartungshypothese" – so fasst der Sozialpsychologe Waldemar LILLI diesen Sachverhalt zusammen – „desto geringer die Menge der passenden Reizinformationen, die zu ihrer Bestätigung und desto größer die Menge der widersprechenden Informationen, die zu ihrer Widerlegung nötig ist" [LILLI 1978: 28]

577 vgl. LILLI 1978: 28-29

578 Unter einer Irradiation wird der induktive Schluss von einem Einzelproduktmerkmal auf ein weiteres Einzelmerkmal bezeichnet (vgl. KROEBER-RIEL & WEINBERG 1999: 304)

579 *In persona* ein fiktiver deutscher SPD-Polikiker

rium der *Entscheidungsirreversibilität* als auch das Merkmal der *Produktlanglebigkeit* in hohem Maße erfüllt sind, da Herr Laupach die Operation ja einerseits nicht mehr rückgängig machen kann und andererseits mit der eingebauten Eisenplatte mindestens die nächsten vier Jahre leben muss. Wenden wir nun die Grundsätzen der kognitiven Dissonanztheorie, laut derer Personen insbesondere dann zur intrapsychischen Dissonanzreduktion neigen, wenn die gewählte Entscheidung entweder nicht mehr rückgängig gemacht werden kann oder aber das erworbene Gut eine lange Haltbarkeit aufweist, so können wir hinsichtlich unserer Fallbeispiels die Vermutung anstellen, dass Herr Laupach von einer hohen intrinsischen Motivation beseelt ist, die hygienischen Praxisverhältnisse in der Rückschau so zu erinnern, dass sie sich konsistent zu seiner hohen Initalerwartung an dieses Leistungsattribut verhalten.

Sehen wir nun an dieser Stelle von einer näheren Besprechung der sich an den obig abgesteckten Inhalten entzündenden Kardinalfrage, ob in PZ-Befragungen wirklich die Zufriedenheit und nicht eher ein Adaptionsverhalten gemessen wird, ab (siehe dazu Kapitel 6) und speisen stattdessen die voranstehend ausgeführten Erkenntnisse in das E-D-Modell der PZ-Gensese – wobei wir dabei wiederum auf den im vorherigen Kapitelunterpunkt konstruierten Patienten Manfred Mustermann zurückgreifen – ein, so erhalten wir folgenden Modellausschnitt:

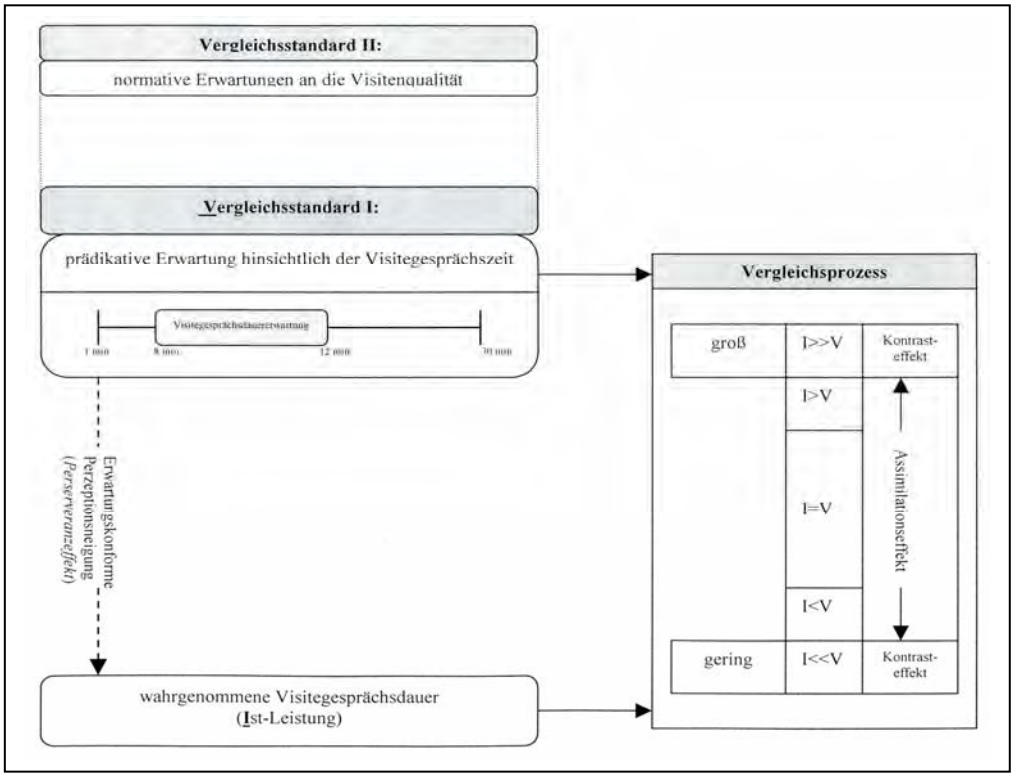


Abb. 53: Der Einfluss von Erwartungen auf die Leistungswahrnehmung im Rahmen des E-D-Modells

3.1.1.1.6 Die Rückwirkung der Dienstleistungsperzeption auf die Erwartungsstruktur

Die bereits in der Überschrift zum vorliegenden Kapitelunterpunkt zum Ausdruck kommende Hypothese, dass sich zwischen der Soll- und der Ist-Dimension innerhalb des E-D-Modells nun keineswegs ausnahmslos eine unilaterale Einflussnahme der Erwartungen auf die Wahrnehmungsorganisation, sondern andersherum auch eine rückwirkende Beeinflussung der Erwartungsstruktur durch die Wahrnehmung abspielt, soll in den kommenden Zeilen unter vornehmlicher Bezugnahme auf einige zentrale Aussagen der *‚Adaption-Level-Theorie'* sowie der *‚Opponent-Prozess-Theorie'* erschöpfend erklärt und sattsam begründet werden.

Übertragen wir nun zuerst die von Harry HELSON im Rahmen seiner *‚Adaption-Level-Theorie'* getätigte Aussage, dass das Adaptionsniveau – welches in unserem Fall die Erwartungshaltung darstellt – prinzipiell durch jede vorausgegangene Wahrnehmungs- und Bewertungssituation beeinflusst werden kann[580], auf das Erwartungs-Wahrnehmungs-Beziehungsgeflecht, so lässt sich die intuitiv plausible Annahme formulieren, dass die Patientenerwartungen keinen – wie es das bislang entwickelte E-D-Modell nahe legt – statischen, sondern vielmehr einen dynamischen Charakter aufweisen. *Expressis verbis* sei an dieser Stelle allerdings angemerkt, dass nicht jeder während des Dienstleistungssprozesses wahrgenommene Informationsreiz die Erwatungshaltung nachhaltig zu beeinflussen vermag. Die erwartungsmodifizierende Kraft der Wahrnehmung hängt nämlich maßgeblich sowohl von der ursprünglichen Erwartungsstärke als auch von der perzipierten Informationsglaubwürdigkeit ab. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass den während des Dienstleitungsprozesses gemachten Wahrnehmungen insbesondere dann eine erwartungsmodifizierende Potenzialität zugeschrieben werden kann, wenn einerseits die anfänglichen Erwartungen nicht sonderlich stark ausgebildet waren (z.B. relativ diffuse Vorstellungen über die zu erwartende Wartezeit) und andererseits dem wahrgenommenen Informationsreiz eine hohe Glaubwürdigkeit *resp.* Allgemeingültigkeit attestiert wird. Um nun diese aus der *‚Adaption-Level-Theorie'* gewonnene Erkenntnis dem Leser einerseits noch besser verdeutlichen zu können und andererseits die Voraussetzungen für die Integration dieser Einsicht in das E-D-Modell zu schaffen, werden wir nachstehend nochmals eine fiktive Patientengeschichte, in der das Leistungsattribut *‚Wartezeit'* im Mittelpunkt stehen wird, bemühen. Gehen wir dabei nun im Folgenden vom dem Fall aus, dass die Patientin Frau *Erika Mustermann*, welche auf fernmündlichem Wege einen der begehrten Termine in der jüngst im Ort eröffneten dermatologischen Fachpraxis ergattert hatte, in gespannter Erwartung hinsichtlich der Zugänglichkeit und Kompetenz des neuen Hautarztes in dem heimelich eingerichteten Wartezimmer platz nimmt. Obzwar sich Frau Mustermann nun weder im Vorfeld noch am Konsultationstag bei den Arzthelferinnen über die Länge der einzukalkulierenden Wartezeit informiert hatte, betrat sie das Wartezimmer insgeheim mit der Erwartung, dass die Wartezeit in dieser hochmodern eingerichteten Praxis[581] um einiges kürzer sein wird, als dies in der Praxis ihres etwas in die Jahre gekommenen Hausarztes, bei dem in der nahen Vergangenheit Wartezeiten – trotz Termin – von bis zu 1 ½ Stunden keine Seltenheit waren, der Fall ist. Kurzum: Frau Mustermann wies zu Beginn ihrer Facharztkonsultation hinsichtlich des Leistungsattributs *‚Pre-Process-Wartezeit'*[582] einen Erwartungsintervall von 15 bis 20 Minuten auf. Als nun jedoch Frau Mustermann nach einer Weile ihren Blick von der sie fesselnden Patricia-Highsmith-Lektüre mit dem einprägsamen Titel »*Der Schneckenforscher*« ab- und ihrer Uhr zuwandte, nahm sie ebenso verblüfft wie verärgert zur Kenntnis, dass sie nun bereits geschlagene 25 Minuten den gut ausgepolsterten Wartesessel mit ihrer körperlichen Präsenz erwährt hatte. Die Registrierung der objektiven Wartezeit hatte nun nicht nur zufolge, dass die eigens von einer Beratungsfirma im Wartezimmer angebrachten Techniken zur Reduzierung der subjektiv erlebten Wartezeit (z.B. die Beschallung mit

---

[580] vgl. HELSON 1948: 298ff.

[581] *En passant* sei der Leser an dieser Stelle auf die höchst interessante Erkenntnis von BITNER (1990) aufmerksam gemacht, demnach Kunden, die einen positiven Gesamteindruck von einem Unternehmen (z.B. Sauberkeit, Effizienz, Professionalität) Verzögerungen im Dienstleistungserbringungsprozess *bzw.* Servicefehler zumeist auf vom Unternehmen nicht-kontrollierbare Ursachen zurückführen (externe Attribution) und dadurch ein geringeres Unzu-friedenheitsmaß aufweisen (vgl. BITNER 1990: 76f.). Der Einfluss von Kausalattributionen auf die Zufriedenheit mit der Wartezeit an einer Supermarktkasse konnte übrigens auch von GAIL & SCOTT (1995) nachgewiesen werden. Zu einer analogen Erkenntnis gelangte auch TAYLOR (1995).

[582] vgl. BUNSE 2000: 34. In Forschungsuntersuchungen, die sich mit der Analyse des Phänomens ‚Wartezeit im Dienstleistungssektor' befassen, unterscheidet gemeinhin zwischen der Pre-, In- und Post-Process-Wartezeit (vgl. ebenda).

entspannender Musik, die massige Auswahl an Zerstreuungsliteratur usw.[583]) schlagartig ihrer Wirkkraft verlustig gingen, sondern führte in letzter Konsequenz dazu, dass sich Frau Mustermann anschickte, der Arzthelferin eine saftige Beschwerde vorzutragen. Auf dem Weg zur Rezeption wurde Frau Mustermanns Aufmerksamkeit jedoch von einer Schlagzeile aus der Septemberausgabe Ärzteblattes, das offen auf einem Illustriertenstapel lag, in den Bann gezogen. *‚Wartezeiten'* – so titelte das Ärzteblatt – *‚belasten Arzt-Patienten-Verhältnis nicht'*. Der unterhalb dieser lapidaren Überschrift platzierten Textkörper informierte Frau Mustermann nun über zwei in unserem Zusammenhang besonders interessante Erkenntnis aus einer von der Brendan-Schnittmann-Stiftung durchgeführten Patientenbefragung: *Erstens* mussten die Patienten beim Facharzt durchschnittlich 38,85 Minuten warten und *zweitens* gaben die Patienten in der Studie an, dass sie eine Wartezeit bis maximal 33,8 Minuten akzeptieren würden.[584] Verkürzt gesagt führten diese Informationen nun dazu, dass Frau Mustermann ihren Wartezeit-Erwartungsintervall ebenfalls auf 33,8 Minuten ausdehnte und vorerst von einem geharnischten Gespräch mit der Arzthelferin absah.

Nachdem wir nun voranstehend den Einfluss der Dienstleistungswahrnehmung auf die konkrete Ausgestaltung des Erwartungsintervalls ausführlich beschrieben haben, soll in den nachfolgenden Zeilen vermittels der Opponent-Prozess-Theorie der Nachweis erbracht werden, dass die Dienstleistungswahrnehmung nicht nur die Erwartungsbreite, sondern ebenfalls das Erwartungsniveau – also ob der Patient das zur Disposition stehende Leistungsmerkmal als Basisanforderung (Muss-Erwartung), Leistungsanforderung (Soll-Erwartung) oder als Begeisterungsanforderung (Kann-Erwartung) ansieht – zu ändern vermag. Bevor wir nun allerdings ausführlicher auf die zentralen Aussagen der Opponent-Prozess-Theorie eingehen werden, bedarf es vorab einer kurzen informativen Stellungnahme zu den drei obig genannten Erwartungsrängen. Kurzgefasst bilden die drei Erwartungsniveaus das grundlegende Fundament des so genannten Kano-Modells. Da nun jedoch dieses besagte Kano-Modell später noch eingehender zu besprechen sein wird, werden wir im vorliegenden Kapitelabschnitt – zur Umgehung überflüssiger Wiederholungen – von einer umfänglichen Beleuchtung des Kano-Modells absehen und ausnahmslos die für die Veranschaulichung des obig postulierten Kauslanexuses (Wahrnehmungs-Erwartungs-Beeinflussung) notwendigen Informationen referieren. Nehmen wir also nun die mit den drei Erwartungsniveaus unmittelbar verknüpften Vorstellungsinhalte genauer in Augenschein, so gelangen wir ersterhand zu der grundlegenden Einsicht, dass sich die unterschiedlichen Erwartungsprofile insbesondere hinsichtlich ihres Einflusses auf die Zufriedenheitsbildung voneinander unterscheiden. Wie nun der auf der nachfolgenden Seite platzierten Grafik (Abb. 54) entnommen werden kann, führt zwar eine Nicht-Erfüllung der Basisanforderungen (Muss-Erwartungen) zu extremer Unzufriedenheit, wohingegen eine Erfüllung der Basisanforderungen – in Analogie zu den Hygienefaktoren HERZBERGS – lediglich eine „Nicht-Unzufriedenheit" nach sich zieht.[585] Bei den Leistungsanforderungen (Soll-Erwartungen) verhält sich die Zufriedenheit nun jedoch proportional zum Erfüllungsgrad, d.h. „(...) je höher der Erfüllungsgrad, um so höher die Zufrie-

[583] Überaus interessante und wirksame Techniken zur Beeinflussung des subjektiven Wartezeiterlebens werden in der folgenden Literatur beschrieben: BARKER & CAMERON 1996; BUNSE 2000: 63ff.; CAMERON et al. 2003; HUI et a. 1997; KATZ et al. 1991; MAISTER 1985; NERDINGER 2005 sowie TUNDER & IRON 2007 und UNZICKER 1999

[584] vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2009

[585] vgl. BAILOM et al. 1996: 118

denheit und umgekehrt“[586]. Im Kontrast dazu löst eine Nicht-Erfüllung der Begeisterungsanforderungen (Kann-Leistungen), die vom Kunden nicht explizit formuliert werden, keine Unzufriedenheit aus. Werden aber die Kann-Erwartungen erfüllt, dann stellt sich auf Seiten des Kunden ein überproportional hohes Zufriedenheitsgefühl ein. Mit Nachdruck sei in diesem Zusammenhang allerdings darauf hingewiesen, dass die drei Erwartungstypen in keinem kompensatorischen Verhältnis zueinander stehen. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass die Erzielung eines moderaten Kundenzufriedenheitsniveaus die Erfüllung der Basisanforderungen voraussetzt.[587] So wäre nämlich *bspw.* die Gesamtzufriedenheit eines Patienten mit dem von ihm in Anspruch genommen Krankenhaus, in welchem während seines Aufenthaltes die Wasserrohre derart zugefroren waren, dass das Pflegepersonal das zur morgendlichen Grundpflege benötigte Wasser aus dem im Krankenhauspark befindlichen Brunnen herausschöpfen musste (Nichterfüllung der Muss-Erwartung *‚ausreichende Möglichkeiten zur Körperpflege'*), auch dann mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einem äußerst bescheidenen Niveau, wenn einige Begeisterungsfaktoren (wie z.B. die wöchentlich auftretenden Klinikclowns sowie die erlesene Speisekarte) erfüllt würden.

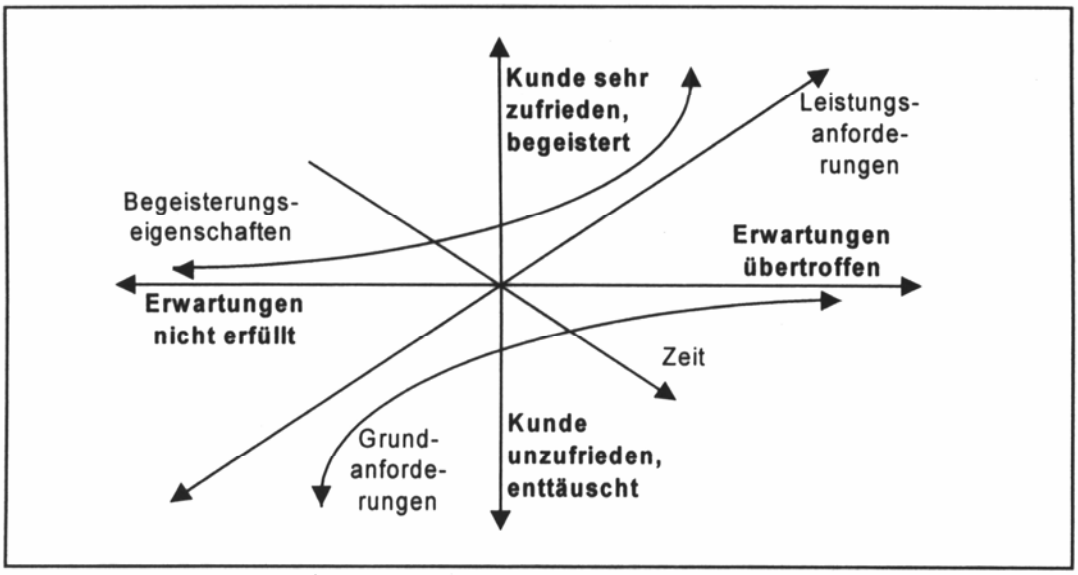


Abb. 54: Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit[588]

Greifen wir nun zur Erklärung des Sachverhalts, dass – wie es der Zeitpfeil in der obigen Abbildung bereits andeutet – die mehrmalige Einlösung einer Kann-Erwartung (Beigeisterungsanforderung) dazu führt, dass aus dieser ursprünglichen Kann- zuerst eine Soll- und zu einem späteren Zeitpunkt gar zu einer Muss-Erwartung wird, im Folgenden einige zentrale Aussagen der ‚Opponent-Prozess-Theorie', welche erstmalig in der bahnbrechenden Kundenzufriedenheitsstudie von Kurt MATZLER (1997) fruchtbar auf den Kundenzufriedenheitsdiskurs übertragen wurde[589], auf. Die ‚Opponent Prozess Theorie' – welche unter anderem auch zur Erklärung von Drogenabhängigkeit herangezogen wird[590] – geht von der Grundannahme aus, dass der menschliche Organismus – ähnlich der kognitiven Dissonanztheorie – bestrebt ist, einen homöostatischen Zustand zu erhalten

[586] ebenda
[587] vgl. MATZLER 1999
[588] entnommen aus HALLER 2005
[589] vgl. MATZLER 1997: 99ff.
[590] vgl. MATZLER 2000: 17-18

resp. wiederherzustellen. Dieser affektive Gleichgewichtszustand wird nun durch einen neurophysiologischen Prozess – den Opponent-Prozess – erreicht, der sich immer dann vollzieht, wenn die Homöostase durch einen störenden Stimulus zerstört wurde.[591] Für unsere Belange ist nun die Erkenntnis besonders relevant, dass nur relativ neuartige Reize dazu befähigt sind, den emotionalen Erlebnishaushalt nachhaltig aus dem Gleichgewicht zu bringen; da „(…) ein Stimulus nach wiederholter Wahrnehmung gewissermaßen Lerneffekte beim Opponent-Prozess auslöst und [somit, T.K.] nicht mehr in der Lage ist, das Gleichgewicht in einem höheren Maße zu stören"[592]. Überträgt man nun diese Einsicht auf die PZF, so gelangt man unweigerlich zu dem Schluss, dass die gehäufte Wahrnehmung eines anfänglichen Begeisterungsfaktors (z.B. die wöchentliche Runde der Klinik-Clowns) mit der Zeit einen intrapsychischen Gewöhnungsprozess auslöst, der in letzter Konsequenz dazu führt, dass – um im obigen Beispiel zu bleiben – der wöchentliche Auftritt der Klinikclowns nun einerseits das Zufriedenheitspendel nicht mehr ganz so stark ausschlagen lässt und das andererseits dieses Leistungsattribut nunmehr erwartet wird (Soll-Erwartung). Ziehen wir nun zur Exemplifizierung dieses Befundes nochmals die im Mittelteil des vorliegenden Kapitelunterpunktes kurz beschriebene Situation der Patientin Frau Erika Mustermann heran: Nachdem Frau Mustermann ihren Erwartungsintervall – wie bereits beschrieben – auf eine maximal tolerierbare Wartezeit von 33,8 Minuten ausgedehnt und es sich wieder in dem flauschigen Ledersessel bequem gemacht hatte, erspähte sie in der hinteren Wartezimmerecke eine hochwertige Cappuccinomaschine, über der ein Zettel mit folgendem Appell angebracht war: *Selbstbedinung – außer für Patienten mit Bluthochdruck*. Freudig überrascht von der augenscheinlichen Generosität des neuen Hausarztes versüßte sich Frau Mustermann ihre letzten Warteminuten mit dem Verzehr eines vorzüglich mundenden Cappuccinos (Begeisterungsfaktor). Die ärztliche Untersuchung führte nun in der Summe zu dem Ergebnis, dass sich Frau Mustermann in den nächsten drei Wochen täglich zu Anwendungszwecken in der Dermatologischen Praxis einzufinden habe. Diese nicht unbedingt rosig anmutenden Aussichten nahm Frau Mustermann jedoch ziemlich gelassen hin, da sie mit ihrem neuen Hautarzt ganz zufrieden war und sich insgeheim auf die weiteren Cappuccinoverkostungen freute. Lassen wir nun etwas Zeit verstreichen und steigen ohne Umwege in die dritte Behandlungswoche ein. Zu Beginn der besagten dritten Woche nahm Frau Mustermann verbittert zur Kenntnis, dass der Kaffeeautomat aus dem Wartezimmer verband wurde. Als sie ihrer Unzufriedenheit im anschließenden Arztgespräch Luft machte, gab dieser ihr in abfälliger Tonweise zu verstehen, dass diese exquisite Exemplar von Anfang an für seine Wohnung vorgesehen war, in der jedoch wegen der vielen Umzugskartons bisweilen zu wenig Platz gewesen war. Dass diese Worte der Patientin Frau Mustermann, bei der sich der anfangs unerwarteten Begeisterungsfaktor ‚Cappuccino' nach uns nach zu einem erwarteten Leistungsfaktor entwickelte, nur ein schwacher Trost waren, versteht sich wohl von selbst. Der Hautarzt – soviel sei Verraten – sah seine Patientin Erika Mustermann an diesem Tag das letzt mal. Integrieren wir nun abschließend die auf der Basis der *‚Adaption-Level-Theorie'* sowie der ‚Oppenent-Prozess-Theorie' gewonnene Erkenntnis in das E-D-Modell der PZ-Genese, so erhalten wir folgende Modellstruktur.

[591] vgl. ebenda sowie MATZLER et al. 2005: 305
[592] ebenda

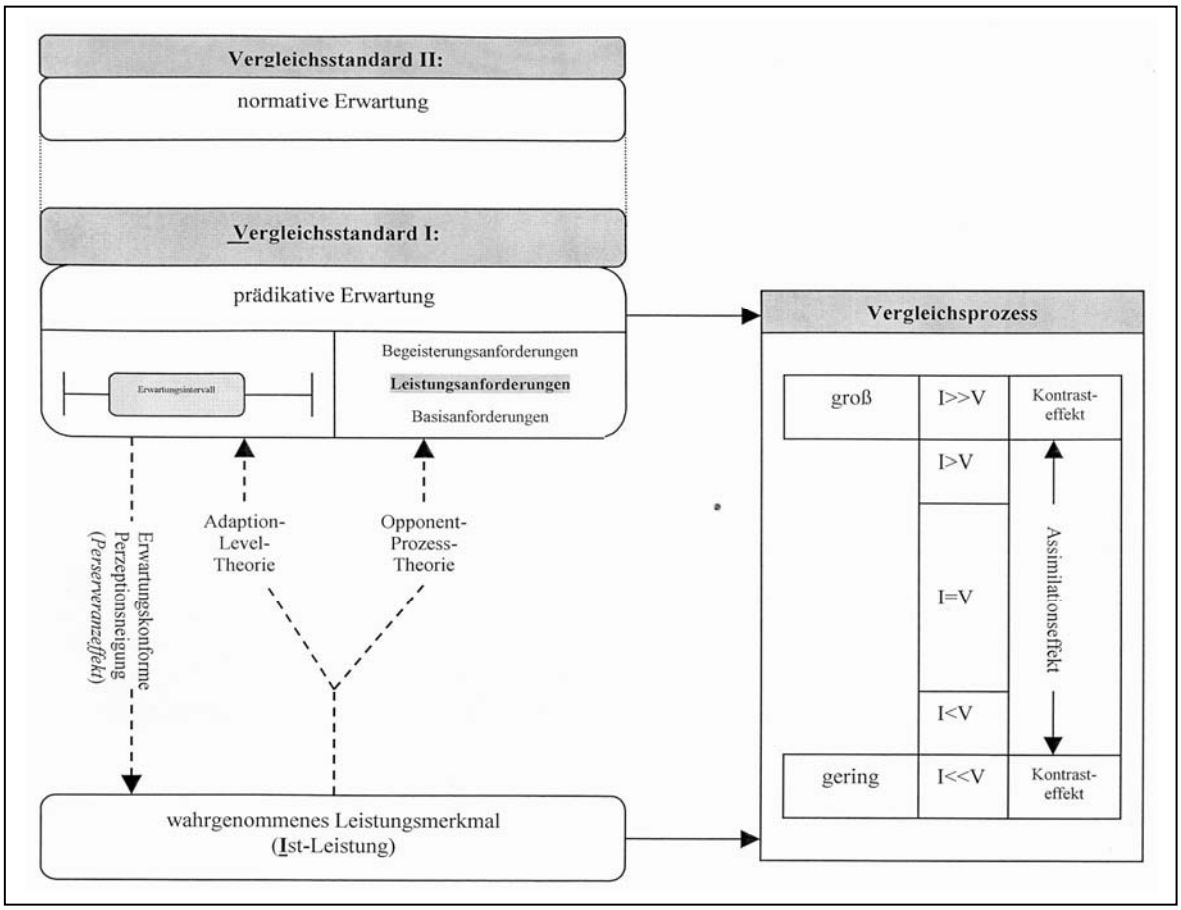


Abb. 55: Der Einfluss der Leistungsperzeption auf die Erwartungsmorphologie innerhalb des E-D-Modells

3.1.1.1.7 Unzufriedenheitsreduktionsstrategien: V*om »Robert-Walser-Effekt«, über den »spreading-apart-Effekt« bis hin zum »Peter-Kien-Effekt«*

Ausgehend von dem in der Vergangenheit hinlänglich empirisch bestätigten Grundaxiom der kognitiven Dissonanztheorie, demzufolge Personen, deren inneres Gleichgewicht durch dissonante Informationen (z.B. die Nachricht, dass das just beim Händler X für 15.000 € erstandene Auto im 20 km weit entfernten Autohaus Y – mit gleicher Ausstattung und Fahrleistung – nur 13.000 € gekostet hätte) nachhaltig erschüttert wurde, bestrebt sind, ihren ursprünglichen innerseelischen Gleichgewichtszustand vermittels unterschiedlicher Dissonanzreduktionsstrategien im besten Falle wiederzuerlangen oder aber die vorherrschende intrapsychische Spannungslage soweit abzubauen, dass die – bezugnehmend auf das vorangestellte Beispiel – aus dem Autokauf beim Händler X resultierenden Unzufriedenheitsgefühle an Schärfe verlieren, werden wir in den nachfolgen Zeilen einige Techniken näher beschreiben, die von Patienten zur Auflösung oder Abschwächung ihrer Unzufriedenheit mit einem bestimmten Leistungsattribut (z.B. der Visitengesprächsdauer) angewandt werden können. Bevor nun allerdings die vier zentralen Unzufriedenheitsreduktionsstrategien, welche aus der interdisziplinären Forschungsliteratur herauspräpariert werden konnten, *en detail* besprochen und anschließend in das E-D-Modell eingefügt werden, möchte der Verfasser an dieser Stelle mit äußerster Vehemenz darauf hinweisen, dass die Anwendungswahrscheinlichkeit von Unzufriedenheitsreduktionsstrategien um so höher ist, je

höher der Involvement-[593], Irreversibiliäts-[594] und Langlebigkeitsgrad[595] der konsumierten Dienstleistung ist.

Wenn wir uns nun nach diesen einschränkenden Worten im Folgenden intensivst der Erläuterung der vier ausfindig gemachten Unzufriedenheitsreduktionsstrategien zuwenden werden, so sei diesbezüglich noch angemerkt, dass wir zur Exemplifikation der Reduktionstechniken abermals auf die in Kapitelunterpunkt 3.1.1.3 konstruierte Figur des Patienten Manfred Mustermann zurückgreifen werden. *Ad rem*:

1) Senkung des Erwartungsniveaus oder der »*Robert-Walser-Effekt*«: Gehen wir nun von dem Fall aus, dass der besagte Patient Manfred Mustermann, welcher bekanntlich hinsichtlich des Leistungsmerkmals ‚tägliche Visitegesprächsdauer' einen apriorischen Erwartungsintervall von 8 bis 12 Minuten aufwies, während seines Krankenhausaufenthaltes die unzufriedenstimmende Erfahrung machen musste, dass der für ihn zuständige Stationsarzt seine tägliche Visite bereits nach geschlagenen 4 Minuten beendete. Getreu unserer bisherigen modelltheoretischen Ausführungen würde diese Erwartungsunterschreitung, da sie außerhalb der Toleranzzone liegt, zu einem negativen Kontrasteffekt – sprich zu überproportional starker Unzufriedenheit – führen. Da nun aber Herr Mustermann, dem diese Leistungsmerkmal übrigens besonders wichtig ist, während seines Krankenhausaufenthaltes keine Möglichkeiten sah, diesen Zustand – *bspw.* durch kritische Äußerungen gegenüber der Krankenhausleitung – in seinem Sinne zu verändern, passte er sukzessive seine Visitegesprächdauererwartungen der Realität an. Die extremste Ausformung dieser Technik, sprich die Umwandlung von Unzufriedenheit in Zufriedenheit mittels Erwartungssenkung, könnte nun auch – bar jegliches Diskreditierungsgedankens – als so genannter »*Robert-Walser-Effekt*« bezeichnet werden, da der schweizerischer Schriftsteller, welcher seine letzten siebenundzwanzig Lebensjahre in den psychiatrischen Kliniken ‚Waldau' und ‚Herisau' verbrachte, die Unzufriedenheitsaustreibungsmethode der Erwartungsreduktion oder – treffender gesagt – der Erwartungsnarkotisierung in seiner Zeit als Psychiatrieinsasse exzessiv nutze. Obzwar nun bereits ein Passus aus dem Brief vom 30. Januar 1929, indem WALSER seine Schwester Lisa mit den Worten: „Vor allem will ich zufrieden und ruhig zu sein mir Mühe geben"[596] über seine zentrale Leitmaxime als Psychiatriepatient unterrichtete[597], zur argumentativen Unterfütterung des »*Robert-Walser-Effekts*« ausreichen würde, sollen nichtsdestotrotz zur weiteren inhaltlichen Stützung dieses Neologismuses im Folgenden noch einige einprägsame Zeilen aus dem Buch »*Wanderungen mit Robert Walser*« von Carl SEELIG, der seit 1936 in engem Kontakt zu WALSER stand und von 1944 bis zum Tode Walsers im Jahre 1956 als dessen Vormund fungierte[598], wiedergeben werden:

16. Mai 1943

> „(...) Seitdem ich [Robert Walser, T.K.] die Schriftstellerei nicht mehr ausübe, darf ich mir die Extravaganz nicht leisten, am Werktag spazieren zu gehen. Das bringt Unordnung in die Ordnung der Anstalt. Es ist doch auch ganz angenehm, die Welt als Sonntagsstube zu sehen. (...) Es gefiel mir im Krankenzimmer ganz gut. Man liegt wie ein gefällter Baum da und braucht kein Glied zu rühren. Alle Wünsche schlafen wie vom

[593] vgl. HANSEN & EMMERICH 1998: 225-226; MATZLER 1997 und PEUS et al. 2006: 374
[594] vgl. FREY & BENNING 1994: 149 und PEUS et al. 2006: 374
[595] vgl. HANSEN & EMMETICH 1998: 225-226
[596] WALSER 1975: 337
[597] Zu einer analogen Einschätzung siehe ECHTE 1984: 112, 114
[598] vgl. SCHILLING 2007: 138

Spielen müde gewordene Kinder ein. Man fühlt sich wie in einem Kloster oder wie in einer Vorhalle zum Tod. Wozu mich operieren lassen? Mir war es wohl genug so. Nur wenn die Mitpatienten zu essen bekamen und ich nichts, wurde ich ein bisschen giftig. Aber selbst dieses Gefühl wurde allmählich gedämpfter."[599]

2. Januar 1944

„(...) Ich bin jetzt einmal in Herisau angepflöckt und habe dort meine täglichen Pflichten, die ich nicht vernachlässigen will. Nur nicht auffallen und die Anstaltsordnung stören! Das darf ich mir nicht erlauben ... Überhaupt: sentimentale Wünsche lassen mich taub."[600]

9. April 1945

„(...) Ein paar Minuten vor Abgang des Zuges gestehe ich [Carl Seelig] ihm: »Seien Sie mir nicht böse, Herr Walser! Ich war es, der Sie durch den Chefarzt fragen ließ, ob Sie nicht Lust hätten, in eine bessere Abteilung der Anstalt zu kommen!« – Darauf Robert: »Warum soll ich eine höhere Abteilung wollen? Sind Sie nicht auch Gefreiter geblieben, ohne Offiziersallüren? Sehen Sie, so eine Art Gefreiter bin auch ich und will es bleiben. Ich habe sowenig Appetit zum Offizier wie Sie. Ich will mit dem Volk leben und in ihm verschwinden. Das ist das Passendste für mich.«[601]

3. November 1947

„Gegen Abend möchte er wieder zu Fuß nach Herisau. Er sieht dann aber doch ein, dass er als Wasserfall in der Anstalt unliebsames Aufsehen erregen könnte. Wir verziehen uns also in die Bahn. Erst im Coupé erfahre ich den Grund seiner tiefen Verstimmung: ich dürfte von jetzt an nur noch sonntags auf Besuch kommen. An den Werktagen müsse er wie die anderen Insassen arbeiten. Ich: »Der Chefarzt hat mir doch ausdrücklich gesagt, ich könne mit Ihnen spazieren gehen, wann und sooft wir wollen!« – Robert, ernst und fest: »Der Chefarzt! Je m'en fiche. Ich kann mich nicht ausschließlich nach den Herrn Doktoren richten. Ich muss auch auf die Patienten Rücksicht nehmen. Können Sie denn nicht verstehen, dass ich als Privilegierter vor ihnen eine unzarte Rolle spielen würde?[602]

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die obig als Robert-Walser-Effekt beschrieben Technik der bewussten Erwartungsreduktion in der Terminologie des in Kapitelpunkt 2.8 dargestellten AZ-Modells von BRUGGEMANN als *resignative Zufriedenheit* bezeichnet wird. Dass nun jedoch nur die extremste Form der Erwartungsreduktion, wie sie von Walser praktiziert wurde, und keinesfalls jedwede zufriedenheitspendende *resp.* unzufriedenheitsminimierende Erwartungsreduzierung mit dem Titel der resignative Zufriedenheit zu versehen ist, beweist die Tatsache, dass sich Patienten teilweise mit höchst unrealistischen Erwartungen (z.B. Psychotherapie müsse bereits nach 6-8 Sitzungen wirken[603]) an die medizinisch-therapeutische Dienstleistung herantreten. Passen derartige Patienten im Therapieverlauf ihre Erwartungen mehr und mehr der Realität an, so kann – sollte die Endbewertung positiv ausfallen – mitnichten von einer resignativen Zufriedenheit gesprochen werden. Vorausge-

[599] SEELIG 1977: 47
[600] ebenda: 71
[601] ebenda: 91
[602] ebenda: 112-133
[603] vgl. HOLLINGSHEAD & REDLICH 1975

schickt sei noch, dass wir uns im Kapitel 6 dieser Thematik unter dem Stichwort des so genannten ‚*Zufriedenheitsparadoxes*' nochmals umfänglich annehmen werden.

2) Attraktivitätsverringerungen nicht gewählter Alternativen oder der »*spreading-apart-Effekt*«: Neben der Erwartungsreduktion könnte unser Beispielpatient Manfred Mustermann seine Unzufriedenheit mit der erfahrenen Visitegesprächsdauer nun aber auch dadurch zu vermindern suchen, dass er die von ihm nicht gewählten Krankenhäuser hinsichtlich dieser Leitungskomponente noch schlechter (z.B. in Krankenhaus W kann man während der Visite höchstens bis drei zählen, bevor der Ärztetross die Türe schon wieder hinter sich verschließt und auf der chirurgischen Station des Krankenhaus Z soll die ärztliche Visite aufgrund eines äußerst knapp bemessenen Personalschlüssels gar nur einmal die Woche stattfinden) bewertet. Ganz gleich ob die von Herrn Mustermann vorgenommene Attraktivitätsminderung der von ihm ausgeschlagenen Alternativkrankenhäuser nun auf „vertrauenswürdigen" Informationen (Presseartikel, kommunizierte Erlebnisse Dritter, Testberichte etc.) basiert oder aber einem abwärtsgerichteten kontrafaktischen Denkprozess[604] geschuldet ist, würde das anfänglich im Inneren unseres Patienten Manfred Mustermann tosende ‚Visitegesprächsdauer-Unzufriedenheits-Meer' durch diese Technik – in der Sozialpsychologie spricht man in diesem Zusammenhang vom so genannten »*spreading-apart-Effekt*«[605] – sicherlich in einen etwas ruhigeren Zustand versetzt werden.

3) Personenexterne Attribuierung[606]: „*Attribution lässt sich*" – so der Psychologe Bernd SIX – „*als jener Interpretationsprozess der Erfahrungswelt definieren, durch den der Einzelne sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe bzw. Ursachen zuschreibt.*"[607] Richten wir uns nach diesen ersten definitorischen Zeilen nun mit der Fragestellung, welche Ursachenart – in der Sozialpsychologie unterscheidet man gemeinhin zwischen dem Ort der Ursache (extern oder intern), der Ursachenstabilität (stabil oder variabel) sowie der Ursachenkontrollierbarkeit (kontrollierbar oder nichtkontrollierbar) – einen möglicherweise unzufriedenheitsreduzierenden Effekt auszulösen vermag, an die einschlägige Fachliteratur, so gelangen wir zu der Erkenntnis, dass sich insbesondere die so genannte personenexterne/nicht kontrollierbare Attribuierung zur Unzufriedenheitsreduzierung anbietet. Versuchen wir nun anhand des Patienten Manfred Mustermanns die Unzufriedenheitsreduzierende Wirkkraft der personenexterne/nicht kontrollierbare Attribuierung zu illustrieren, so könnte Herr Mustermann seine bestehende Unzufriedenheit mit der Visitegesprächsdauer dadurch mindern, dass er die Ursachen, welche für die kurzen Visitezeiten verantwortlich zu machen sind, nicht in der Person des Arztes (intern), sondern in der Überlastung des Gesundheitssystem (extern) generell lokalisiert liegen sieht. „Der Stationsarzt" – so könnte ein Interviewausschnitt mit Herrn Mustermann lauten – „war stets bemüht. Für seine flüchtigen Visiteauftritte ist somit auch keinesfalls eine misanthropische Flause, sondern restlos das unorganisierte Chaos im Gesundheitswesen (z.B. personelle Ressourcenknappheit, Ärztemangel, Unterbezahlung

---

[604] vgl. SEILHEIMER, C. / HERRMANN, A. & HUBER 2002: 81. „Kontrafaktisches Denken geht von einem tatsächlich geschehenen Ereignis aus und besteht darin, eine fiktive Vorstellungswelt zu konstruieren, in der Aspekte des Geschehens verändert werden und die sich daraus ergebenen Konsequenzen durchgespielt werden (...) Von aufwärts gerichteten kontrafaktischen Gedanken oder Aussagen spricht man, wenn diese alternative Umstände konstruieren, die besser bewertet werden, als das, was tatsächlich geschehen ist. Umgekehrt kann kontrafaktisches Denken auch solche Vorstellungswelten erzeugen, die schlimmer sind als das, was geschehen ist. Dann spricht man von abwärts gerichteten kontrafaktischen Gedanken oder Aussagen" [KLAUER 2006: 314-315].

[605] vgl. dazu grundlegend die Aufsätze von BREHM 1956 sowie OCHSAMNN & FEY 1978

[606] Der Einfluss von Attributionsprozessen auf die Kunden- *resp.* Patientenzufriedenheitsausbildung konnte unter anderen in folgenden Studien nachgewiesen werden: BITNER 1990; DUBÉ et al. 1996; FOLKES 1984 und 1988; GAIL & SCOTT 1995; GROSS-ENGELMANN & WISWEDE 1994; KRISHNAN & VALLE 1979; OLIVER & DE SARBO 1988; RICHINS 1983, 1985; SCHWARZ 1987; SINGH 1988; TAYLOR 1985 sowie WEINER et al. 1978; 1979 und WILLIAMS et al. 1998

[607] SIX 1994: 122

und Überforderung der Ärzte etc.) verantwortlich zu machen. (...) Zu dessen Lösung mir momentan allerdings auch nichts einfällt."

4) Erwartungskonforme Wahrnehmungsverzerrungen oder der »*Peter-Kien-Effekt*«: Zu guter Letzt könnte Herr Mustermann seine Unzufriedenheit mit der erlebten ‚Visitegesprächsdauer' auch durch verschiedene Wahrnehmungsverzerrungstechniken – sprich einer Anpassung der Wahrnehmung an die Erwartungshaltung – entscheidend minimieren. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang *bspw.*, dass Herr Mustermann in weiteren Visitesituationen entweder seine Wahrnehmung ausnahmslos auf die positiven, erwartungskonformen Visiteigenschaften (z.B. die Freundlichkeit und Zuvorkommendheit des Arztes[608]) konzentriert (selektive Wahrnehmung) oder aber, dass er im nachhinein seine eigene Zeitwahrnehmung in Frage („*Ich war ja auch so aufgeregt... Vielleicht ist die Zeit deshalb so schnell verflogen*") stellt und diese seinen Erwartungen angleicht. Eine weitere Unzufriedenheitsreduktionsmöglichkeit würde ferner darin bestehen, dass Herr Mustermann die Funktionstüchtigkeit seiner mittlerweile etwas abgegriffenen Uhr anzweifelt (Informationsausblendung *resp.* -entwertung). Ehe wir nun abschließend noch in knappen Worten einige Argumente für die Annahme ins Feld führen wollen, dass der zuletzt beschriebene Unzufriedenheitsreduktionsmechanismus in Anlehnung an eine bekannte literarische Figur des Schriftstellers Elias CANETTI mit dem Label »*Peter-Kien-Effekt*« versehen werden könnte, sei vorab daran erinnert, dass jene Zufriedenheit, welche der Anwendung von Wahrnehmungsverfälschungstechniken geschuldet ist, in dem AZ-Modell von BRUGGEMANN (siehe Kapitel 2.8) als so genannte ‚*Pseudozufriedenheit*' ausgewiesen wird. Um nun in den unmittelbar nachfolgenden Zeilen den Beweis, dass die Hauptfigur aus CANETTIS Roman »*Die Blendung*« gewissermaßen als Inbegriff zufriedenheitsspendender Wahrnehmungsverfälschungstechniken angesehen werden kann, antreten zu können, werden wir im Folgenden zuerst die grobe Rahmenhandlung des Romans skizzieren. Der bibliomane Professor für Sinologie Peter Kien, welcher in seiner insgesamt 25.000 Exemplare umfassende Privatbibliothek ein weltabgewandtes Einsiedlerleben führte, entschloss sich eines Tages seine Haushälterin Therese Krumbholz – da diese seine Bücher so gewissenhaft vom Staub befreite – zu ehelichen. Das eingehen dieser eheliche Verbindung kam für Professor Kien jedoch dem öffnen der Pandorabüchse gleich, da sich Therese als außerordentlich Habgierig und zur Brutalität neigend entpuppte. Nachdem Kien, der ob seiner schwachen Konstitution Therese kein Einhalt gebieten konnte, mit dem Versuch gescheitert war, die im unliebsamen Eigenschaften und Verhaltensweisen einfach auszublenden[609] griff er zur Aufrechterhaltung seines innerseelischen Gleichgewichts *bzw.* seiner Lebenszufriedenheit zuletzt auf die denkbar extremste Wahrnehmungstäuschung, die Halluzination, zurück. Konkret gesagt bedeutet dies, dass sich Peter Kien zum Ende des Romans gegenüber den kränkenden Übergriffen seiner Frau nur noch dadurch zu wappnen wusste,

---

608 *En passant* sei in diesem Zusammenhang auf die Ergebnisse einer amerikanische Visiteuntersuchung hingewiesen, in der nachgewiesen werden konnte, dass Patienten – deren Arzt die Visite nicht im stehen sondern auf der Bettkante durchführte – die Visitezeit extrem überschätzten (vgl. HAFERLACH 1994).

609 Im Abschnitt *‚Blendende Möbel'* des ersten Romanteils finden sich einige Zeilen, die darüber Auskunft erteilen, dass der Professor Kien die Technik der ‚Wahrnehmungsabwehr' oder ‚Blindheit' nicht nur auf seine Frau sondern ebenfalls auf die so genannten „böse Drei" – dies sind Nachtkasten, Waschtisch und Bett – anwendete: „Blindheit ist eine Waffe (...). Kein erfindet die Blindheit nicht, er wendet sie nur an, eine natürliche Möglichkeit, von der die Sehenden leben. (...) Es ist sein Recht, die Blindheit, die ihn vor solchen Sinnesexzessen schützt, auf alle störenden Elemente in seinem Leben zu übertragen. Die Möbel existieren für ihn so wenig, wie das Herr von Atomen in ihm und um ihn. »Esse percipi«, Sein ist Wahrgenommenwerden, was ich nicht wahrnehme, existiert nicht. Wehe den schwachen Geschöpfen, die sich sehen und gehen lassen, wie es sich trifft!" [CANETTI 2004: 73]. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass der vom Verfasser als *Peter-Kien-Effekt* betitelte Unzufriedenheitsausbledungstechnik ebensugut als *Pollyanna-Effekt* (vgl. BUCHER 2009: 45, 60) oder aber – unter Bezugnahme auf die Hauptprotagonistin namens Miranda in Ingeborg BACHMANNS Erzählung »*Ihr glücklichen Augen*« (1988), in welcher Miranda sich insofern gegen den unzufriedenheitsschürrenden Anblick der wirklichen Welt zur Wehr setzt, indem sie permanent ihre Brillen zerstört – als *Miranda-Effekt* ausgewiesen werden hätte können.

dass er Therese ihre reale Existenz absprach und sie sozusagen als rein phantasmagorische Gestalt ansah.

Fügen wir nun die im vorausgehenden Textabschnitt ausgiebigst erläuterten vier Unzufriedenheitsreduktionsstrategien in das E-D-Modell der PZ-Genese ein, so erhalten wir die folgende Modellstruktur.

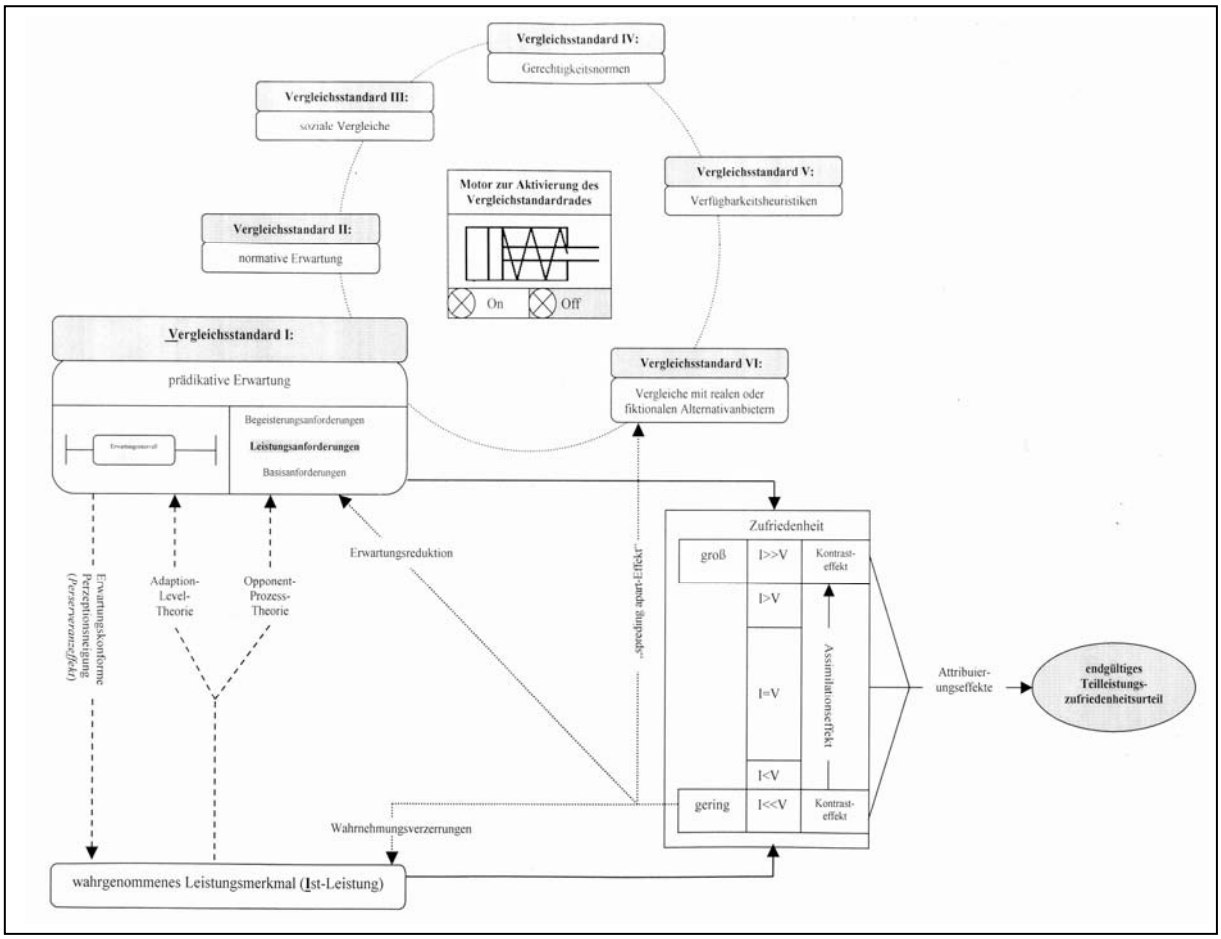


Abb. 56: Der Einfluss von Unzufriedenheitsreduktionsstrategien innerhalb des E-D-Modells

3.1.1.2 Über die limitierte theoretische Reichweite des E-D-Modells

Wie nun bereits der voranstehenden Abbildung 56, in welcher wir zur modelltheoretischen Illustration des „*spreading-apart-Effekts*" auf das erst in den kommenden Zeilen zu entwickelnde *„multiple Vergleichsstandardrad"* Bezug genommen haben, behände entnommen werden kann, scheinen sowohl die prädikativen als auch die normativen Patientenerwartungen nicht den alleinigen Referenzwert innerhalb des komplexen Zufriedenheitsurteilsbildungsprozesses darzustellen. Im vorliegenden Kapitelunterpunkt sollen nun in einem ersten Schritt die theoretischen Mängel und Ungereimtheiten des E-D-Modells anhand der Literatur zur Kunden- und PZF schonungslos aufgezeigt werden. Daran anschließend werden wir *in nuce* die zentrale Ausgangsfrage des unmittelbar nachfolgenden Untersuchungsganges, in dem es grob gesagt um die Integration weiterer, komplementärer Vergleichsstandards in das E-D-Modell geht, ausbuchstabieren.

Wenden wir uns nun aber zuerst der durchlagskräftigsten Kritiksalve, welche von Seiten der E-D-Modell-Kritiker abgefeuert wird, zu, so zeigt sich, dass der Haupteinwand gegen die modelltheoretische Ausgestaltung der Soll-Dimension mit dem Erwartungskonstrukt in der – salopp formuliert – Erwartungslosigkeit lokalisiert liegt. Entsprechend konnten die Forschungsarbeiten von FITZPATRICK &

HOPKINS (1983), THOMPSON & SUNOL (1995), BERGHOFER et al. (2002) und FLEISCHMANN (2003) den Nachweis erbringen, dass sich entgegen der Grundannahme des E-D-Modells eine Patientenminorität (zwischen 5 und 20%) ohne konkrete Erwartungen in medizinisch-therapeutische Hände begibt. Gesetzt dieses Falles stellt sich natürlich postwendend die Frage, welchen Vergleichsstandard *bzw.* – in Anlehnung an die in vornehmlich in der KuZ-F gemachte Erkenntnis der multiplen Referenzgrößeneinsatzes – welche Vergleichstandards derartige Patienten, die keine apriorischen Erwartungen ausgebildet haben, zur Einschätzung ihrer Zufriedenheit heranziehen.

Ausgehend von dem obig skizzierten Einwand gegen das E-D-Modell soll nun im Folgenden die Literatur zur Lebens-, Arbeits-, Kunden- und PZF nach alternativen, das E-D-Modell ergänzenden Referenzgrößen durchmustert werden. Gemäß des bereits in der Abbildung 56 abgelichteten *‚multiplen Vergleichsstandardsrades'* werden wir nachstehend insgesamt vier weitere Vergleichsstandards – in Worten: 1) Soziale Vergleiche; 2) Gerechtigkeitsnormen; 3) Verfügbarkeitsheuristiken sowie 4) Vergleiche mit realen oder fiktiven Alternativanbietern – darstellen und hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Erklärung des PZ-Geneseprozesses bewerten. Die Leitfragestellung der kommenden Unterkapitel nimmt somit folgende Gestalt an: *„Welche Referenzgrößen ziehen Patienten, die weder prädikative noch normative Erwartungen entwickelt haben, zur Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der erfahrenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung heran?"* Angemerkt sei noch, dass wir zur anschaulichen Klärung dieser Frage wiederholt auf das obig inaugurierte Fallbeispiel des Patienten Herrn Manfred Mustermann zugreifen werden. Aus Illustrationsgründen wird Herr Mustermann dabei im Folgenden jedoch nicht nach seiner Zufriedenheit mit der ‚Visitegesprächsdauer', sondern bezüglich seiner Zufriedenheit mit der ‚Röntgenwartezeit' befragt, da er bekanntermaßen betreffs des erstgenannten Leistungsmerkmals eine fundierte Erwartungshaltung ausgebildet hatte. Bezüglich des Leistungsattributes ‚Röntgenwartezeit' wies Herr Mustermann jedoch keinerlei Erwartungen auf.

3.2 Die Theorie der Sozialen Vergleichsprozesse

– Soziale Vergleichsprozesse als Vergleichsstandard (III)

Den nachfolgenden Ausführungen zum Einfluss sozialer Vergleiche auf die Zufriedenheitsausbildung seien zwei Gedichte des im Jahre 2006 verstorbenen Schriftstellers Robert GERNHARDT vorangestellt, welche in eindrucksvoller Manier den engen Zusammenhang zwischen sozialer Vergleichsrichtung und Lebenszufriedenheit aufzudecken wissen.

Immer

Immer einer behänder als du

Du kriechst
Er geht
Du gehst
Er läuft
Du läufst
Er fliegt:

Einer immer noch behänder.

Immer begabter als du

Du liest
Er lernt
Du lernst
Er forscht
Du forscht
Er findet

Einer immer noch begabter.

Immer einer berühmter als du

Du stehst in der Zeitung
Er steht im Lexikon
Du stehst im Lexikon
Er steht in den Annalen
Du stehst in den Annalen
Er steht auf dem Sockel:

Einer immer noch berühmter.

Immer einer betuchter als du.

Du wirst besprochen
Er wird gelesen
Du wirst gelesen
Er wird verschlungen
Du wirst geschätzt
Er wird gekauft:

Einer immer noch betuchter.

Immer einer beliebter als du

Du wirst gelobt
Er wird geliebt
Du wirst geehrt
Er wird verehrt
Dir liegt man zu Füßen
Ihn trägt man auf Händen:

Einer immer noch beliebter.

Immer einer besser als du

Du kränkelst
Er liegt danieder
Du stirbst
Er verscheidet
Du bist gerichtet
Er ist gerettet:

Einer immer noch besser
Immer
Immer
Immer.[610]

Zufriedenheit

Ich sitze gerne allein in vollen Zelten
wenn links ein Schluchzen
rechts ein Schelten
ein Weinen von vorn
und hinten so ein Stöhnen
mich mit dem Zelt, der Welt
und meinem Einsamsein versöhnen.[611]

Während das erste Gedicht namens »*Immer*« in besonders eleganter Weise den in unzähligen empirisch Studien nachgewiesen Zusammenhang zwischen aufwärtsgerichteten Vergleichen und Unzufriedenheitsgefühlen[612] herausarbeitet, weist das zweite Gedicht mit dem richtungsweisenden Titel »*Zufriedenheit*« in einer nicht weniger geschliffenen Wortwahl auf den ebenfalls in empirischen Forschungsarbeiten zuhauf verifizierten Sachverhalt hin, dass abwärts gerichtete soziale Vergleiche zur Ausbildung von Zu-

[610] GERNHARDT 2005a: 93-95
[611] GERNHARDT 2005b: 96
[612] Der negative Einfluss von "Schönheits-Fernsehen" (Models in der Werbung sowie in Musikvideos) auf die Körperzufriedenheit der Frauen konnte in folgenden Studien aufgezeigt werden: BELL et al. 2007; GROESZ et al. 2002; LAVINE et al. 1999; LIN & KULIK 2002; KENRICK et al. 1993; PETERSEN 2005; SCHEMER 2003, 2006 und 2007 sowie TIGGEMANN & SLATER 2004 und TIGGEMANN & MC GILL 2004

friedenheitsgefühlen beitragen.[613] Zur *pars-pro-toto*-Untermauerung dieser Aussagen seien im Folgenden die zentralen Ergebnisse einer international bekannten Studie von MEDEVEC / MADEY & GILOVICH (1995) in geraffter Form wiedergegeben: Dieses Autorentrio machte die Entdeckung, dass olympische Silbermedaillengewinner mit ihrem Platz unzufriedener waren als die hinter ihnen platzierten Bronzemedalliengewinner. Der Grund dafür bestand letztlich darin, dass sich die Silber- mit den Goldmedailliengewinnern vergleichen (aufwärtsgerichteter Vergleich) während sich die Bronzemedallien mit jenen Olympioniken verglichen, die gar keine Medaille abgestaubt hatten. Bevor wir nun diese Erkenntnisse auf die PZF übertragen werden, sei vorab noch angemerkt, dass in mehreren Untersuchungen festgestellt werden konnte, dass sich Personen hauptsächlich mit Personen vergleichen, die ihnen ähnlich sind (laterale Vergleichsrichtung).[614] Greifen wir nun im Folgenden unser Fallbeispiel des Patienten Manfred Mustermann, der in einer standardisierten Patientenbefragung nach seiner Zufriedenheit mit der erfahrenen Wartezeit in der Röntgenabteilung befragt wird, zurück und wenden auf dieses Bewertungsszenario – da Herr Mustermann hinsichtlich dieses Leistungsmerkmals keine apriorischen Erwartungen ausgebildet hatte – die ‚Soziale Vergleichstheorie' an, so wäre der folgende intrapsychische Urteilsprozess denkbar: Aufgrund der fehlenden prädikativen Erwartungen betreffs des Leistungsattributs ‚Röntgenwartezeit' lässt Herr Mustermann zur Beantwortung des obigen angesprochenen Fragebogenitems die Wartesituation nochmals vor seinem inneren Auge nun noch einmal dahingehend Revue passieren, inwieweit die Mitwartepatienten – welche ebenfalls, wie Herr Mustermann, gesetzlich versichert waren (lateraler Vergleich) – eine kürzere, gleichwertige oder längere Wartezeit als Herr Mustermann aufwiesen. Kommt Herr Mustermann nun zu dem Ergebnis, dass seine Mitleidensgenossen genauso lange oder gar länger in dem Röntgenabteilungswarteraum platz nehmen mussten, so würde Herr Mustermann das entsprechende Item im positiven Skalenbereich beantworten. *Vice versa* – also wenn Herr Mustermann zu der Einschätzung gelänge, dass die mitwartenden Patienten durchschnittlich eine sehr viel geringere Wartezeit als er in kauf nehmen mussten – würde Herr Mustermann die dem Item ‚Röntgenwartezeitzufriedenheit' zugehörige Antwortskala mit hoher Wahrscheinlichkeit nahe dem negativen Skalenendpol ankreuzen. Verlassen wir nun für kürze Zeit unseren Beispielpatienten Manfred Mustermann, so können wir in der Summe festhalten, dass Patienten, die bezüglich eines bestimmten Leistungsmerkmals keine oder nur äußerst diffuse prädikative Erwartungen ausgebildet haben, zur Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit eben diesem Leistungsmerkmal auf soziale Vergleiche zurückgreifen können. Speist man nun diese Erkenntnis in das E-D-Modell der PZ-Genese ein, so würde das in Abbildung 56 dargestellte Vergleichsstandardrad der Gestalt einrasten, dass nun das zur Beurteilung stehende Leistungsattribut (z.B. Wartezeit) nicht mehr an der Referenzgröße ‚prädikative Erwartungen', sondern an dem Vergleichsstandard ‚soziale Vergleiche' abgeglichen würde.

---

[613] So konnten bspw. STRACK et al. 1990 demonstrieren, dass Personen, die vor der Ausfüllung eines Lebenszufriedenheitsfragebogen mit einer behinderten, an den Rollstuhl gebundenen Person konfrontiert wurden, anschließend eine höhere Lebenszufriedenheit angaben als Versuchspersonen, die dieser Situation nicht ausgesetzt worden waren (vgl. STRACK 1994: 121ff.). Der positive Einfluss abwärtsgerichteter sozialer Vergleiche auf die Lebenszufriedenheit konnte ebenfalls in folgenden Untersuchungen nachgewiesen werden: BRUUNK et al. 2001; GLATZER & ZAPF 1984, STAUDINGER 2000: 190ff. sowie WILLS 1981, 1987 und WOOD et al. 2000. Mit Nachdruck sei an dieser Stelle allerdings auf die verdienstvollen Arbeiten von BRANDSTÄTTER (1998a/b und 2000) hingewiesen, der ausgehend von den Untersuchungsergebnissen von BRICKMAN & BULMAN (1977) – welche erstmalig die ambivalente Gefühlslage, zu denen abwärtsgerichtete Vergleiche führen können, herausstellten – insgesamt fünf Umstände definierte, deren An- *resp.* Abwesenheit festlegt, ob abwärtsgerichtete Vergleiche eher zu negativ getönten Emotionen (Mitleid) oder aber zu positiv eingefärbten Emotionen (Zufriedenheit, Stolz, Überlegenheitsgefühle etc.) führen (vgl. BRANDSTÄTTER 1998a: 43ff.). „Der Kontrasteffekt" – so BRANDSTÄTTER – „bewirkt bei Bessergestellten *Zufriedenheit* (...). Der Empathieeffekt bewirkt für Bessergestellungen *Mitleid*, also Unzufriedenheit (...). Damit sind der Kontrast- und Empathieeffekt in ihrer Wirkung einander entgegengesetzt. Die bessergestellte Person hat Kosten und Nutzen, nämlich Mitleid und Zufriedenheit. (...) In sozialen Vergleichen sind beide Effekte gleichzeitig, jeweils mit unterschiedlicher Stärke wirksam. Im Falle der Einkommensdiskrepanz gibt eine Person somit ein Gesamturteil aus Empathie- und Kontrasteffekt ab" [ebenda: 43].

[614] vgl. MUSSWEILER 2006: 105 sowie WHELLER & MIYAKE 1992

Bevor wir nun im nächsten Kapitelunterpunkt der Frage nachspüren werden, ob und wenn ja unter welchen Umständen Patienten zur Einschätzung ihrer Zufriedenheit die Soll-Dimension möglicherweise mit *‚Gerechtigkeits- und Fairnessnormen'* ausstaffieren, seien abschließend noch zwei grundlegende Anmerkungen zur Erklärungsreichweite des dritten Vergleichstandards, *nudis verbis* des *‚sozialen Vergleiches'*, vorangestellt. *Erstens* müssen wir die Einschränkung zur Kenntnis nehmen, dass die patientenseitige Bezugnahme auf die alternative Referenzgröße *‚soziale Vergleiche'* unumstößlich an die logisch evidente Voraussetzung geknüpft ist, dass das zur Beurteilung stehende Leistungsmerkmal (z.B. Wartezeit) in einer sozialen Atmosphäre hergestellt wurde. Auf unser Fallbeispiel umgemünzt bedeuteten dies, dass Herr Mustermann zur Einschätzung seiner ‚Röntgenwartezeitzufriedenheit' nur dann auf den Vergleichsstandard *‚soziale Vergleiche'* zurückgreifen kann, wenn er die Wartesituation auch wirklich in Gesellschaft anderer Mitpatienten – mit denen ein Vergleich möglich ist – verbracht hat. Gesetzt den Fall, dass Herr Mustermann *ceteris paribus* gänzlich alleine auf die Röntgenuntersuchung gewartet hatte, könnte das Röntgenwartezeitzufriedenheitsurteil selbstverständlich nicht auf der Grundlage eines sozialen Vergleichsprozesses gebildet werden. *Zweitens* sei der Leser der vorliegenden Arbeit an dieser Stelle noch *en passant* drauf aufmerksam gemacht, dass die Referenzgröße des ‚sozialen Vergleiches' – ergänzend zum Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.6 – von den Patienten durchaus auch als wertvolle Unzufriedenheitsreduktionsstrategie eingesetzt werden kann. Demgemäß könnte *bspw.* Herr Manfred Mustermann, der mit der erlebten Visitegesprächsdauer (I) – welche seinen prädikativen Erwartungsintervall (E) massivst unterschritt – höchst unzufrieden (I<<E) war, zur Abschwächung seiner Unzufriedenheit mit diesem Leistungsattribut die Option ziehen, den in der Abbildung 56 abgelichtete Vergleichsstandardradmotor zu zünden und das Vergleichsstandardrad auf der Stufe des *‚sozialen Vergleichs'* einrasten zu lassen. Käme Herr Mustermann dann im Rahmen dieses zweiten Vergleichsprozesses zu der Einsicht, dass sich der visitierende Arzt mit seinen drei Zimmergenossen noch weniger lange aufhielt, so würde Herr Mustermann seine Visitegesprächsdauerunzufriedenheit, die anfänglich einem innerseelischen Orkan glich, mit hoher Wahrscheinlichkeit – getreu dem Motto: „Den anderen ging es noch bescheidender" – soweit nach unten regulieren, dass in seinem Inneren nun nicht mehr ein Orkan, sondern eventuell „nur" noch ein heftiger Unwetterwind sein Unwesen treibt.

3.3 Die Equity-Theorie – *Gerechtigkeits- und Fairnessnormen als Vergleichsstandard (IV)*

Bereits an der aus der Feder des Schreiberlings Heinrich von KLEIST stammenden Figur des Rosshändlers Michael Kohlhaas, der zur Aussühnung eines von Seiten des Junker Wenzel von Tronka an ihm verübten Unrechts, welchem der Staat aufgrund von Vetternwirtschaft nicht ordnungsgemäß nachgegangen war, zum Brandstifter und Mörder wurde, können wir in erschütternder Weise ablesen, dass erlittene Ungerechtigkeit einem Samenkorn gleicht, welches in der menschlichen Seele die schmerzhafte, da stachelige Pflanze der Unzufriedenheit herzuvortreiben vermag. Das KLEIST aber ebenfalls von der zufriedenheitsstiftenden Kraft erfahrener Gerechtigkeit wusste, kann dem nachfolgend wiedergegebenen Passus aus der Novelle »*Michael Kohlhaas. Aus einer alten Chronik*« entnommen werden. Nachdem sich der Rosshändler Michael Kohlhaas über sein erlittenes Unrecht – der Junker Wenzel von Tronka hatte sich, verknappt gesagt, durch eine arglistige Täuschung den vorübergehenden Besitz (Pfand) zweiter kohlhaascher Pferde erschlichen, die er dann, zuzüglich ihres extra abgestellten Knechts Herse, in der Folgezeit aufs gröbste misshandelte – beim Stadthauptmann brieflich beschwert

und die notwendige Bestrafung des Missetäters gefordert hatte, erhielt er von der betreffenden Staatskanzlei eine Resolution, dessen Inhalt Kohlhaas als „unnützen Querulanten“[615] verunglimpfte und ihn zur unverzüglichen Beilegung des Streites aufforderte. Nisten wir uns nun im kohlhaas'schen Seelenhaushalt ein und betrachten jene Emotionen, von denen Kohlhaas nach empfang des obig skizzierten Schreibens heimgesucht wurde:

> „Kohlhaas, dem es nicht um die Pferde zu tun war – er hätte gleichen Schmerz empfunden, wenn es ein Paar Hunde gegolten hätte – Kohlhaas schäumte vor Wut, als er diesen Brief empfing. Er sah, so oft sich ein Geräusch im Hofe hören ließ, mit der widerwärtigsten Erwartung die seine Brust jemals bewegt hatte, nach dem Torwege, ob die Leute des Junghern erscheinen, und ihm, vielleicht gar mit einer Entschuldigung, die Pferde, abgehungert und abgehärmt, wieder zustellen würde; der einzige Fall, in welchem seine von der Welt wohlerzogene Seele, auf nichts das ihrem Gefühl völlig entsprach gefasst war. Er hörte aber in kurzer Zeit schon, durch einen Bekannten, der die Straße gereist war, dass die Gaule auf der Tronkenburg, nach wie vor, (...) auf dem Felde gerbraucht würden; **und mitten durch den Schmerz, die Welt in einer so ungeheuren Unordnung zu erblicken, zuckte die innerliche Zufriedenheit empor, seine eigene Brust nunmehr in Ordnung zu sehen**.“[616]

Wenden wir uns nach diesem anekdotischen Hinweis, welcher dem Leser *ad oculus demonstrieren* sollte, dass die schöngeistige Literatur lange Zeit vor der insbesondere von HOMANS (1968)[617] und ADAMS (1963)[618] entwickelten ‚*Equity-Theory*' um die kausale Einflussnahme der Gerechtigkeit auf die menschliche Zufriedenheit wusste, nun aber der empirischen Wissenschaft zu, so wird man des Umstandes gewahr, dass sich sowohl in der Lebens-[619], als auch in der Kunden-[620] und PZF[621] eine nicht unbedeutende Anzahl an Untersuchungen findet, welche die voranstehend in prosaischer Form aufgeworfene Vermutung des Zusammenhangs zwischen Gerechtigkeit und Zufriedenheit auf empirischen Wege nachweisen konnten.[622] Ehe wir nun nachstehend eine dieser Studien, in Worten die von SWAN et al. im Jahre 1985 publizierte Arbeit »*Deepending the understanding of hospital patient satisfaction: fulfillment and equity effects*«, eingehender besprechen werden, seien vorab die Kernaussagen der ‚Equity-Theory' – welche die zentrale theoretische Bezugsgröße der obig angesprochenen Forschungsarbeiten bildet – in groben Strichen dargestellt. „Die Grundannahme der Equtiy Theorie“ – so die Autoren HOMBURG & STOCK-HOMBURG – „lautet, dass Personen dazu neigen, erhaltene Erträge (Outcome) und erbrachte Anwendungen (Inputs) mit dem Input-Outcome-Verhältnis anderer Personen zu vergleichen.“[623] Versuchen wir nun in einem ersten Schritt zu klären, was genau unter den im voranstehenden Zitat im Munde geführten Termini ‚Input' und ‚Outcome' – *bspw.* im Rahmen einer ordinären Hausarztkonsultation – zu verstehen ist. Während der Input-Begriff die vom Patienten aufgebrachten Kosten (z.B. Anfahrtskosten, Praxisgebühr, Wartezeit, Schmerzen, Verletzungen des Schamgefühls usw.) zum Ausdruck bringt, steht der ‚Outcome-Terminus' stellvertretend für den subjektiv erlebten Nutzen des Hausarztbesuchs

---

615 vgl. KLEIST 1982: 21
616 KLEIST 1982: 21-22; hervorgehoben durch den Verfasser
617 vgl. HOMANS 1968: 224-239
618 vgl. ADAMS 1963 und 1965
619 vgl. BIERHOFF 1999
620 vgl. BOLTON & LEMON 1999; BRUHN et al. 2008; DIENER 1977; FISK & CONEY 1982; FISK & YOUNG 1985; HUPPERTZ 1979; MOWEN & GROVE 1983; OLIVER & DE SARBO 1988; OLIVER & SWAN 1989a; OLSON 2003; SZYMANSKI & HENARD 2001; SWAN & MERCER 1982; SWAN & OLIVER 1985a; TAX et al. 1998 sowie TAX & BRWON 2000
621 vgl. KOEHLER et al. 1992; LENCE & SMITH 1987 sowie SWAN et al. 1985
622 Für einen ersten Überblick eignen sich allen voran die beiden äußerst lesenswerten Arbeiten von Wolfgang MÜLLER (1998 und 2004).
623 vgl. HOMBURG & STOCK-HOMBURG 2006: 36

(z.B. Erfahrung sozialer Aufmerksamkeit, Anteilnahme, fachliche Diagnose, Therapieanweisungen etc.). Richten wir uns nun mit der Frage: *Wie entsteht denn nun PZ?* an die Equity-Theorie, so erhalten wir folgende Antwort: Zufriedenheit macht sich nur dann in der Brust des Patienten breit, wenn die Kosten-Nutzen-Verhältnisse als gerecht wahrgenommen werden *resp.* wenn sie zugunsten des Patienten ausfallen. Greifen wir nun zur Exemplifikation des gerechtigkeitstheoretischen Zufriedenheitsbildungsprozesses abermals auf die Gestalt des Patienten Manfred Mustermann zurück, so könnte der Herr Mustermann bezüglich der Frage nach seiner Zufriedenheit mit der Röntgenwartezeit – gesetzt den Fall, dass er hinsichtlich dieses Leistungsattributes erstens keine apriorischen Erwartungen ausgebildet hat und er zweitens keine sozialen Vergleiche, da er alleine im Warteraum saß, anstellen kann – durch folgende Gerechtigkeitsüberlegungen zu einer möglichen Antwort gelangen: Nachdem Herr Mustermann das entsprechende Röntgenwartezeitzufriedenheitsitem gelesen und semantisch dechiffriert hatte, versuchte er sich ersterhand nochmals die psychischen und physischen Kosten in Erinnerung zu rufen, die ihm während der exakt 30 Minuten dauernden Röntgenwartezeitraumes entstanden sind. Binnen kurzer Zeit gelangte Herr Mustermann zu der Einschätzung, dass seine Röntgenwartezeitkosten äußerst hoch zu veranschlagen sind, da er nicht nur mit einem offenen Oberschenkelhalsbruch so lange warten musste (Kostenfaktor: intensive ‚Schmerzen'), sondern er darüber hinaus noch – weil sein Krankenbett nicht durch die Wartezimmertür passte – auf dem Flur warten musste, durch den einerseits eine enorme Besucherzahl (Kostenfaktor: eingeschränkte Privatsphäre) sowie andererseits ein eisiger Wind strömte, welcher einem nur notdürftig reparierten Fenster zu verdanken war. Nun führte Herr Mustermann eine analoge Kostenrechnung für den Radiologen durch. Diese Beurteilung der auf Seiten des Arztes angefallenen Kosten führten in der Summe zu einem gegenläufigen Ergebnis. Kurzum: Herr Mustermann stufte die entstandenen Kosten des für ihn zuständigen Radiologen als äußert gering ein, da insgesamt nur zwei Bildaufnahmen geschossen wurden, der Radiologe sich mit ihm nur gefühlte 10 Sekunden über die Aufnahmen unterhielt und er den Radiologen auch nicht aus seinem wohlverdienten Bereitschaftsdienstschlaf herausgerissen hatte. Besonders interessant sind nun die Ergebnisse der von Herrn Mustermann im Anschluss an die obige Kostenbilanzierung vorgenommenen Gewinneinschätzungen, da sie sich – soviel sei bereits vorweggenommen – gänzlich spiegelverkehrt zu den Kosteneinschätzungen verhalten. Entsprechend stufte Herr Mustermann seinen Röntgendienstleistungsnutzen (ausschließlich fachliche Diagnose, keine Anteilnahme usw.) geringer ein als den Gewinn, welchen der Radiologe (O-Ton Herr Mustermann: „soviel Geld möchte ich auch mal in fünf derart wortkargen Minuten, in denen der Arzt nicht viel mehr als ‚einatmen', ‚ausatmen', ‚weiteratmen' und ‚das sieht aber böse aus' über die Lippen bringt, verdienen ... da muss unsereins sein halbes Leben lang für Stricken ...") ihrer Dienstleistungsbeziehung abgewinnen konnte. Diese aus der Perspektive des Herrn Mustermanns bestehende Kosten-Nutzen-Disbalance führte nun in letzter Konsequenz dazu, dass Herr Mustermann seinen Füllfederhalter am negativen Ende der zum Röntgenwartezeitzufriedenheitsitem dazugehörigen biploaren Antwortskala ansetzte.

Nehmen wir nun zum Abschluss unserer Ausführungen zum vierten, das E-D-Modell ergänzenden Vergleichsstandard namens ‚Gerechtigkeits- und Fairnessnormen' noch *in nuce* die bereits im voranstehenden Textkörper kurz angeschnittene Studie von SWAN et al. (1985) näher in Augenschein, so kann erst einmal *ad notam* genommen werden, dass die Autoren die unabhängige Variable ‚*Fairness*' innerhalb ihres Fragebogens mit Folgenden fünf Statements zu messen versuchten:

1. For the time and money that I spent at G. Hospital, the services should have been better.
2. Whenever I had any pain or discomfort, the people working at G. tried very hard to make me feel better.
3. My hospital bill was fair considering the equipment and facillites that were used in my treatment.
4. Considering the room that I had, g. Hospital charged me too much for it.
5. Overall, I was treated fairly by G. Hospital.[624]

Vermittels eines Strukturgleichungsmodells (LISREL), in welches das Autorenquartett die an einer Stichprobe von insgesamt 184 Patienten (Rücklaufquote: 37%)[625] gewonnen Daten einspeiste, konnten SWAN et al. am Ende ihrer Studie eindrucksvoll nachweisen, dass nicht nur die unabhängige Variable ‚Erwartungserfüllung', sondern ebenfalls die unabhängige Variable ‚erlebte Fairness' die abhängige Variable ‚Gesamtzufriedenheit' entscheidend beeinflusste.[626]

Ehe wir uns nun im nachfolgenden Kapitelunterpunkt unter vorrangiger Bezugnahme auf einige zentrale Erkenntnisse der ‚*kognitiven Umfrageforschung*'[627], der ‚*sozialen Informationsverarbeitungstheorie*'[628] sowie der ‚*Lebenszufriedenheitsforschung*'[629] intensiv mit dem Gedankenspiel auseinandersetzen werden, ob Patienten innerhalb des Zufriedenheitsbildungsprozesses die Soll-Dimension – unter noch näher zu bestimmenden exogenen und endogenen Umständen – möglicherweise mit einfachen Verfügbarkeitsheuristiken ausschmücken, kann an dieser Stelle abschließend festgehalten werden, dass wir in den voranstehenden Zeilen einige schlagende empirische Argumente zur Verteidigung der anfangs postulierten Vermutung, demnach das E-D-Modell in fruchtbarer Weise durch den optionalen Vergleichsstandard (IV) ‚*Gerechtigskeits- und Fairnessnormen*' ergänzt werden kann, ins Felde führen konnten.

3.4. Die Theorie des kognitiven Geizhalses – *Verfügbarkeitsheuristiken als Vergleichsstandard (V)*

Fußten unsere bisherigen modelltheoretischen Ausführungen noch auf der unausgesprochenen anthropologischen Vorstellung, dass der nach seiner Zufriedenheit mit der erfahrenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung befragte Patient dem Ideal eines "*kognitiven Hochleistungsausdauersportlers*", der im Rahmen des Urteilsprozesses weder Kosten noch Mühen scheut sämtliche kognitiven Informationen (Erwartungen, soziale Vergleiche, Gerechtigkeits- und Fairnessnormen, Attributionen etc.) zu erinnern und in den Urteilsbildungsprozess einzubeziehen, gleicht, so konnte in verschiedenen sozialpsychologischen Studien der Nachweis erbracht werden, dass die durchschnittliche Untersuchungsperson in der Regel weniger einem "*kognitiven Hochleistungsausdauersportler*" als vielmehr einem "*kognitiven Bewegungsmuffel*" – in der fachspezifischen Literatur spricht man gemeinhin vom so genannten „*kognitiven Geizhals*"[630] – entspricht. Um nun die bestehenden Unterschiede zwischen diesen beiden diametral entgegengesetzten Menschenbildern, sprich der Figur des "*kognitiven Hochleistungsausdauersportlers*" einerseits und der Gestalt des "*kognitiven Bewegungsmuffels*" andererseits, im Folgenden besser herausstellen zu können, werden wir uns in den nachstehenden Zeilen zuerst der Frage zuwenden, vor welche kognitiven Aufgaben sich eine befragte Person innerhalb einer schriftlich oder mündlich durchgeführten Erhebung gestellt sieht. Durchforsten wir nun zur Beantwortung dieser ersten Frage die Literatur zur kognitiven Umfrageforschung, so zeigt sich, dass der Befragte – wie dem nachfolgend abbildeten Prozessmodell (Abb. 57) entnommen werden kann – in der Untersuchungssituation insgesamt fünf spezifische Aufgaben zu lösen hat.

---

[624] SWAN et al. 1985: 12
[625] vgl. ebenda: 11
[626] vgl. ebenda: 15
[627] vgl. STRACK 1994a; SCHWARZ et al. 1988 und 1991; SCHWARZ & KNÄUPER 2004; SUDMAN / BRADBURN & SCHWARZ 1996; TROST 1997
[628] vgl. LEYENS & CODOL 1990 SCHWARZ 1993a/b und STRACK 1988 und 1994b sowie STRACK & DEUTSCH 2002
[629] vgl. SCHWARZ 1987 und 1988b; SCHWARZ & CLORE 1983 sowie STRACK & WERTH 2001, 2002 und STRACK et al. 1985
[630] vgl. LEYENS & CODOL 1990 sowie SCHWARZ 1982 und TAYLOR 1981

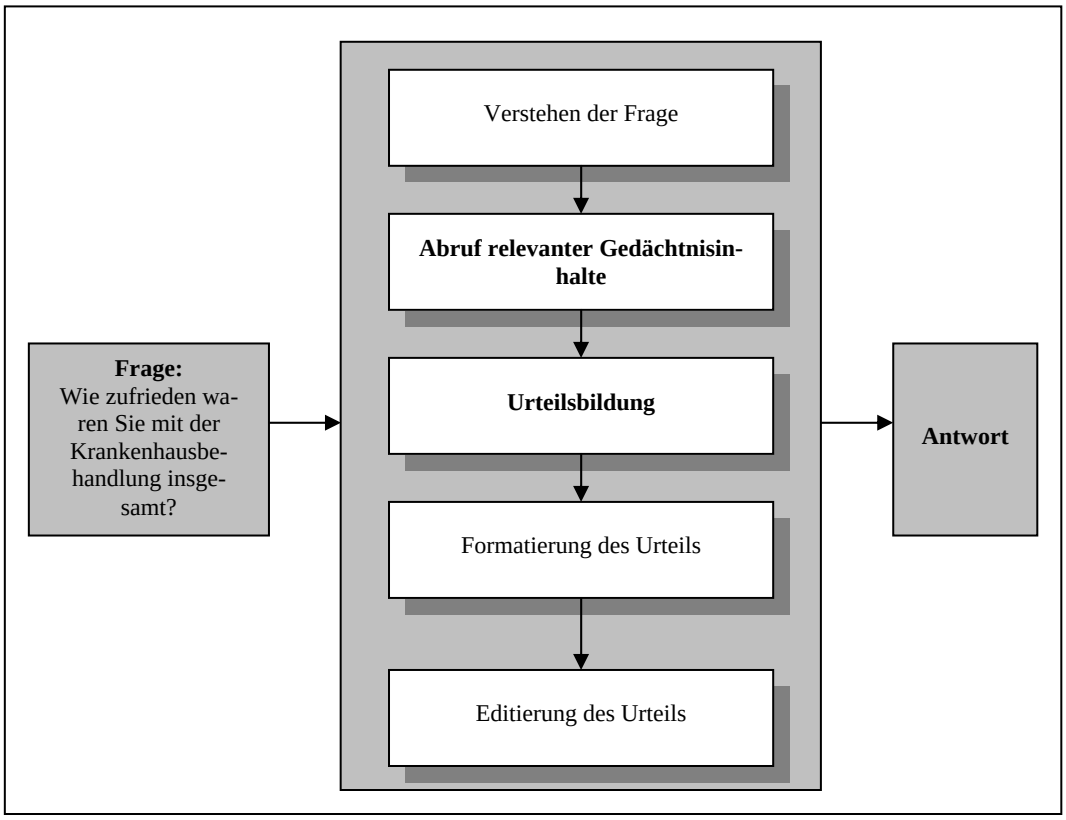


Abb. 57: Die kognitiven Aufgaben eines Befragten[631]

Spielen wir nun das voranstehend abgebildete Prozessmodell – obzwar uns im vorliegenden Abschnitt vornehmlich die beiden in der Abbildung fett markierten Aufgaben der ‚Abrufung relevanter Gedächtnisinhalte' sowie der ‚Urteilsbildung' interessieren – anhand unseres bewährten Beispielpatienten Manfred Mustermann, dem die Frage: *Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Krankenhausaufenthalt insgesamt?* vorgelegt wird, durch, so erhalten wir unter der Voraussetzung, dass Herr Mustermann einen Prototyp des "*kognitiven Höchleistungsausdauerathleten*" darstellt, folgendes Bild: Zuerst muss Herr Mustermann die semantische und praktische Bedeutung der Gesamtzufriedenheitsfrage hinreichend verstehen. Hat Herr Mustermann diese erste Aufgabe gelöst, so muss er sich in einem zweiten Schritt all jene Informationen ins Gedächtnis rufen, die zur Beantwortung der Gesamtzufriedenheitsfrage augenscheinlich eine hohe Relevanz aufweisen. Gehen wir nun von der obigen Annahme aus, dass Herr Mustermann das Ideal eines "*kognitiven Höchstleistungsausdauersportlers*" verkörpert, so würde er unter Aufbietung aller ihm zur Verfügung stehenden Geisteskräfte sämtliche beurteilungsrelevanten Informationen vermittels der im vorausgehenden Kapitelverlauf herauspräparierten Vergleichsgrößen (Erwartungen, soziale Vergleiche, Gerechtigkeits- und Fairnessnormen sowie Attribuierungsüberlegungen) zusammentragen. Auf der Basis einer derart eruierten Informationsfülle gelänge Herr Mustermann dann zu Bildung seines Gesamtzufriedenheitsurteils (Urteilsbildung), welches er anschließend in eine der vorgegebenen Antwortkategorien des standardisierten PZ-Fragebogens zu überführen (Urteilsformatierung) hätte. Die letzte kognitive Hürde, die Herr Mustermann nun laut der obigen Abbildung noch zu überwinden hat, besteht darin, dass sich Herr Mustermann überlegen muss, ob er sein vorab gebildetes Gesamtzufriedenheitsurteil wirklich wahrheitsgemäß zum Ausdruck bringen soll oder ob er sein wahres Gesamtzufriedenheitsurteil nicht lieber in eine bestimmte Rich-

[631] leicht modifizierend entnommen aus TROST 1998: 131. Eine ausführliche Beschreibung dieser einzelnen kognitiven Bewältigungsphasen findet sich bei STRACK 1994a: 55ff.

tung verändern sollte (Urteilseditierung). So wäre es ja *bspw.* denkbar, dass Herr Mustermann, der an und für sich mit dem erlebten Krankenhausaufenthalt insgesamt recht unzufrieden war, diese Unzufriedenheit im Fragebogen nicht oder nur in stark überschminkter Form kundtut, da er ob der zweifelhaften Untersuchungsanonymität Angst vor möglichen Vergeltungsmaßnahmen Seitens des Personals hat.

Nehmen wir nun, da die zuletzt kurz angerissene Problematik der Urteilsverzerrungsmechanismen (Sanktionsangst, Soziale Erwünschtheit, Zustimmungstendenz usw.) im Kapitelpunkt 6 noch äußerst detailliert besprochen wird, im Folgenden zur Unterscheidung der zwei zur Disposition stehenden Anthropologien allen voran die Aufgabe *‚Abrufung relevanter Gedächtnisinhalte'* näher in Augenschein, so weisen insbesondere die verdienstvollen sozialpsychologischen Forschungsarbeiten von Norbert SCHWARZ und Fritz STRACK daraufhin, dass die Befragten zumeist nicht bereit sind, einen weitschweifigen, mit kognitiven Anstrengungen verbundenen Informationsaufspürungsprozess (*"kognitive Höchstleistungsausdauersportler"*) zu vollziehen, sondern vielmehr in gehäufter Form den mühseligen geistigen Informationsschaffungsprozess dadurch abzukürzen versuchen, indem sie auf leicht verfügbare Heuristiken (*"kognitive Bewegungsmuffel"*) zurückgreifen. Entsprechend konnte *bspw.* SCHWARZ (1987) in mehreren Untersuchungen den Nachweis erbringen, dass Probanden zur Einschätzung ihrer globalen Lebenszufriedenheit die momentane Stimmung zum Untersuchungszeitpunkt als Information (*"How do I feel about it?"-Heuristik*[632]) – nutzen.[633] So griffen *exempli causa* jene Untersuchungsteilnehmer, die in einem Feldexperiment – in dem sonniges und regnerisches Wetter zur natürliche Stimmungsmanipulationen angewandt wurde – im Rahmen ihrer globalen Lebenszufriedenheitsbeurteilung auf ihre momentane Stimmung zurück.[634] Konkret gesagt bedeutet dies, dass sich die befragten Personen zur Einschätzung ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit nicht die Mühe machten, sämtliche beurteilungsrelevante Informationen zu erinnern, sondern eine einfache Urteilsheuristik, in diesem speziellen Fall die wetterbedingt positive *resp.* negative Stimmung, zur Bildung ihres Urteils heranzogen. Für die vorliegende Untersuchung sind nun insbesondere die Erkenntnisse hinsichtlich der exogenen und endogenen Befragungsumstände, welche das Auftreten einer *"How do I feel about it?"-Heuristik* begünstigen, von unschätzbarer Wichtigkeit. Richten wir uns nun mit eben dieser Frage an die einschlägige Fachliteratur, so gelangen wir in der Summe zu der folgenden Antwort: Die Wahrscheinlichkeit, dass der Befragte im Rahmen des Beurteilungsprozesses auf einfache Urteilsregeln (z.B. die aktuelle Stimmung) zurückgreift, ist um so höher,

1) je komplexer *resp.* allgemeiner die Fragestellung ist[635];
2) je weniger Überlegungszeit der Befragungsperson zur Verfügung steht[636];
3) je geringer die Befragungsmotivation der Untersuchungsperson ist[637];
4) je weniger andere Informationen sich als kognitiv leicht verfügbar erweisen[638] sowie
5) je bedeutungsloser dem Befragten der Untersuchungsgegenstand (< Involvement) ist.[639]

Speisen wir nun – ehe die methodischen Konsequenzen, welche aus den voranstehend aufgelisteten Punkten notwendigerweise zu ziehen sind, eingehender zu besprechen sein werden – die im obigen Textabschnitt aus dem Metier der kognitiven Umfrageforschung herausdividierten Erkenntnisse in das E-D-Modell der PZ-Genese ein, so erhalten wir in Gestalt der *‚Stimmungs-Heuristik'* einen weiteren Vergleichs-

---

[632] vgl. SCHWARZ 1988b: 154
[633] siehe dazu SCHWARZ 1983c, 1987 und 1988b; SCHWARZ & CLORE 1983, 1988, 2003 sowie SCHWARZ et al. 1987
[634] vgl. SCHWARZ 1987: 36ff.
[635] vgl. SCHWARZ 1988b: 154; So konnten SCHWARZ et al. keinen Stimmungseinfluss auf die Beurteilung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit (Arbeits- und Einkommenszufriedenheit) feststellen (vgl. SCHWARZ et al. 1987 sowie SCHWARZ 1987: 63, 93)
[636] vgl. SCHWARZ 1988b: 154-155 und STRACK & DEUTSCH 2002
[637] vgl. HOPP 2000: 73 sowie SCHWARZ 1988b: 154
[638] vgl. SCHWARZ 1988b: 154
[639] vgl. ebenda

standard (V), dessen sich die Patienten unter ganz bestimmten Umständen (geringe Motivationsbefragungsmotivation, Zeitdruck, Fragen zur Gesamtzufriedenheit, geringes Involvement etc.) zur Einschätzung ihrer Zufriedenheit bedienen können. Übertragen auf unseren Patienten Manfred Mustermann bedeutet dies, dass Herr Mustermann – welcher sich zum Zeitpunkt der Befragung aufgrund des nahenden Entlassungstermins in Hochstimmung befand[640] – sei Gesamtzufriedenheitsurteil nicht etwa auf der Basis eines kleinschnittigen, retrospektiven Bewertungsprozesses entwickelte, sondern gleichsam seine aktuelle Gestimmtheit als Thermometer instrumentalisierte, an dem er seine Gesamtzufriedenheitsurteil mit dem nun fast beendeten Krakenhausaufenthalt ablas.

Da nun ein vermittels Stimmungs-Heuristik gebildetes Gesamtzufriedenheitsurteil nicht nur höchst zweifelhaft-instabiler Natur, sondern darüber hinaus auch für die Qualitätssicherung gänzlich unbrauchbar ist, sollen in den kommenden Zeilen einige methodische Überlegungen angestellt werden, wie der Einsatz von Urteilsheuristiken wenn auch nicht verhindert, so doch wenigstens vermindert werden kann. Mit anderen Worten gesagt geht es im Folgenden um die Auslotung methodischer Kunstgriffe, deren edles Motiv nicht weniger als darin besteht, innerhalb des Befragten die Metamorphose vom "*kognitiven Bewegungsmuffel*" zum "*kognitiven Höchleitstungsausdauersportler*" auszulösen. Setzen wir zur Einlösung dieses Unterfangens bei den obig aufgelisteten Konstellationen, deren jeweilige Präsenz die Indienstnamewahrscheinlichkeit von einfachen Urteilsheuristiken massiv erhöht, an, so können wir unter Bezugnahme auf einige Grundlagenarbeiten aus dem Bereich der empirischen Sozialforschung folgende methodische Maßnahmen zur Abschwächung der Auftrittswahrscheinlichkeit von Zufriedenheitsangaben, die auf der Grundlage ephemerer Gefühlsinformationen (z.B. Stimmung, Erleichterung etc.) gebildet worden sind, anempfohlen werden:

1. Aufgrund des der verstärkten Urteilsheuristikanfälligkeit von globalen Zufriedenheitsitems (z.B. *Wie zufrieden waren Sie alles in allem mit ihrem Krankenhausaufenthalt?*), bietet sich an, diese Fragen – welche, wie in der PZF sattsam nachgewiesen werden konnte, von den Patienten zumeist äußerst positiv beantwortet werden[641] – einerseits nur in einer geringen Anzahl, der Schwerpunkt sollte Teilleistungszufriedenheitsfragen liegen, zu stellen sowie andererseits die Globalfragen am Ende des Fragebogens *resp.* Interviews zu platzieren, da die zur Beantwortung der vorausgehenden Teilleistungszufriedenheitsitems angezapften Informationen dann vermehrt in das Gesamtzufriedenheitsurteil eingehen werden. Bei der zuletzt geannten Empfehlung ist allerdings darauf zu achten, dass keine Ausstrahlungs- *bzw.* Kontexteffekte den erkauften Vorteil zunichte machen.

2. Ausgehend von der Einsicht, dass die Urteilsheuristikindienstnahme um so wahrscheinlicher ist, je weniger Zeit dem Probanden zur Beantwortung der Zufriedenheitsfrage zur Verfügung steht, sollten perstationär durchgeführte PZ-Befragung grundsätzlich nicht erst am Tag der Entlassung durchgeführt werden, da die Patienten an diesem Tag zumeist mit derart vielen organisatorischen Dingen beschäftigt sind, dass sie sich für den Fragebogen nicht ausreichend Zeit

---

[640] Wobei ihm nicht bewusst war, dass seine Hochstimmung von der nahestehenden Entlassung herrührte. Diese *prima facie* unbedeutenden Information ist insofern von zentraler Bedeutung, als das SCHWARZ (1987) in dem ‚*Wetter-Experiment*' herausfand, dass die durch das Regenwetter ausgelöste negative Grundstimmung ausnahmslos dann einen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit ausübte, wenn sie ihre gedrückte Stimmung nicht mit dem Wetter in Verbindung brachten. „Versuchspersonen" – so SCHWARZ – „die an rengerisch-kalten Tagen angerufen wurden, berichteten, mit ihrem Leben glücklicher (...) und zufriedener (...) zu sein, wenn ihre Aufmerksamkeit auf das Wetter gelenkt wurde als wenn dies nicht der Fall war. D.h., der negative Einfluss ihrer schlechten Stimmung auf ihre Lebenzufriedenheitsurteile wurde abgeschwächt, wenn ihre Aufmerksamkeit auf das Wetter alsmögliche Quelle ihrer Stimmung gelenkt wurde. (...) " [SCHWARZ 1987: 40-41]

[641] siehe dazu ausführlich das Kapitel 6 der vorliegenden Arbeit

nehmen können. Neben diesen Überlegungen zum günstigsten Befragungszeitpunkt kann die Auftrittswahrscheinlichkeit von Urteilsheuristiken ferner dadurch reduziert werden, indem auf die im Fragebogenbegeleittext zumeist unreflektiert angewandte Schnelligkeitsappelle (z.B. „Denken Sie nicht lange über den Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt“[642]) verzichtet. So konnten nämlich die Forscher SUTHERLAND & SPILKA im Rahmen eines Experimentes zum Fragebogenbeantwortungsverhalten unter und ohne Zeitdruck den Paradoxen Nachweis erbringen, dass Tempoinstruktionen, entgegen ihrer traditionellen Zielrichtung, den Effekt sozialer Erwünschtheit nicht etwa abschwächten, sondern eher verstärkten.[643] Wenngleich nun auch einschränkend hinzugefügt werden muss, dass diese Studienergebnisse in den deutschen Untersuchungen von SCHNEIDER & SCHNEIDER-DÜCK (1977, 1981) nicht repliziert werden konnten, sollte auf Tempoinstruktionen in Begleitschreiben von Fragebögen zur PZ verzichtet werden; da somit die kognitiven Kosten der Untersuchung nachhaltig gesengt werden.

3. Apropos Kosten: Eine weitere Technik zur Verminderung der Auftrittswahrscheinlichkeit von heuristischen Urteilbildungen kann darin erblickt werden, die Befragungsmotivation der Patienten durch ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis zu steigern. Das heißt, dass der Fragebogen (professionelles Layout, Gratifikationen, Kenntlichmachung der Untersuchungsziele im Begleittext usw.) so gestaltet sein sollte, dass der subjektiv wahrgenommenen Nutzen der Fragebogenausfüllung die subjektiv perzipierten Kosten (z.B. geistige Anstrengung, psychischer Stress durch unangenehme Fragen, allgemeine Opportunitätskosten etc.) der Befragungsteilnahme übersteigt.

4. Ein letzter methodischer Kunstgriff zur weitmöglichsten Ausschaltung der „*Was sagt mir mein Gefühl*“*-Heuristik*[644] kann nun aus der von SCHWARZ zu Tage geförderten Einsicht abgeleitet werden, dass die Stimmung in dem von ihm durchgeführten Wetter-Experiment nur dann einen signifikanten Einfluss auf die berichtete Gesamtlebenszufriedenheit hatte, wenn die Probanden ihre aktuelle Gestimmtheit nicht mit dem Wetter in Verbindung brachten. Führten die Probanden, durch geschickte Aufmerksamkeitslenkung des Interviewers, ihre momentan elegische Stimmungslage auf das nass-kalte Wetter zurück, so griffen die Probanden zur Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit nicht mehr auf ihre aktuelle Stimmung zurück, da sie diese mit dem Wetter und nicht mit dem Urteilsgegenstand in Verbindung brachten. Diese äußerst aufschlussreiche Erkenntnis könnte nun, um den Informationswert der Stimmung zu diskreditieren, in PZ-Studien der Gestalt umgesetzt werden, dass der Interviewer – gesetzt den Fall, dass sich das Wetter am Untersuchungstage in einem äußerst schlechten *resp.* ausnehmend schönen Kleide präsentiert – dem Befragten zu Beginn des Interviews (Warming-Up-Phase) in ein – mit dem *enfant terrible* der österreichischen Sozialforschung Roland GIRTLER gesprochen – “ero-episches Gespräch“[645] verwickeln, in welchem der Interviewer den Befragten darüber informiert, dass das Wetter – angenommen es handelt sich um einen verregneten Spätwintertag – ja im Moment ganz schön trostlos sei und er sich auf die ersten zarten Sonnenstrahlen des Frühlings freue. Ebenso wäre es

[642] Dieser Schnelligkeitsarbeitsappell findet sich im Begleittext zum Freiburger Persönlichkeitsinventar (vgl. SCHNEIDER & SCHNEIDER-DÜKER 1981: 375-376).
[643] vgl. SUTHERLAND & SPILKA 1964
[644] vgl. SCHWARZ & WÄNKE 1989: 94
[645] vgl. GIRTLER 1992 und 2004

denkbar – wenn die voranstehend empfohlenen Wetterausführungen dem Interviewer zu überkandidelt vorkommen – dass der Interviewer vorgibt, dass in seinem Wohnort heute Morgen noch kurz die Sonne geschienen habe und er sich bei seinem Probanden darüber erkundigt, ob dies am Untersuchungsort auch der Fall gewesen wäre. Kurzum: Vermittels einer in der erste Gesprächsphase eingeflochtenen Wetter-Information könnte dem Befragten seine gegenwärtige Stimmung – in Analogie zum Wetter-Experiment von SCHWARZ (1987) – als Information zur Einschätzung seiner Gesamtzufriedenheit mit dem bisherigen Krankenhausaufenthalt madig gemacht werden.

3.5 „Was wäre gewesen, wenn...?"

– Reale oder fiktionale Alternativanbieter als Vergleichsstandard (VI)

Ausgehend von dem in der Kapitelunterpunktüberschrift gewählten Konjunktivsatz „Was wäre gewesen, wenn...?" soll in den nachfolgenden Zeilen unter primärer Bezugnahme auf die Literatur zur ‚*Regret-Theorie*'[646], zum Modus des ‚*Kontrafaktischen Denkens*'[647] sowie zum so genannten ‚*Comparison Level for Alternatives (CL_{Alt})*'[648] der Versuch gestartet werden, die in bereits in der Abbildung 56 impliziert zu Ausdruck gebrachte Vermutung, dass Patienten zur Generierung ihres Zufriedenheitsurteils auch auf Informationen über die Leistungsfähigkeit realer oder fiktiver Alternativanbieter (Vergleichsstandard VI) zurückgreifen können, argumentativ zu stützen. Ehe wir jedoch die im voranstehenden Satz kenntlich gemachten Theorieansätze dahingehend durchmustern werden, inwieweit sie möglicherweise entscheidende Erkenntnisse zur argumentativen Absicherung unserer „*reale oder fiktive Alternativanbieterleistungen als Vergleichsstandard-These*" in sich bergen, soll unsere modelltheoretische Ausgangsüberlegung zuvorderst – zum Zwecke eines luzideren Verständnisses – an der altgedienten Figur des Patienten Manfred Mustermann exemplifiziert werden: Gehen wir dabei im folgendem von der Situation aus, dass Herr Mustermann hinsichtlich des zur Bewertung stehenden Leistungsattributes ‚Röntgenwartezeit' *erstens* keine ex ante Erwartungen (Vergleichstandard I) ausgebildet hat, dass er *zweitens* keine sozialen Vergleiche – da er alleine gewartet hatte – anstellen kann (Vergleichsstandard III), dass er *drittens* aufgrund des hohen kognitiven Aufwandes nicht gewillt ist eine gerechtigkeitsbasierte Kosten-Nutzen-Rechnung aufzustellen (Vergleichsstandard IV) sowie dass er *viertens* auch seine gegenwärtig – gelinde gesagt – etwas miesepeterige Stimmung, für die er maßgeblich seinen schnarchenden Zimmergenossen verantwortlich macht, als Beurteilungsmaßstab ausschloss, so wäre es durchaus nicht abwegig, dass Herr Mustermann der Gestalt zu einem Zufriedenheitsurteil mit dem Leistungsmerkmal ‚*Röntgenwartezeit*' gelangt, indem er seine im ‚Asklepios-Krankenhaus' erlebte Röntgenwartezeit von 30 Minuten damit vergleicht, wie lange er wohl im Nachbarstadtkrankenhaus namens ‚Paracelsus' (realer Alternativanbieter) oder aber wie lange er wohl in jedem anderen durchschnittlichen Krankenhaus (fiktionaler Alternativanbieter) gewartet hätte. Käme Herr Mustermann auf der Basis eines derartigen Vergleiches zu der Ansicht, dass er bei den realen oder fiktionalen Alternativanbietern mit hoher Wahrscheinlichkeit erheblich weniger lange hätte warten müssen, so würde Herr Mustermann hinsichtlich des Leistungsattributs Röntgenwartezeit von Unzufriedenheitsgefühlen („regret-Effekt") heimgesucht werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Herr Mustermann mit der erfahrenen Röntgenwartezeit dann zufrieden wäre, wenn davon auszugehen

[646] vgl. BELL 1982, 1985; HECKHASUEN 2000 und LOOMES & SUGDEN 1982
[647] vgl. KLAUER 2006 und ROESE 1997
[648] vgl. TVERSKY & KAHNEMAN 1974

ist, dass die von ihm unter der Leistungsdimension ‚Röntgenwartezeit' beäugten realen oder fiktionalen Alternativkrankenhäuser eine genauso lange oder gar eine noch längere Röntgenwartezeit aufweisen („spreading-apart-Effekt"[649]). *En passant* sei in diesem Zusammenhang nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die komplementären Vergleichsstandarte III-VI sich nicht etwas im Modus des Entweder-Oder, sondern vielmehr in Form des Sowohl-als-Auch zueinander Verhalten.

Durchforsten wir nun zur argumentativen Unterfütterung unserer voranstehend postulierten Annahme, dass der Vergleich mit realen oder fiktiven Alternativanbietern einen Einfluss auf die Zufriedenheitsbildung ausübt, die einschlägige psychologische Fachliteratur, so kann mit freudiger Überraschung zur Kenntnis genommen werden, dass die hypothetisch unterstellte Einflussnahme sowohl in der Kundenzufriedenheits-[650] als auch in der PZF[651] empirisch nachgewiesen werden konnte. *Pars pro toto* sei an dieser Stelle das KuZ-Entstehungsmodell von DRÖGE & MACKOY näher beschrieben.

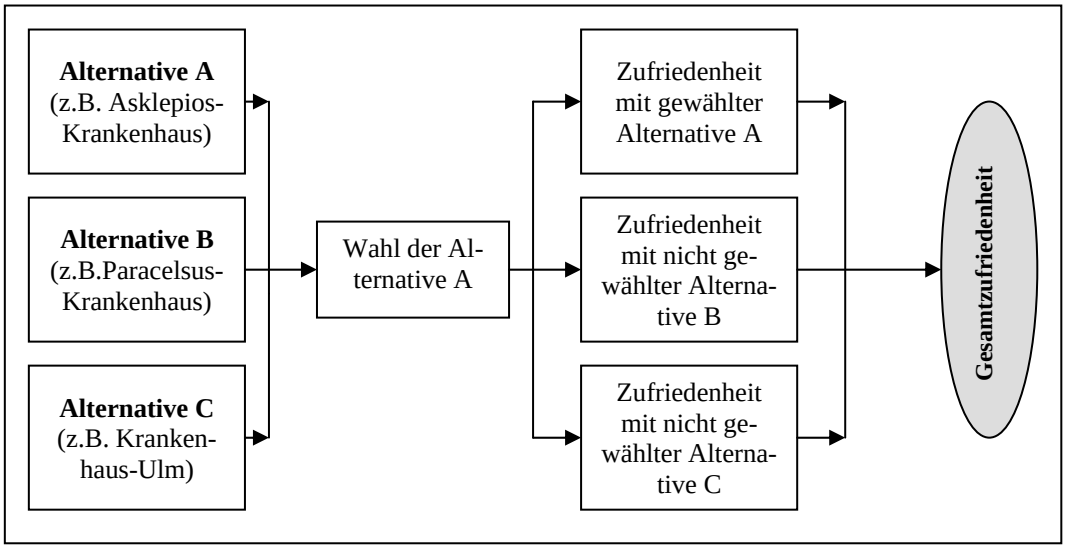


Abb. 58: Das Kundenzufriedenheitsmodell von DRÖGE & MACKOY[652]

Wie der voranstehenden Abbildung 58 entnommen werden kann, geht das Forscherduo DRÖGE & MACKOY (1995) von der empirisch verankerten Annahme aus, dass sich die Gesamtzufriedenheit einer in Anspruch genommenen Dienstleistung nicht nur aus der via Erwartungs-Wahrnehmungs-Abgleich resultierenden Zufriedenheit mit der in Anspruch genommenen Dienstleistung A, sondern zugleich auch aus den antizipierten Zufriedenheitswerten mit den ausgeschlagenen Alternativanbietern B und C zusammensetzt. Bevor nun diese Einsicht an unserem Beispielpatienten Manfred Mustermann durchgespielt werden soll, sei vorab mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass in weiten Teilen der fachspezifischen Literatur glaubhaft dokumentiert werden konnte, dass Kunden insbesondere dann den Vergleich mit realen oder fiktionalen Alternativanbietern suchen, wenn sie mit der konsumierten Dienstleistung unzufrieden sind.[653] Gehen wir nun im Folgenden zur Illustration dieses Einflussfaktors von der Konstellation aus, dass Herr Mustermann am Ende seine Krankenhausaufenthaltes mittels ei-

[649] siehe dazu Kapitelpunkt 3.1.1.6. Ergänzend zu den im Kapitelunterpunkt 3.1.1.6 getätigten Ausführungen sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Fabel »*Der Fuchs und die Trauben*« nochmals in einprägsamer Weise die unzufriedenheitsreduzierende Kraft des wider besseren Wissens herbeigeführten „spreading-apart Effekts" verdeutlicht (vgl. ELSTER 1987: 211ff.).

[650] vgl. DRÖGE & MACKOY 1995; DRÖGE et al. 1997; HERRMANN et al. 1999 und 2003; HERRMANN & SEILHEIMER 2000; INMAN et al. 1997; INMAN & ZEELENBERG 1998; SCHWARTZ 2006: 165ff.; SCHWARTZ et al. 2002; SEILHEIMER et al. 2002; TAYLOR 1997; TSIROS & MITTAL 2000 sowie WAGENHEIM et al. 2002

[651] vgl. BREHAUT 2003

[652] leicht modifizierte Abbildung der Modellillustration von DRÖGE & MACKOY 1995: 534

[653] vgl. HERRMANN et al. 1999: 678-679, 682 und KLAUER 2006: 316

nes standardisierten Fragebogens nach seiner Zufriedenheit mit der Visitegesprächsdauer befragt wird. Da nun die in der ‚*Asklepios-Klinik*' erlebte Visitengesprächsdauer von durchschnittlich 4 ½ Minuten (Ist-Zustand) den apriorischen Visitengesprächsdauererwartungsintervall (8-12 Minuten) deutlich unterschritt, stellte sich bei Herrn Mustermann bezüglich dieses Leistungsmerkmals Unzufriedenheit ein. In numerischer Übersetzung würde Herr Mustermann zu diesem Bewertungszeitpunkt auf der dem Visitedauergesprächszufriedenheitsitem zugehörigen ‚*Visuelle Analogskala*' (von 0 = sehr unzufrieden bis 100 = sehr zufrieden) sein Antwortkreuzchen bei der Ziffer 30 platzieren. Gemäß der Erkenntnisse aus den voranstehend genannten Studienarbeiten spricht nun jedoch einiges dafür, dass Herr Mustermann nach diesem ersten, unzufrieden stimmenden Soll-Ist-Vergleich nicht sofort zu seinem Füllfederhalter greift, sondern sich vorab die Frage stellt, wie zufrieden er wohl mit der Visitegesprächsdauer in den von ihm nicht in Anspruch genommenen Alternativinstitutionen, *nudis verbis* der ‚Paracelsus-Klinik' (B) sowie der ‚Ulmer-Klinik' (C) gewesen wäre. Berücksichtigen wir nun in einem ersten Schritt ausschließlich die vermutete Visitegesprächsdauerzufriedenheit in der ‚*Paracelsus-Klinik*' (Alternative B), so ergibt sich folgendes Bild: Die chirurgische Visite in der ortsnahen ‚*Paracelsus-Klinik*', welche unter den Patienten in dem Ruf steht, dass die Visitierenden Ärzte beinahe im Laufschritt durch die Zimmer eilen, wird von Herrn Mustermann nun dahingehend bewertet, dass er mit der Visitegesprächsdauer innerhalb der ‚*Paracelsus-Klinik*' noch unzufriedener gewesen wäre, als in der von ihm in Anspruch genommenen ‚*Asklepios-Klinik*'. Kurzum: Im Geiste schätze Herr Mustermann seine antizipierte Visitegesprächsdauerzufriedenheit mit der ausgeschlagenen ‚*Paracelsus-Klinik'* der Gestalt ein, dass er diesem Leistungsmerkmal auf einer visuellen Analogskala mit nur 15 Punkte (0 = sehr unzufrieden bis 100 = sehr zufrieden) geben würde. Fügen wir nun diese beiden Zwischenergebnisse zusammen, so gelangen wir – wie der nachstehenden mathematischen Notation entnommen werden kann – zu der Einsicht, dass Herr Mustermann sein anfängliches Unzufriedenheitsurteil um geschlagene 15 Punkte nach oben korrigieren würde.

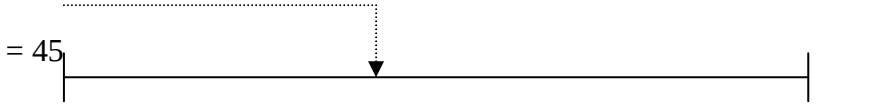
$$GTZ(X_a) = TZ(X_a) + R\big(TZ(X_a) - TZ(X_b)\big)$$

$$GTZ(X_a) = 30 + R(30\text{-}15)$$

$$GTZ(X_a) = 30 + 15$$

$$GTZ(X_a) = 45$$

VAS =



Legende:

$GTZ(X_a)$ = Gesamtzufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im gewählten Asklepios-Krankenhaus
R = Regret / Rejoice
$TZ(X_a)$ = Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im gewählten Asklepios-Krankenhaus
$TZ(X_b)$ = Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im nicht gewählten Paracelsus-Krankenhaus
VAS = Visuelle Analogskala zum Item ‚Visitegesprächsdauerzufriedenheit'

Bezieht aber nun Herr Mustermann ebenfalls die Ulmer-Klinik, über deren innovatives Visitekonzept – indem die Visitegesprächszeit vermittels funktionaler Entflechtung deutlich erhöht werden konnte – Herr Mustermann durch den während seines stationären Krankenhausaufenthaltes in der Asklepios-Klinik im Fernsehen ausgestrahlten Dokumentarfilm »*Wer will schon krank sein auf der Welt*« von Maximiliane MAINKA (1977) informiert wurde, in die Zufriedenheitsbeurteilung mit ein, so ergibt sich der folgende Urteilsbildungsprozess: Unter Berufung auf die audiovisuell überlieferte Information, dass die Visite auf der Ulmer Modellstation durchschnittlich 10 Minuten dauert, kommt Herr Mustermann hinsichtlich seiner antizipierten Visitegesprächsdauerzufriedenheit mit der außer acht gelassenen Ulmer Klinik zu dem Ergebnis, dass er – da eine zehnminütige Visitedauer sich mit seinem apriorischen Erwartungsintervall (8 bis 12 Minuten) in Übereinstimmung befindet – mit der Visitedauer in der Ulmer Klinik äußerst zufrieden gewesen wäre. Ergänzen wir nun die obige Rechenformel um diese dritte Teilleistungszufriedenheitseinschätzung, wobei wir nachstehend davon ausgehen, dass Herr Mustermann seine antizipierte Visitegesprächsdauerzufriedenheit mit der Ulmer Klinik auf einer visuellen Analogskala mit 75 Punkten angegeben hätte, so erhalten wir folgende Zufriedenheitsrechnung:

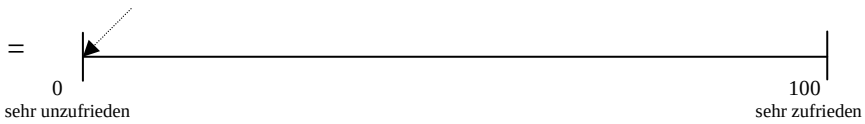
$$GTZ(X_a) = TZ(X_a) + R\big(TZ(X_a) - TZ(X_b) - TZ(X_c)\big)$$

$$GTZ(X_a) = 30 + R(30\text{-}15\text{-}75)$$

$$GTZ(X_a) = 30 + (-60)$$

$$GTZ(X_a) = -30$$

VAS =



Legende:

$GTZ(X_a)$ = Gesamtzufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im gewählten Asklepios-Krankenhaus
R = Regret / Rejoice
$TZ(X_a)$ = Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im gewählten Asklepios-Krankenhaus
$TZ(X_b)$ = antizipierte Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im nicht gewählten Paracelsus-Krankenhaus
$TZ(X_c)$ = antizipierte Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitegesprächsdauer' im nicht gewählten Ulmer-Krankenhaus
VAS = Visuelle Analogskala zum Item ‚Visitegesprächsdauerzufriedenheit'

Wie an der obigen Notation leichterhand abgelesen werden kann, würde die anfängliche Unzufriedenheit unserer Herrn Mustermann mit der innerhalb der Asklepios-Klinik erlebten ‚Visitegesprächsdauer' durch die Einschätzung, dass er in der nicht gewählten Ulmer-Klinik hinsichtlich dieses Leistungsmerkmales eine viel bessere, seinen ursprünglichen Erwartungen entsprechende Dienstleistung erhalten hätte, massiv an Schärfe zunehmen.

Versuchen wir nun noch einmal die gesamten im vorliegenden Kapitelunterpunkt getätigten Ausführungen in komprimierter Form zusammenzufassen, so können wir in der Summe festhalten, dass die *bis dato* zu Tage geförderteren Forschungserkenntnisse darauf hinweisen, dass Patienten im Rahmen ihres

Zufriedenheitsbildungsprozesses hauptsächlich dann auf die Referenzgröße ‚*Vergleiche mit realen oder fiktiven Alternativanbietern*' zurückgreifen, wenn ihre *ex ante* Erwartungen enttäuscht wurden. *In medias res* bedeutet dies, dass der Vergleichsstandard ‚*reale oder fiktive Alternativanbieter*' im Gegensatz zu den Vergleichsstandarten I-V nicht als alleinige Referenzgröße herangezogen wird. Das heißt also, dass – modelltheoretisch gesprochen – das in Abbildung 56 zum Vorschein kommende Vergleichsstandardrad ausnahmslos dann aktiviert und auf der Stufe des VI Vergleichsstandards zum stehen gebracht wird, wenn ein vorhergehender – an Erwartungen, sozialen Vergleichswerten oder Gerechtigkeitsnormen durchgeführter – Zufriedenheitsbeurteilungsprozess ein negativen Ergebnis gezeitigt hat. Der durch Unzufriedenheitsgefühle ausgelöste Vergleich mit realen oder fiktionalen Alternativanbietern führt – wie wir an unserem Beispielpatienten Manfred Mustermann demonstrieren konnten – letztlich dazu, dass die Patienten ihr primäres Unzufriedenheitsgefühl entweder noch weiter nach unten („Regret-Effekt") oder aber ein Stück weiter nach oben („Rejoice-Effekt") regulieren können.

3.6 „*Schwerter zu Pflugscharen*" oder Das ‚*Erwartungszentrierte, multiple Vergleichsstandardmodell der Patientenzufriedenheitsgenese*'

Fochten die bisweilen auf den Feldern der PZF anzutreffenden Zufriedenheitsentstehungsmodelle, in denen die Soll-Dimension wahlweise mit Bedürfnissen, Erwartungen, Wünschen oder aber mit sozialen Vergleichswerten und Gerechtigkeitsnormen ausstaffiert wurden, einen unerbitterlichen, kein Nebenmodell duldenden Schwertkampf aus, so konnte in den vorausgehenden Kapitelunterpunkten gewissermaßen ein Friedensbund zwischen diesen lange Zeit verfeindeten Modellkonzeptionen geschlossen werden, welcher in letzter Konsequenz dazu führte, dass die – um in der Überschriftmetapher zu verweilen – *bis dato* gegeneinander geführten Schwerter nunmehr zu gemeinsam geführten Pflugscharen umfunktionalisiert und zur Fruchtbarmachung des modelltheoretischen Bodens der PZF angewandt wurden. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass wir in den obigen Kapitelunterpunkten eine Vielzahl von empirischen Befunden aus den Forschungszweigen der Lebens-, Kunden- und PZF anführen konnten, welche der noch zu verifizierenden Hypothese Kredit geben, dass Patienten im Rahmen des Zufriedenheitsbeurteilungsprozesses neben der zentralen Referenzgröße ‚prädikative Erwartungen' durchaus – entweder simultan oder sequentiell – noch auf weitere Vergleichsstandarte – angefangen bei ‚sozialen Vergleichen', über ‚Gerechtigkeits- und Fairnessnormen' und einfache ‚Urteilsheuristiken' bis hin zu ‚Vergleichen mit realen oder fiktiven Alternativanbietern'– zurückgreifen.

Das bereits in der Abbildung 56 zum Vorschein kommende ‚*Erwartungszentrierte, multiple Vergleichsstandardmodell der PZ-Genese'* (EmVP) kann nun folgendermaßen gelesen werden: Die Ausbildung eines PZ-Urteils basiert auf einem höchst komplexen intrapsychischen Informationsverarbeitungs- und Vergleichsprozess, indem die ‚prädikativen Erwartungen' den primäreren Referenzpunkt (Soll-Dimension) darstellen, an dem das perzipierte Dienstleistungsattribut (Ist-Dimension) zur Zufriedenheitsgenerierung abgeglichen wird. Unter gewissen Umständen – z.B. wenn der nach seiner Zufriedenheit mit einem bestimmten Leistungsmerkmal befragte Patient diesbezüglich keine ex ante Erwartungen ausgebildet hat, wenn die Frage auf Qualitätszufriedenheit abzielt oder aber wenn der erste Erwartungs-Wahrnehmungs-Vergleich Unzufriedenheitsgefühle nach sich zog – kann der befragte Patient nun aber, indem er den Motor des kognitiven Vergleichsstandardrades zündet, seinen anfänglichen Vergleichstandard I, sprich die ‚prädikativen Erwartungen', durch einen oder eventuell auch mehrere der sekundären

Vergleichsstandarte II-VI ersetzen; wobei die Wahrscheinlichkeit der Vergleichsstandardradaktivierung um so größer ist, je höher das Involvement des Patienten ist. Pointiert formuliert bedeutet letzteres, dass die kognitiven Anstrengungen, welche mit der Indienstnahme der alternativen Referenzgrößen – ausgenommen Vergleichsstandard V – unweigerlich einhergehen, vornehmlich von jenen Patienten anstandslos getragen werden, die sowohl dem zur Beurteilung stehende Dienstleistungsmerkmal als auch der an ihnen durchgeführte Zufriedenheitsbefragung eine hohe Bedeutsamkeit beimessen. Wenngleich wir uns an dieser Stelle auch einschränkend eingestehen müssen, dass das im Rahmen des vorliegenden Kapitels konzipierte *‚Erwartungszentrierte, multiple Vergleichsstandardmodell der PZ-Genese'* (EmVP), welches gewissermaßen als eklektizistische Quintessenz der bisher quer zueinander verlaufenden modelltheoretischen Ansätze aus den Bereichen der Lebens-, Kunden- und PZF angesehen werden kann, in dieser Form empirisch noch nicht überprüft worden ist, so wird das EmVP nach Ansicht des Verfassers nichtsdestotrotz dem komplexen PZ-Bildungsprozess weitaus mehr gerecht als das *bis dato* in der internationalen PZF dominierende E-D-Modell. In den beiden unmittelbar nachstehenden Unterkapiteln soll das EmVP nun abschließend noch um um zwei wesentliche Punkte ergänzt werden.

3.6.1 "Kognitive Algebra" oder Wie entsteht das Gesamtzufriedenheitsurteil?

Die zentrale Frage, welche im hiesigen Kapitelunterpunkt beantwortet und anschließend in das EmVP integriert werden soll, lautet: *Auf welchem Wege gelangt der Patient zu seinem Gesamtzufriedenheitsurteil mit der in Anspruch genommenen Dienstleistung?* Wenden wir uns mit dieser Fragestellung an die einschlägige Kunden- und PZ-Literatur, so gelangen wir zu der Einsicht, dass diesbezüglich in der Literatur überlicherweise zwischen zwei Modellen, in Worten dem kompensatorischen- und dem nicht-kompensatorischen Gesamtzufriedenheitsmodell, unterschieden wird.[654] Dabei geht das kompensatorische Modell von der undifferenzierten Annahme aus, dass sich das Gesamtzufriedenheitsurteil aus der Aggregation der ungewichteten Teilleistungszufriedenheitswerte ergibt. Das diesem Modell vorangestellte Adjektiv „kompensatorisch" verdankt sich nun dem Umstand, dass innerhalb dieses Modells eine bestehende Teilleistungsunzufriedenheit (z.B. die Unzufriedenheit mit der erlebten Arztbeziehung) durch eine andere Teilleistungszufriedenheit (z.B. die Zufriedenheit mit dem Krankenhausessen) ausgeglichen *resp.* kompensiert werden kann. Ausgehend von der Kritik, dass Patienten den einzelnen Teilleistungskomponenten unterschiedliche Wichtigkeitsmaße – so scheint es *bspw.* logisch evident zu sein, dass einem Patienten gemeinhin die Arztbeziehung wichtiger ist als die Reichhaltigkeit des Krankenhausessens[655] – zuweisen, gehen nichtkompensatorische Gesamtzufriedenheitsmodelle – wie der nachstehenden Rechenformel entnommen werden kann – davon aus, dass bei der Aggregation der Teilleistungszufriedenheitswerte die jeweiligen Wichtigkeitsmaße miteinzubeziehen sind.

[654] vgl. SCHÜTZE 1992: 173
[655] vgl. SCHMIDT 1997: 1

Das kompensatorische Gesamtzufriedenheitsmodell:

$$GZ_{ij} = f\left(\frac{TLZ_{ij1} + TLZ_{ij2} + TLZ_{ij3} + ...TLZ_{ij10}}{10}\right)$$

Legende:
GZ_{ij} = Gesamtzufriedenheit des Patienten i mit dem Aufenthalt im Krankenhaus j
$TLZ_{ij1\text{-}10}$ = Zufriedenheitswerte des Patienten i mit den Teilleistungen 1-10 des Krankenhauses j

Das nicht-kompensatorische Gesamtzufriedenheitsmodell:

$$GZ_{ij} = f\left[\frac{\left(W_{ij1} * TLZ_{ij1}\right) + \left(W_{ij2} * TLZ_{ij2}\right) + \left(W_{ij3} * TLZ_{ij3}\right)...\left(W_{ij10} * TLZ_{ij10}\right)}{20}\right]$$

Legende:
GZ_{ij} = Gesamtzufriedenheit des Patienten i mit dem Aufenthalt im Krankenhaus j
$W_{ij1\text{-}10}$ = Wichtigkeit der Leistungsmerkmale 1-10 des Krankenhauses j für den Patienten i
$TLZ_{ij1\text{-}10}$ = Zufriedenheitswerte des Patienten i mit den Teilleistungen 1-10 des Krankenhauses j

Die zentrale, in der fachspezifischen Literatur mitunter höchst kontrovers diskutierte Frage, welche sich nunmehr vor dem Hintergrund des nichtkompensatorischen Gesamtzufriedenheitsmodells geradezu aufdrängt, lautet: *Wie können die jeweilige Teilleistungswichtigkeit erfasst bzw. welche (statistischen) Größen (z.B. Quadrierte Korrelationskoeffizienten r_j^2, standarisierte Regressionskoeffizienten β_i oder Johnsons Epsilon ε[656]) können als Wichtigkeitsmaße herangezogen werden?* Im Folgenden soll nun unter vorrangiger Bezugnahme auf die Forschungsarbeit »*Basis-, Begeisterungs- und Leistungsfaktoren und deren Identifizierung bei einer direkten und indirekten Messung der Wichtigkeit von Zufriedenheitskriterien. Dargestellt am Beispiel der krankenhausbezogenen PZ*« von Ralf SCHMIDT (1997)[657] aufgezeigt werden, dass eine kurzsichtige Beantwortung dieser strategisch bedeutsamen Fragestellung weitreichende negative Folgen für das Zufriedenheitsmanagement nach sich ziehen kann.

Während der erste Teil des im voranstehenden Satz ausbuchstabierten Arbeitstitels auf die drei grundlegenden Säulen des Kano-Modells anspielt, so verweist der zweite Teil des Studientitels auf den Tatbestand, dass in der Kunden- und PZ-Forschung zur Wichtigkeitsbestimmung zwischen zwei Verfahren, in Worten der direkten- und die indirekten Wichtigkeitsbestimmungsmethode, unterschieden wird. Betrachten wir nun in einem ersten Schritt die Methode der direkten Wichtigkeitsbestimmung, in deren Rahmen die Patienten explizit danach befragt werden, wie wichtig ihnen die einzelnen Leistungsmerkmale sind, so zeigt sich, dass in der PZF zumeist ein so genannter Zweikomponentenansatz benutzt wird. D.h., dass zuzüglich zu jeder Zufriedenheitsfrage eine Wichtigkeitsfrage gestellt wird. Dieser in der Vergangenheit häufig zur Wichtigkeitsbestimmung angewandte Zweikomponentenansatz weist jedoch insgesamt zwei gravierende Nachteile auf: *Erstens* werden den Patienten – in Analogie zur SERQUAL-Doppelskala – durch das Ausfüllen der Wichtigskeitsskalen zusätzliche kognitive Kosten

[656] siehe dazu ausführlich HOMBURG & KLARMANN 2006: 229ff.

[657] Derjenige Leser, welcher sich vertiefender mit den indirekten und direkten Messverfahren zur Wichtigkeitsbestimmung auseinandersetzen will, sei auf die nachstehende Literatur verwiesen: GIESA 2007; HOMBURG & KLARMANN 2006; MATZLER / PECHLANER & SILLER 2001 sowie SCHNEIDER & KORNMEIER 2006: 68ff.

aufgebürdet[658], was unter anderem dazu führen kann, dass der Fragebogen nicht mit der gewünschten Sorgfalt ausgefüllt wird. *Zweitens* konnte in mannigfachen Studien der Nachweis erbracht werden, dass Kunden *resp.* Patienten, welche mittels einer Likert-Skala nach ihrer Wichtigkeit befragt wurden, zu einer Art Anspruchsinflation (Ceiling-Effekt) tendieren.[659] Mit anderen Worten: Die Befragten neigen verstärkt dazu, sämtliche Leistungsmerkmale für wichtig zu halten. Verschärfend kommt nun *drittens* noch hinzu, dass Patienten, welche mittels *‚Rangordnungsverfahren'* („Nennen Sie die drei Leistungsdimensionen, die ihnen am wichtigsten sind") oder *‚Konstantsummenskala'* („Sie können auf die gesamten Leistungsattribute insgesamt 100 Wichtigkeitspunkte verteilen") die für sie wichtigsten Leistungsdimensionen der konsumierten Dienstleistung küren sollten, zumeist den so genannten Muss- oder Basisleistungen (z.B. einwandfreie hygienische Verhältnisse, gut ausgebildetes Personal, medizinische Fachkompetenz usw.) die höchste Wichtigkeit zuordnen wird. Die Leistungsfaktoren werden hingegen als zweitrangig und die Begeisterungsfaktoren als vergleichsweise unwichtig eingestuft.[660] Dass diese Ergebnisse nun aber mit den Einsichten des Kano-Modells gänzlich unvereinbar sind, soll das nachstehende Beispiel verdeutlichen: Gehen wir dabei von dem Fall aus, dass der Patient *Gustav Gans*, welcher vor der Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistung „ambulante Arthroskopie" aus einer insgesamt zehn Leitungskriterien umfassenden Tabelle – die von „hohe hygienische Standards" über „fachliche Kompetenz des Operateurs" bis hin zur „Freundlichkeit der Arzthelferinnen" und „angenehme Atmosphäre des postoperativen Aufwach- und Beobachtungraumes" reichte – die drei wichtigsten Kriterien herauswählen sollte, dem Leistungsattribut „hohe hygienische Standards" die höchste Wichtigkeit beimaß. Realiter würde die Gesamtzufriedenheit des Patienten *Gustav Gans* von diesem Leistungsattribut jedoch nur äußerst marginal beeinflusst, da Leistungskriterien wie etwa die „Freundlichkeit der Arzthelferinnen" oder die „Zufriedenheit mit der räumlichen Ausstattung" sich in der indirekten Wichtigkeitsmessung mittels multipler Regressionsanalyse (standarisierte Regressionskoeffizienten β_i) als weitaus bedeutsamer erwiesen haben. SCHMIDT führt diese Ergebnisdifferenzen nun auf den plausiblen Umstand zurück, dass Patienten im Rahmen von direkten Wichtigkeitsbestimmungsverfahren Risikoabwägungsüberlegungen in ihr Urteil einbeziehen. Genaugenommen kann davon ausgegangen werden, dass Patienten – die *bspw.* insgesamt zehn Leistungsattribute mittels Konstantsummenskala hinsichtlich ihrer Wichtigkeit einschätzen sollen – sich zur Meinungsgenerierung diverse Horrorszenarien ausmalen, in denen sie die jeweiligen negativen Auswirkungen durchspielen, zu denen ein Leistungsdefizit (z.B. „Welche Konsequenzen würden eintreten, wenn die Hygienestandards nicht vorschriftsgemäß eingehalten würde?") in diesem Bereich führen würde. Jene Leistungsmerkmale, deren mangelhafte Erfüllung für den Patienten ein hohes gesundheitliche Risiko bedeuten würde, weisen in direkten Wichtigkeitsbestimmungsverfahren demzufolge die höchste Relevanz auf.[661] Ein unschätzbarer Vorteil indirekter Wichtigkeitsbestimmungsverfahren besteht nun gerade darin, dass der voranstehend beschriebene Risikoabwägungsprozess entfällt und somit die risikoärmeren Leistungsattribute stärker ins Gewicht fallen. Um nun auf der Grundlage indirekter Wichtigkeitsbestimmungsverfahren eine abschließende Gesamtzufriedenheitsberechnungsformel entwickeln zu können, werden wir im Folgenden kurz skizzieren, wie die einzelnen

[658] vgl. BEUTIN 2006: 157

[659] vgl. BEUTIN 2006: 157; DICHTL & MÜLLER 1986: 233; SCHMIDT 1997: 6; SCHÜTZE 1992: 175. *En passant* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in Zufriedenheitsstudien zur Ausschaltung der Anspruchsinflationsneigung vereinzelnd auch Rangordnungsverfahren, Konstantsummenskalen sowie Anchored-Skalen (siehe dazu ausführlich GIESA 2007: 25ff.) verwendet werden. Die unstreitbaren Vorteile dieser vergleichenden Skalen werden jedoch durch die immens hohen kognitiven Leistungsanforderungen, welche diese Skalen an den Kunden *resp.* Patienten stellen, egalisiert.

[660] vgl. GIESA 2007: 35

[661] vgl. SCHMIDT 1997: 13

Teilleitungswichtigkeiten mittels der multiplen Regressionsanalyse in Erfahrung gebracht werden können. Wie die nachfolgenden Abbildung 59 verdeutlicht, werden im Rahmen der regressionsanalytischen Wichtigkeitsbestimmung die einzelnen Teilleistungszufriedenheitswerte (TLZ_{ij1-10}) als unabhängige Variablen aufgefasst und mit der direkt – z.B. mit dem Item: „Wie zufrieden waren Sie mit der Krankenhausbehandlung insgesamt?" – gemessenen abhängigen Variable ‚Gesamtzufriedenheit' (GZ_{dj}) in Beziehung gesetzt. Die ermittelten Regressionskoeffizienten (β_{1-10}) geben nun an, wie stark die Teilleistungszufriedenheiten (TLZ_{j1-10}) die Gesamtzufriedenheit (GZ_{dj}) beeinflussen. Exakt formuliert bedeutet dies, dass ein Regressionskoeffizient (z.B. β_1) angibt, inwieweit sich die Gesamtzufriedenheit (GZ_{dj}) ändert, wenn die Zufriedenheit mit der Teilleistung ‚Visitezufriedenheit' (TLZ_{j1}) um 1 steigen und die Zufriedenheit mit den anderen Teilleistungen (TLZ_{j2-9}) konstant bleiben würde.[662]

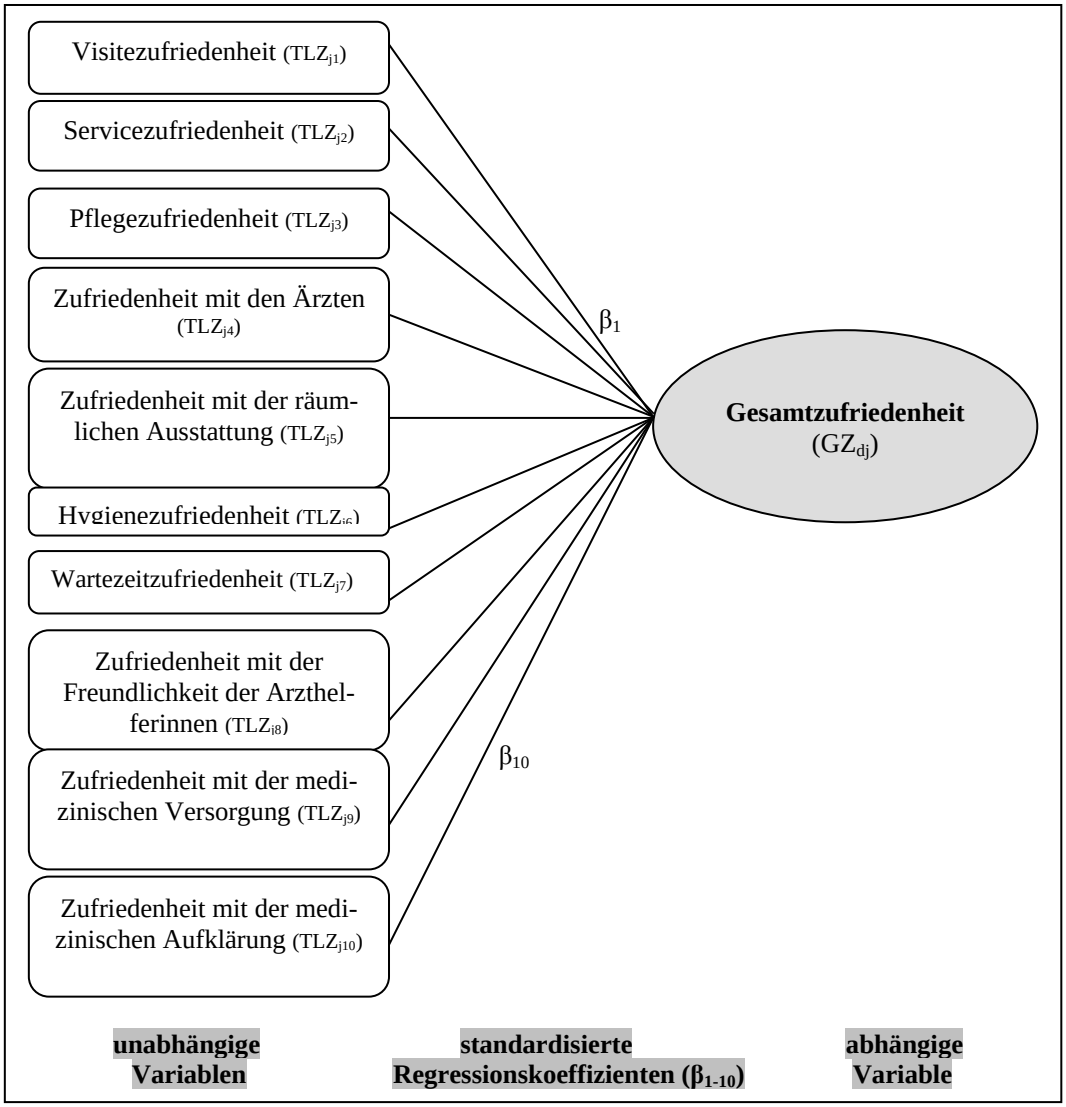


Abb. 59: Die multiple Regressionsanalyse als Wichtigkeitsbestimmungsverfahren[663]

Fügen wir nun die standardisierten Regressionskoeffizienten (β_{1-10}) als Wichtigkeitsmaße in die Gesamtzufriedenheitsrechnung ein, so ergibt sich das folgende Bild:

[662] vgl. HOMBURG & SCHMIDT 2006: 232

[663] Mit Nachdruck sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass ausnahmslos die standardisierten Regressionskoeffizienten als Wichtigkeitsmaße anzusehen sind. Praktisch bedeutet dies, dass die Regressionskoeffizienten von unabhängigen Variablen mit unterschiedliche Messdimensionen (z.B. 5-Punkt-Likert-Skala und Visuelle Analogskala) nachträglich standardisiert werden müssen (siehe dazu ausführlich BACKHAUS et al. 2003: 61-62).

$$\mathbf{GZ_{ij}} = f\left(\beta_1 * TLZ_{ij1} + \beta_2 * TLZ_{ij2} + \beta_3 * TLZ_{ij3} + ... + \beta_{10} * TLZ_{ij10}\right)$$

Legende:
GZ_{ij} = Gesamtzufriedenheit des Patienten i mit dem Aufenthalt im Krankenhaus j
β_{ij1-10} = Wichtigkeit der Leistungsmerkmale 1-10 des Krankenhauses j für den Patienten i (Standardisierte Regressionskoeffizienten als Wichtigkeitsmaß)
TLZ_{ij1-10} = Zufriedenheitswerte des Patienten i mit den Teilleistungen 1-10 des Krankenhauses j

Bevor nun die obig herausgestellte Gesamtzufriedenheitsformel in das *‚Erwartungszentrierte, multiple Vergleichsstandardmodell der PZ-Genese'* (EmVP) integriert wird, sollen vorab noch in dem unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt 3.6.2 die zentralen physischen und konativen Auswirkungen der Patienten(un)zufriedenheit herausgearbeitet werden.

3.6.2 Die Patienten(un-)zufriedenheit und ihre physiologischen und konativen Auswirkungen

Zur Komplettierung des EmVP einerseits sowie zur Untermauerung der ausgangs des vorliegenden dritten Kapitels stipulierten PZ-Emotionsthese – laut derer die PZ, da sie auf den Ebenen des Gefühlslebens, der Physiologie sowie des Verhaltens zu signifikanten Veränderungen führt, als Emotion zu begreifen ist – andererseits, werden wir uns in den nachstehenden Zeilen mit der Fragestellung: *Welche physiologischen als auch konativen Effekte werden durch die Zufriedenheit resp. Unzufriedenheit gemeinhin beim Patienten ausgelöst?* an die internationale PZ-Literatur wenden.

Betrachten wir nun zuerst die in der einschlägigen Literatur nachgewiesenen PZ-Auswirkungen, so erhalten wir das folgende Bild:

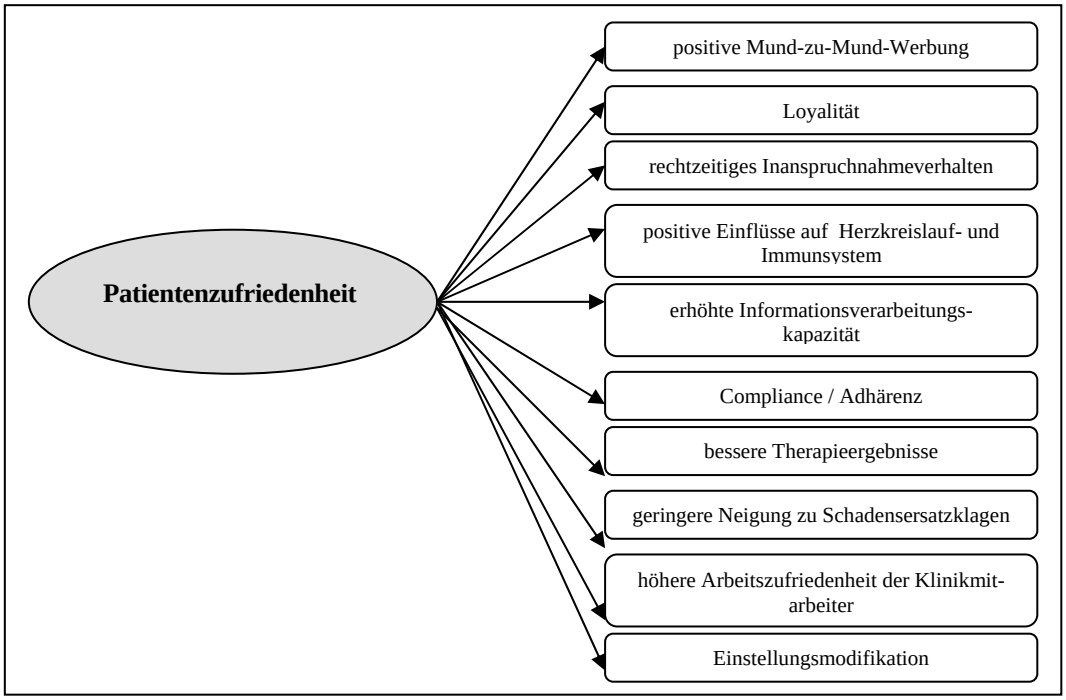


Abb. 60: Physiologische und konative Auswirkungen von Patientenzufriedenheit

In den nachstehenden Zeilen werden wir nun die in der vorausgehenden Abbildung 61 abgelichteten zehn PZ-Konsequenzen etwas genauer ins Visier nehmen:

1.Positive Mund-zu-Mund-Werbung: Der in betriebswirtschaftlichen KuZ-Studien hinlänglich bewiesene Zusammenhang zwischen KuZ und positiver Mundwerbung – demzufolge zufriedene Kunden ihre

positiven Konsumerlebnisse durchschnittlich 3-7 potentiellen Kunden kommunizieren – konnte innerhalb der PZF ebenfalls repliziert werden.[664] *En passant* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Erzielung einer positiven Mundwerbung für medizinischtherapeutische Dienstleistungsanbieter insbesondere deshalb von überaus hoher Wichtigkeit ist, da sie *erstens* von den Informationsempfängern als glaubwürdiger eingeschätzt wird, *zweitens* aufgrund der rechtlich eingeschränkten Werbemöglichkeiten im Gesundheitswesen das wirkungsvollste und zugleich kostengünstigste Werbeinstrument darstellt, *drittens* so genannte ‚Schlüsselpersonen' wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte, deren Meinung im Rahmen der Krankenhauswahlentscheidung eine dominante Rolle spielt, erreicht sowie weil eine medizinisch-therapeutische Dienstleistung aufgrund ihres hohen Anteils an Vertrauenseigenschaften *viertens* eine enormes Risikopotenzial aufweist und wir aus der Konsumentforschung wissen, dass das präkonsumistische Informationsverhalten umso ausgeprägter ist, je höher das Konsumrisiko seitens des Kunden eingeschätzt wird. Bevor wir uns nun in Gestalt der ‚Patientenloyalität' der zweiten patientenzufriedenheitsgeschuldeten Verhaltenimplikation zuwenden werden, sollen vorab noch zwei Anmerkungen zum Thema ‚Mundwerbung' angestrengt werden, die *bis dato* innerhalb der PZ-Literatur gänzlich ausgeklammert wurden. *Nudis verbis*: Die *‚elektronische Mund-zu-Mund-Werbung'* sowie die *‚Idealisierung der Perspektivenreziprozität'*. Zur so genannten *‚elektronische Mund-zu-Mund-Werbung'*, also der Artikulation von Kundenempfehlungen im Internet, kann an dieser Stelle – da dieses Konstrukt selbst in der betriebswirtschaftlichen KuZ-Literatur bislang eher stiefmütterlich behandelt wurde – nur die naheliegende Vermutung geäußert werden, dass die wirtschaftliche Bedeutsamkeit der Mundwerbung durch virtuelle Patientenempfehlungsplattformen wie zum Beispiel der Internetseite www.die-aerztempfehlung.de sowie durch die Vielzahl der bestehenden Online-Patientenerfahrungsaustauschforen – *exempli causa* www.patienten-erfahrungen.de – für Institutionen des Gesundheitswesens enorm zugenommen hat; wobei jedoch im selben Atemzug betont werden muss, dass die *‚elektronische Mundwerbung'* gegenüber der klassischen *‚face-to-face Mundwerbung'* aufgrund fehlender sozialer Kontrollmöglichkeiten (z.B. Mimik, Gestik etc.) einen geringeren Glaubwürdigkeitsgrad aufweist. Der im Folgenden noch abschließend *in nuce* zu erörternde Einsprengsel namens *‚Idealisierung der Perspektivenreziprozität'* stimmt nun insofern in den zuletzt angeschlagenen Mollton ein, als dass das von dem Soziologen Alfred SCHÜTZ entwickelte Theorem die unausgesprochenen Voraussetzungen der Mundwerbungs-Wirksamkeit zu Tage fördert. Dies bedeutet nun, dass die Mundwerbungswirksamkeitsvorstellung auf der idealen Annahme beruht, dass der Empfehlungsempfänger die Konsumsituation genauso wahrgenommen und bewertet hätte wie der Empfehlungsabsender. Dass nun aber eine derartige Ausgangskonstellation realiter nicht immer gegeben ist, soll dem Leser nachstehend anhand eines kleinen Fallbeispiels, in welchem wir nochmals die Dienste unserer bewährten Patienten *Manfred Mustermann* und *Gustav Gans* in Anspruch nehmen werden, *ad oculus demonstriert* werden. Gehen wir dabei von folgenden Szenario aus: Herr Gustav Gans, der aufgrund anhaltender Kniebeschwerden in naher Zukunft eine Kniespiegelung im Asklepios-Klinik durchführen lassen möchte, erfährt nun durch Zufall von einer Freundin, dass sich sein ehemaliger Arbeitskollege Manfred Mustermann wegen eines Oberschenkelhalsbruches bis vor kurzem in der Asklepios-Klinik aufgehalten habe und gegenwärtig von einem ortsansässigen Orthopäden weiterbehandelt wird. Den Ratschlag seiner Bekannten, doch bei Herrn Mustermann einmal nachzuhorchen, wie er den stationären Aufenthalt in der besagten Klinik erlebt habe, postwendend umsetzend ruft Herr Gans Herrn

[664] vgl. FERGUSON et al. 2006 und MAC STRAVIK 1991: 33ff.

Mustermann noch am selben Tage an. In diesem Telefonat hatte nun Herr Mustermann für die orthopädische Abteilung des Asklepios-Krankenhauses kein gutes Wort übrig. So beschwerte er sich anderem unter lautstark über das miserable Essen sowie den mangelnden Servicekomfort (u.a. kein DVD-Player, 3-Bett- statt 2-Bett-Zimmer, kein stilles Mineralwasser, kein Wasserbett, billiger Blümchenkaffee usw.). Betrachten wir nun, wie Herr Gans, nachdem er den Hörer aufgelegt hatte, die soeben erhaltenen Informationen seines ehemaligen Arbeitskollegen bewertete. Herr Gans rief sich nun einerseits in Erinnerung, dass sich Herr Mustermann schon während ihrer gemeinsamen Arbeitszeit das an und für sich aus seiner Perspektive recht gut mundende Kantinenessen beanstandete und sich auch sonst zuhauf als verkannter Gourmet aufspielte. Dies führte nun dazu, dass Herr Gans die von Herrn Mustermann zugespielte Information *‚Essen schmeckt im Asklepios-Krankenhaus nicht'* keine Wertigkeit zumaß, da er davon ausging, dass die Mustermannschen-Geschmackgspappilen wohl nur durch eine 5-Sterne-Küche zufriedengestellt werden könnten. Bezüglich des zweiten zentralen Kritikpunktes, sprich des mangelhaften Komforts, kam Herr Gans nach kurzer Überlegung zum der Einsicht, dass ihm die fachliche Kompetenz der Krankenhausärzte wichtiger sei und er sich mit dem Komfort durchaus anfreunden könnte. *Summa summarum* können wir aus diesem etwas überzeichneten Fallbeispiel die Erkenntnis ableiten, dass die Wirkung von positiver wie negativer Mundwerbung darauf basiert, dass der Kommunikationsempfänger davon ausgeht, dass der Kommunikationsabsender in etwa die gleichen Relevanz- *bzw.* Bewertungskriterien aufweist, wie er selbst.

2. Loyalität: Der in betriebswirtschaftlichen KuZ-Studien mannigfach erbrachte Nachweis, dass die KuZ eine notwendige, wenngleich auch nicht ausreichende, Voraussetzung für die Bindung des Kunden an das entsprechende Produkt *resp.* die in Anspruch genommene Dienstleistung bildet[665], konnte *dito* in der PZF zu Tage gefördert werden. Entsprechend konnte in einigen Studien aufgezeigt werden, dass zufriedene Patienten einerseits ihren Haus- und Facharzt seltenen wechseln sowie dass sie andererseits auch ihrem Krankenhaus signifikant häufiger treu blieben.[666] Angemerkt sei vor diesem Hintergrund noch, dass davon ausgegangen werden kann, dass die PZ im Gegensatz zur KuZ insofern einen stärkeren Einfluss auf die abhängige Variable ‚Loyalität' ausübt, da das so genannte Variety-Seeking-Motiv, sprich der auf Neugierde und Abwechslungswünschen gründende Anbieterwechsel, aufgrund der hohen Risikobehaftetheit medizinisch-therapeutischer Dienstleistungen die Wahlentscheidung des Patienten nicht beeinflusst.[667]

3. Rechtzeitiges Inanspruchnahmeverhalten: „Der Eintritt ins Sprechzimmer beruht" – so formuliert der Medizinsoziologe Eliot FREIDSON in seinem international bekannten Buch »Der Ärztestand«– „(...) auf einem höchst selektiven organisierten sozialen Prozess."[668] Dieser Passus verweist nun auf den Umstand, dass die faktische Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Leistungen, mithin das symbolträchtige überschreiten der Türschwelle zum Arztzimmer, an eine Vielzahl von endogenen und exogenen Faktoren geknüpft ist. Konkret gesagt bedeutet dies, dass die Inanspruchnahme professioneller medizinisch-therapeutischer unter anderen vom Krankheitswissen, der sozialen Schichtzugehörigkeit, der individuellen Lebensphilosophie, dem Ärztevertrauen, der Größe des sozialen Netzwerks, dem Bildungsstand, der individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepte usw. abhängt. Neben diesen vor-

[665] siehe dazu insbesondere die Übersichtsartikel von HOMBURG & BUCERIUS 2006 sowie HOMBURG / BECKER & HENTSCHEL 2008
[666] vgl. AL-MAILAM 2005; FAN et al. 2005; FISK et al. 1990; GARMAN et al. 2004; HJORTDAHL & LAERUM 1992; KURELLA 1976: 1240; LEE 2005; MACK et al. 1995; MARQUIS et al. 1983; MAC STRAVIC 1987, 1991, 1994a&b sowie PLATONOVA et al. 2008 und SAULTZ & ALBEDAIWI 2004
[667] vgl. KNOP 2002
[668] FREIDSON 1979: 233

anstehend rhapsodisch aufgelisteten Einflussfaktoren übt nun ferner die Zufriedenheit der Patienten mit den von ihnen in der Vergangenheit in Anspruch genommen medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen einen signifikanten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten aus. Kurzum: Es konnte in mehreren Studien glaubhaft dokumentiert werden, dass jene Patienten, die mit ihren vergangenen Arztkonsultationen zufrieden gewesen sind, bei auftretenden Beschwerden den Arzt frühzeitig aufsuchen.[669] Aus dieser Erkenntnis können wir nun – mit Blick auf die in Kapitel 4 zu verhandelnden Inhalte – die Aussage ableiten, dass die PZ einen wertvollen Prädikator für das zukünftig Inanspruchnahmeverhalten darstellt.[670]

4. Positive Einflüsse auf Herzkreislauf- und Immunsystem: Im Folgenden soll nun anhand einiger Forschungsarbeiten aus dem Metier der Arzt-Patient-Kommunikation sowie der Psychoneuroimmunologie der indirekte Nachweis erbracht werden, dass sich das in der Brust des Patienten entfaltende Gefühl der Zufriedenheit einen durchaus positiven Einfluss auf seine Herzkreislauftätigkeit sowie sein Immunsystem ausübt. Anschlussfähig an die im Kapitelpunkt 2.6.6 der vorliegenden Arbeit aufgezeigten parasympathischen Effekte allgemeiner Zufriedenheit konnten die Untersuchungen von ORTH et al. (1987) und LLOYD & BOR (1996) nachweisen, dass ein patientenorientierter Kommunikationsstil des Arztes nicht nur zu einer höheren PZ, sondern gleichzeitig zu einer deutlichen Entspannung zentraler kardiovaskulärer Parameter (Puls, Blutdruck etc.) führte. Ohne nun vertiefend in die für Nichtmediziner schwer zugängliche Literatur der noch jungen Forschungsdisziplin namens Psychoneuroimmunologie einsteigen zu wollen, sei an dieser Stelle lediglich darauf hingewiesen, dass im Rahmen dieses Forschungszweiges der immunsystemstärkende Einfluss positiver Emotionen allgemein anerkannt ist. Obzwar nun in der vom Autor der vorliegenden Arbeit studierten Psychoneuroimmunologieliteratur nicht sauber zwischen den einzelnen Wohlfühlemotionen differenziert wurde, so deuten die Ergebnisse dieses Forschungszweiges nichtsdestotrotz daraufhin, dass der Zufriedenheitsemotion mit hoher Wahrscheinlichkeit ein immunsystemstärkender Effekt attestiert werden kann.[671]

5. Erhöhte Informationsverarbeitungskapazität: Nachdem mehrere Forschungsarbeiten in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts zu der frappierenden Erkenntnis gelangten, dass durchschnittlich circa 40% der medizinischen Informationen, welche von Seiten des Arztes an den Patienten weitergegeben wurden, unmittelbar nach der Visite *bzw.* Konsultation vom Patienten vergessen *resp.* in unkorrekter Weise wiedergegeben werden, wandte sich die Medizinsoziologie der Untersuchung jener Faktoren zu, die einen positiven Einfluss auf die Informationsverarbeitungskapazität des Patienten ausüben. Diese Studien gelangten nun unabhängig voneinander zu der Einsicht, dass zwischen der PZ und Informationswiedergabeumfang ein positiver Zusammenhang besteht. Mit einem Wort: Patienten, die mit der Arztkommunikation zufrieden waren, konnten sich nach dem Gespräch an deutlich mehr medizinische Informationen erinnern als ihre unzufriedenen Leidensgenossen.

---

669 vgl. KURELLA 1975: 75 und 1976: 1240; MIELECK et al. 1993: 146; WARE & DAVIES 1983 sowie WIRTH 1982: 134ff. und ZASTOWNY 1989

670 LENZ 2003: 83

671 *En passant* sei der Leser in diesem Zusammenhang auf den nicht ganz bierernst zunehmender Umstand aufmerksam gemacht, dass anscheinend bereits der im 18. Jh. praktizierende Mediziner Christoph Wilhelm HUFELAND um die zuletzt genannte Zufriedenheitswirkung wusste. So finden sich nämlich in seinem im Jahre 1779 erstpublizierten Werk »*Makrobiotik oder Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern*« die folgenden Ausführungen: „Die Bedingungen zu einem langen Leben sind (...) 5) Tägliche körperliche Bewegung, Genuss der freien Luft, und ein dadurch bewirkter sanfter, ruhiger, nächtlicher Schlaf. Das Land- und Gartenleben, so wie das Reisen, Mäßigkeit im Essen und Trinken, einfache, gesunde Nahrungy Ruhe der Seele, **Zufriedenheit mit seinem Loos**, Wahrheit des Charakters, Selbstbeherrschung, ein rechtschaffener, echt christlicher Lebenswandel, ein ruhiges Gewissen, die richtige Verhütung und vernünftige Behandlung der Krankheiten, richtige Kultur der geistigen und körperlichen Kräfte, — alle diese Dinge sind notwendige Bedingungen zur Verlängerung des Lebens" [HUFELAND 1995; hervorgehoben durch den Verfasser]. Zu einer analogen Mutmaßung ließ sich der Psychotherapeut Paul DUBOIS im Jahre 1914 hinreißen: „Sobald man sich in heiterer, zufriedener Stimmung befindet und an seiner Überzeugung, ganz gesund zu sein, festzuhalten vermag, geht die Blutzirkulation leichter vion statten, der Stoffwechsel ist beschleunigt und die menschliche Maschine verrichtet ihre Arbeit gut und ohne alle Störungen" [DUBOIS 1914: 82].

6. Compliance (Adhärenz): In enger Beziehung zu der voranstehend explizierten PZ-Wirkung steht nun die bereits in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts zu Tage geförderte Erkenntnis, dass zufriedene Patienten eine höhere Compliance aufweisen.[672] Konkret gesagt bedeutet dies, dass zufriedene Patienten *bspw.* ihre Medizin regelmäßiger einnehmen, dass sie sich an Termine halten, dass sie die Therapie nicht vorzeitig abbrechen, dass sie ärztlichen Empfehlungen und Ratschlägen verstärkt Folge leisten usw.

7. Bessere Therapieergebnisse: Angesichts der im obigen Textkörper beschriebenen PZ-Auswirkungspunkte 3 bis 6 erscheint die allgemeine Erkenntnis, dass zufriedene Patienten bessere Therapieergebnisse aufweisen[673], gewissermaßen als allzu logischer Konsequenz. Für die vorliegende Arbeit, deren empirischer Part sich mit der Erfassung der Zufriedenheit von Patienten mit medizinisch-therapeutischen Dienstleistung ‚stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung' befasst, sind nun in diesem Zusammenhang allen voran die Erkenntnisse dreier amerikanischer Studien von besonderer Relevanz. So konnte nämlich sowohl in der Forschungsarbeiten von CARLSON & GABRIEL (2001) sowie DEARING und Mitarbeiter (2005) als auch in der Studie von ZHANG (2008) der Nachweis erbracht werden, dass jene Patienten, die mit der durchstandenen Drogen- *resp.* Alkoholentwöhnungstherapie überaus zufrieden gewesen waren, in der sechs Monate- und 1-Jahres-Katamnesie eine signifikant geringere Rückfallquote *bzw.* eine signifikant höhere Anzahl an Abstinenztagen aufwiesen als jene Patienten, die der Behandlung eher kritisch gegenüberstanden.[674] Darüber hinaus fanden CARLSON & GABRIEL (2001) heraus, dass die zufrieden gestimmten Patienten in der Nachsorgephase häufiger Selbsthilfegruppen aufsuchten: „The frequency of participation in self-help groups at six months" – so fassen die Autoren ihrer Ergebnisse zusammen – „was significantly positively associated with the number of hours of therapy, with abstinence from substance us, with satisfaction with effectiveness, and with global satisfaction."[675]

8. Geringere Neigung zu Schadensersatzklagen: Besonders interessanter Natur ist nun der in der deutschprachigen PZ-Literatur zumeist unberücksichtigte Tatbestand, dass sich Patienten, die mit der Arztbeziehung im Allgemeinen sowie mit der Arztkommunikation im Besonderen zufrieden waren, eine signifikant geringere Motivation aufweisen, ihren Arzt als auch das entsprechende Krankenhaus im Falle eines ärztlichen Behandlungsfehlers juristisch zu belangen.[676] *Exempli causa* konnten STELFOX et al. (2005) in ihrer Studie »*The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits*« aufzeigen, dass jene Ärzte, mit denen die Patienten äußerst unzufrieden waren, gegenüber denjenigen Ärzten, deren Patienten überaus zufrieden waren, eine um sage und schreibe 110% höhere Schadensersatzklagenrate aufwiesen.[677]

---

[672] vgl. BECKER & MAIMAN 1980;

[673] vgl. ANKUTA & ABELES 1993; BIEBER 2000: 92; BÖHM 1998: 82; BRÖKER et al. 1995; CONTE et al. 1994 und 1995; ECKHART et al. 1977 und 1979b; EDWARDS et al. 1978; FIESTER 1979; GRUYTERS & PRIEBE 1994; HANSSON & BERGLUND 1987; HOLCOMB et al. 1997 und 1998; HSER et al. 2004; HASLER et al. 2004; KANE et al. 1997; LEBOW 1982a; PEKARIK & WOLFF 1996; OEI & SHUTTLEWOOD 1999; PRIEBE 1992 und 1993; PRIEBE & GRUYTERS 1994, 1995a; PRIEBE & BRÖKER 1999; RIES et al. 1999; RUDOLF et al. 1988b sowie SCHOLZ 1987 und WILLER & MILLER 1978

[674] „Two satisfaction items were significantly related to abstinence at one year. Individuals who reported high levels of satisfaction with access and with effectiviness were more than twice as likely to be abstinent from substance use as those who reported low levels" [CARLSON & GARBRIEL 2001: 1235]. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten ferner die Forschungsarbeiten von KASARBADA et al. (2002) und HSER et al.(2004). Keinen Zusammenhang zwischen dem Grad der Patientenzufriedenheit und der Abstinenzrate nach sechs Monaten konnte hingegen in der Studie von MC LELLAN & HUNKELER (1998) festgestellt werden.

[675] ebenda: 1234

[676] vgl. AMDADY et al. 2002; BECKMAN et al. 1994; FORSTER et al. 2002; FULLAM et al. 2009; HICKSON et al. 1992 und 1994; LESTER & SMITH 1993; LEVINSON 1994 und 1997; MOORE et al. 2000; PENCHANSKY & MACNEE 1994; SHAPRIO et al. 1989 sowie VINCENT et al. 1994 und VIRSUP et al. 1999

[677] vgl. STELFOX et al. 2005: 1126

9. Höhere Arbeitszufriedenheit der Klinikmitarbeiter: In mehreren Studien konnte der Nachweis erbracht werden, dass einerseits ein solides Jobzufriedenheitsniveau der professionellen Mitarbeiter eine unabdingbare Voraussetzung zur Schaffung zufriedener Patienten ist[678] sowie dass sich andererseits die Zufriedenheit der Patienten im Sinne einer rekursiven Rückkoppelungsschleife positiv auf das Arbeitszufriedenheitsniveau der Klinikmitarbeiter auswirkt.[679] Ungeachtet einer inexistenten empirischen Befundlage kann nach Meinung des Autors der vorliegenden Arbeit ferner davon ausgegangen werden, dass zufriedene Patienten, die gemeinhin als angenehmere und hilfreichere Mitpatienten empfunden werden, positiv auf das allgemeine Stationsklima und die Zufriedenheit der Mitpatienten einwirken. Zur Unterfütterung dieser Annahme sei an dieser Stelle der wohl unzufriedenste, taktloseste und pessimistische Patient der bisher bisherigen Literaturgeschichte, in Worten der Patient Jefrem Poddujew aus dem Roman »*Krebsstation*« von Alexander SOLSCHENIZYN, kurz vorgestellt. Um nun den Verständlichkeitsgrad der nachstehend wiedergegeben Schilderungen SOLSCHENIZYNS zu erhöhen, sei soviel vorausgeschickt, dass sich die in dem folgenden Passus beschriebene Romanhauptfigur namens Pawel Nikolajewitsch Rusanow seit kurzer Zeit zur diagnostischen Abklärung eines schmerzhaften Halsgeschwürs auf der so genannten ‚Krebsstation' – genauer gesagt in einem neuen Betten starken Zimmer der Station 13 – eines nicht näher betitelten russischen Krankenhauses befindet:

> „Schon am ersten Abend wurde es Pawel Nikolajewitsch nach wenigen Stunden in diesem Krankenzimmer unheimlich zumute.
>
> Der harte Klumpen der Geschwulst – dieser unerwarteten, sinnlosen, niemandem und nichts dienlichen Geschwulst – hatte ihn hierher geschleift, wie der Angelhaken einen Fisch ins Schlepp nimmt, und ihn auf dieses Eisenbett geworfen – ein enges, erbärmliches, ächzendes Gestell mit kümmerlicher Matratze. Er hatte sich nur unter der Treppe umziehen, von den Angehörigen zu verabschieden und die Treppe zum Krankenzimmer hinaufsteigen brauchen, und schon war sein ganzes früheres, sinnvoll geordnetes Leben abgeschnitten und er hier in ein grässliches hineingestoßen worden, das ihm noch mehr Grauen einjagte als die Geschwulst selbst. Er konnte nicht mehr aussuchen, was er betrachten wollte, sondern musste acht niedergedrückte Wesen ansehen, mit denen er jetzt so gut wie gleichgestellt war, acht Kranke in weiß-rosa gestreiften, stark verschlossenen und abgetragenen Pyjamas, die, teils geflickt, teils verschlissen, kaum einem von ihnen passten. Auch konnte er sich nicht mehr aussuchen, was er hören wollte, sondern war gezwungen, die unerträglichen Unterhaltungen dieser ungebildeten Leute über sich ergehen zu lassen, die Pavel Nikolajewitsch nicht im geringsten interessierten und noch weniger berührten. Er hätte ihnen nur allzu gerne zu schweigen befohlen, besonders diesem zudringlichen Braunhaarigen mit seiner Bandagenklammer um den Hals und seinen festgeklammerten Kopf, den alle einfach nur Jefrem nannten, obgleich er kein junger Mann mehr war.
>
> Doch Jefrem war in keiner Weise zu bändigen, er legte sich nicht hin, er verließ nicht einmal das Zimmer, sondern ging rastlos im Mittelgang auf und ab, längs durch den Raum. Manchmal verzerrte sich sein Gesichts wie bei einer Injektion, er fasste sich kurz an den Kopf, und dann ging er weiter hin und her. Nach einer Weile blieb er genau bei Rusanow stehen, beugte sich über die Bettlehne mit seinem gewaltigen

[678] vgl. HAAS et al. 2000 sowie WEISMAN & NATHANSON 1985 und TZENG & KETEFLAN 2002. *Exempli causa* gelangten LEITER / HARVIE & FRIZZELL (1998) in ihrer Studie »*The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout*« zu der Einsicht, dass Patienten, deren für sie zuständige Krankenschwestern eine geringe Arbeitszufriedenheit aufweisen, eine signifikant geringere Zufriedenheit angaben als Patienten, die von zufriedenen Krankenschwestern umsorgt wurden.

[679] vgl. BATES et al. 1998; DE VOE et al. 2007; GEISLER 2007c: 2; KURELLA 1976: 1240 sowie LINN et al. 1985

> Oberkörper, schob ihm sein breites, pockennarbiges finsteres Gesicht entgegen und flüsterte ihm zu:
> »Jetzt ist es aus, Professor. Du kommst nicht mehr nach Hause, verstanden? « (...)
> »Ob du Fragen stellst oder nicht, du kommst nicht mehr nach Hause zurück. Deine Brille da kicken. Und den neuen Pyjama auch.«
> Nach dieser rohen Äußerung richtete er seinen plumpen Oberkörper wieder auf und stapfte weiter den Gang entlang, in dem der Satan ihn hin und her trieb.
> Pawel Nikolajewitsch hätte sich natürlich sein Gerede verbitten können, aber sein Wille reichte nicht mehr aus: sein Wille war geschwächt und hatte sich bei den letzten Worten des bandagierten Teufels vollends verloren. Er hätte einen Halt gebraucht, aber man hatte ihn in eine Grube geworfen. In wenigen Stunden hatte er seine Position, seine Verdienste, seine Zukunftspläne verloren – und wurde zu einem siebzig Kilogramm schweren warmen weißen Körper, der nichts über sein Morgen mehr wusste.
> Sicherlich drückte sich Niedergeschlagenheit in seinem Gesicht aus, denn bei einem nächsten Schritte sagte Jefrem, der ihm gegenüber stand, schon freundlicher:
> »Selbst wenn du nach Hause kommst – dann nicht für lange. Bist bald wieder hier. Der Krebs liebt die Menschen. Wenn er einmal mit seinen Scheren zupackt – hält er dich fest, bis du tot bist.«
> Pawel Nikolajewitsch hatte keine Kraft, etwas zu entgegnen, und Jefrem nahm seine Wanderungen wieder auf. Und wer in dem Zimmer hätte ihm auch Einhalt gebieten können! Alle lagen sie entweder ermattet da oder waren keine Russen.“[680]

Obzwar sich nun der ‚teuflische' Patient Jefrem im Verlaufe des Romans durch die Lektüre der TOLSTOIJ Erzählung »*Wovon Menschen leben*?« – die ihm von einem Mitleidensgenossen zugespielt worden war – gewissermaßen vom Saulus zum Paulus wandelt, stellt der bibliotherapeutisch noch unbehandelte Jefrem nach Ansicht des Autors den Prototyp eines unzufriedenen Patienten *par excellence* dar. Das sich nun derartig defätistische Schimpftiraden, wie sie Jefrem auf seinen täglich bis zu sechs Stunden dauernden Wanderungen zwischen Krankenzimmerfenster und Krankenzimmertür in die Luft sprühte, nicht nur die Zufriedenheit der Zimmernachbarn mit ihrem Krankenhausaufenthalt, sondern wohl auch deren Heilungsverlauf negativ beeinflussen scheint logisch evident und somit nicht weiter erläuterungswürdig. *En passant* sei noch angemerkt, dass der positive Einfluss zufriedener Patienten auf ihre Mitpatienten sehr eindrucksvoll in Folgenden literarischen Werken zum Ausdruck kommt: Knut HAMSUN »*Das letzte Kapitel*« (1923), Thomas MANN »*Der Zauberberg*« (1924), Thomas BERNHARD »*Wittgensteins Neffe*« (1982) sowie Ingeborg DREWITZ »*Eingeschlossen*« (1988).

10. Einstellungsmodifikation: Zu guter Letzt kann von der empirisch leider noch nicht untersuchten Vermutung ausgegangen werden, dass die Zufriedenheit des Patienten mit einer bestimmten medizinisch-therapeutischen Dienstleistung – zum Beispiel einem stationären Psychiatrieaufenthalt – einen modifizierenden Einfluss auf die grundsätzliche Einstellung des Patienten gegenüber der Medizin *bzw.* gegenüber dem Gesundheitssystem ausüben kann. Als indirekter Beleg für die Einstellungsprägende Potenz der Zufriedenheit können die unter Punkt 3 angeführten Erkenntnisse zum Inanspruchnahmeverhalten herangezogen werden.

[680] SOLSCHENIZYN 1970: 23-25

Wenden wir uns nun in den nachstehenden Zeilen mit der entgegengesetzen Frage, sprich welche physiologischen und konativen Konsequenzen die Unzufriedenheit des Patienten mit der erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung nach sich zieht kann, so erhalten wir das folgende Bild:

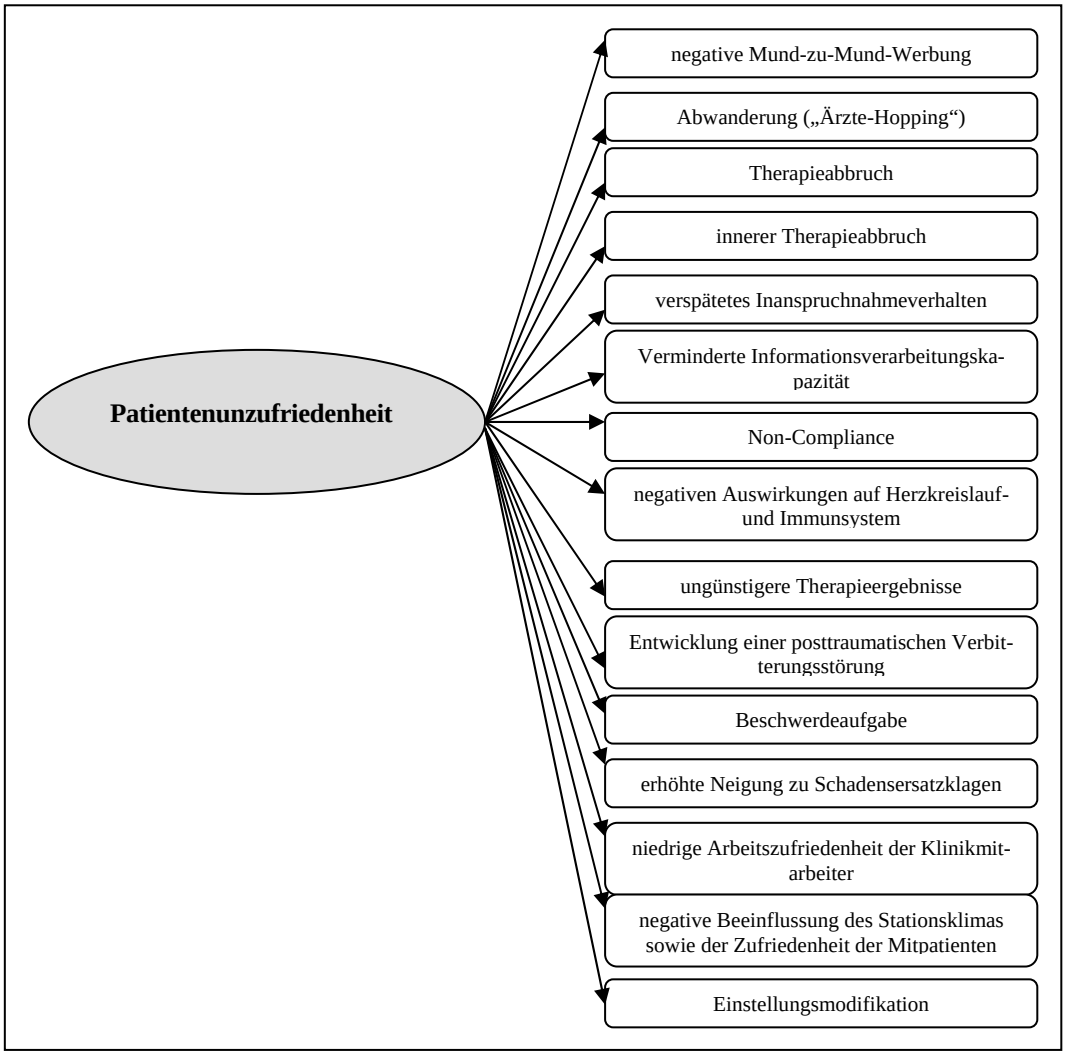


Abb. 61: Physiologische und konative Auswirkungen von Patientenunzufriedenheit

Bevor wir nun die in der obigen Abbildung zum Ausdruck kommenden PUZ-Auswirkungen einzeln durchgehen und an der Literatur belegen werden, sei vorab darauf hingewiesen, dass einige der aufgelisteten PUZ-Reaktionen nachstehend nur äußert knapp behandelt werden, da sie sich – wie zum Beispiel die negative Mundwerbung oder auch die Einstellungsmodifikation – gänzlich gegenläufig zu den Konsequenzen ihres Antagonismuses, *nudis verbis* der PZ, verhalten.

Nehmen wir nach diesen einleitenden Worten nun aber die insgesamt 15 aus der Literatur herauspräparierten PUZ-Reaktionen näher in Augenschein:

1. Negative Mund-zu-Mund-Werbung: Während zufrieden gestimmte Patienten ihre positiven Erfahrungen – wie bereits obig beschrieben wurde – durchschnittlich circa 3-7 potentiellen Patienten erzählen, geben unzufriedene Patienten ihre negativ Erlebnisse mit der in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung im Mittel an circa 9 bis 20 Mitmenschen weiter.[681]

[681] vgl. ALBRECHT & ZEMKE 1995; BÖRKICHER 2001: 211; HART et al. 1990: 153; RICHINS 1983; SCHNEIDER 2000: 40;

2. Abwanderung („Ärzte-Hopping"[682]): Als gesichert gilt in der PZ-Literatur der Zusammenhang zwischen Arztwechsel und Unzufriedenheit.[683] Einschränkend muss in diesem Zusammenhang allerdings angemerkt werden, dass Unzufriedenheit – wie in der betriebswirtschaftlichen KuZ-F nachgewiesen werden konnte – nur dann zu einem Anbieterwechsel führt, wenn die Konkurrenzanbieter (CL_{alt}) augenscheinlich einen höheren Attraktivitätswert als der gewählte Anbieter (CL) aufweisen (W). Dieser Sachverhalt wird in der nachfolgenden Abbildung (Szenario 3) nochmals genauer visualisiert.

Zufriedenheit mit dem gewählten Anbieter (CL) / **Attraktivität des Konkurrenzangebotes** (CL_{alt})	**Zufriedenheit** ($W \geq CL$)	**Unzufriedenheit** ($W < CL$)
niedrige Attraktivität des Konkurrenzangebotes (**$CL_{alt} < CL$**)	**Szenario 1** $CL_{alt} < CL \leq W$ - zufrieden und abhängig - keine Abwanderung	**Szenario 3** $CL_{alt} < CL > W$ - unzufrieden und abhängig - keine Abwanderung trotz Unzufriedenheit
höhere Attraktivität des Konkurrenzangebotes (**$CL_{alt} > CL$**)	**Szenario 2** $CL_{alt} > CL \leq W$ - zufrieden und unabhängig - Abwanderung trotz Zufriedenheit	**Szenario 4** $CL_{alt} < CL > W$ - unzufrieden und unabhängig - Abwanderung

Abb. 62: Zufriedenheits- und Abhängigkeitsgrad als zentrale Determinanten der Abwanderungswahrscheinlichkeit[684]

3. *Therapieabbruch:* In großer Zahl konnte sowohl in der nationalen[685] als auch in der internationalen[686] PZF die Erkenntnis zu Tage gefördert werden, dass unzufriedene Patienten dazu neigen, ihre Therapie vorzeitig – gegen den therapeutischen Rat – zu beenden. Schlüsselt man nun den Therapieabbruchgrund ‚allgemeine Unzufriedenheit' etwas genauer auf, so zeigt sich, dass Abbrecher häufig mit der Therapie[687], den Therapiefortschritten[688], dem Therapeuten[689], den therapeutischen Rahmenbedingungen[690] (Unterbringung, Hausordnung etc.), der Beziehung zum Pflegepersonal[691] sowie den Mitpatienten[692] (Mangel an Privatsphäre, Mobbing usw.) unzufrieden waren und dies als eine zentrale Ursache ihres Abbruchs angaben.

4. „*Innerer Therapieabbruch*": Im Rahmen einer teilstandardisierten Telefoninterviewstudie an insgesamt 62 sowohl regulär als auch vorzeitig entlassenen Psychotherapiepatienten konnten BARGHAAN und Mitarbeiter (2005) unter den regulär Entlassenen Patienten eine Subgruppe von so genannten „inneren Abbrechern" identifizieren. Diese Patientengruppe zeichnete sich dadurch aus,

[682] Der seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts in der deutschen Mundart anzutreffenden Anglizismus *‚Ärztehopping'* verweist auf „(...) das von Krankenversicherten praktizierte häufige Wechseln zwischen Ärzten (ein und derselben Fachrichtung)" [HEBERG et al. 2004: 17]. Das nun die Unzufriedenheit der Patienten mit ihrem bisherigen Arzt einen zentralen Ärztehopping-Grund darstellt, konnte unter anderem in den Studie von KASTELER et al. (1976); LO et al. (1994) und KLOSE et al. (1999) festgestellt werden.

[683] vgl. ABHOLZ 1996; AL-MAILAM 2005; GHANDI et al. 1997; HJORTDAHL & LAERUM 1992; MARQUIS et al. 1983 sowie PLATONOVA et al. 2008 und ROBERGE et al. 2001: 55

[684] eigene Darstellung in Anlehnung an GARNEFELD 2008: 53; MATZLER 1997 und KNOP 2002

[685] vgl. BADOS et al. 2007; BARGHAAN et al. 2005; LIEBERTZ & CIEMER 2000; LOTZ-RAMBALDI et al. 2000; ROSIN & WILMERS 1999 sowie SCHIRL et al. 2001: 248, 272-273 und SCHULZ et al. 1999

[686] vgl. ACOSTA 1980; CHIESA et al. 2000; DENNER & HALPRIN 1974; GARFIELD 1963; HUNSLEY et al. 1999; LARSEN et al. 1979; NISHIKAWA et al. 2002 sowie PEKARIK 1983, 1992 und TEHRANI et al. 1996

[687] vgl. BADOS et al. 2007; CHIESA et al. 2000

[688] vgl. SCHULZ et al. 1999

[689] vgl. BADOS et al. 2007

[690] vgl. CHIESA et al. 2000; LIEBERTZ & CIEMER 2000; NISHIKAWA et al. 2002

[691] vgl. BRAUNE et al. 2008: 221

[692] vgl. BARGHAAN et al. 2005; LIEBERTZ & CIEMER 2000: 290; ROSIN & WILMERS 1999;

dass sie trotz ausgeprägter Therapieunzufriedenheit die Behandlung – vornehmlich aus Angst vor negativen Konsequenzen – nicht vorzeig beendeten und die Therapie mehr oder weniger über sich ergehen ließen.

5. Verspätetes Inanspruchnahmeverhalten: In einer im Jahre 1977 herausgegebenen Übersichtsarbeit über den Stand der *‚patients'-satisfaction Forschung'* konnten die Autoren WARE und Mitarbeiter aufzeigen, dass der theoretisch postulierte Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Inanspruchnahmeverhalten, in 26 von insgesamt 30 Studien, welche sich dem obig ausbuchstabierten Kausalnexuses auf empirischen Wege angenommen hatten, bewiesen werden konnte. So konnten *hspw.* KRAVITS (1975) und WARE et al. (1975) nachweisen, dass Patienten, die mit ihrer zahnärztlichen Behandlung unzufrieden gewesen waren, diese medizinisch Dienstleistung nur noch in Notfällen in Anspruch nehmen.

6. Verminderte Informationsverarbeitungskapazität: In der Literatur auskömmlich belegt ist die Erkenntnis, dass Patienten, die mit dem gezeigten Kommunikationsstil des sie behandelnden Arztes unzufrieden waren, im Anschluss an das Arztgespräch signifikanter weniger und zum Teil inhaltlich unkorrekte medizinische Informationen wiedergaben, als Patienten, die sich mit den kommunikativen Fertigkeiten ihres Arztes zufrieden zeigten.

7. Non-Compliance: In mannigfachen Untersuchungen erwies sich die Unzufriedenheit der Patienten mit der erhaltenen Behandlung als bedeutendste Determinante der so genannten Non-Compliance. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass unzufriedene Patienten *hspw.* die verordneten Medikamente nicht ordnungsgemäß oder gar nicht einnehmen, dass sie sich nicht an terminliche Vereinbarung halten, dass sie therapeutische Ratschläge nicht berücksichtigen usw.[693]

8. Negative Auswirkungen auf Herzkreislauf- und Immunsystem: Die unter Punkt 4 der PZ-Auswirkungen herangezogene Literatur deutet nun gleichfalls daraufhin, dass auf der einen Seite ein aus Patientensicht unzufriedenstimmender ärztlicher Kommunikationsstil negative Auswirkungen auf das Herzkreislaufsystem des Patienten ausübt[694] und dass auf der anderen Seite die Vorherrschaft einer Unbehaglichkeitsemotion – wie sie die Unzufriedenheit darstellt – zu einer nachhaltigen Schwächung der Leistungsfähigkeit des Immunsystems führen kann.

9. Ungünstige Therapieergebnisse: Wenngleich wir bereits an den im Rahmen des PZ-Auswirkungspunktes Nummer 7 etwas ausführlicher beschriebenen Ergebnissen der Studien von CARLSON & GABRIEL (2001) die in der PZ-Literatur sattsam belegte Feststellung, dass unzufriedene Patienten wesentlich schlechtere Behandlungsergebnisse aufweisen als ihre zufriedenen Leidensgenossen, soll der Leser in den nachstehenden anhand einer Ergebnisabbildung aus dem überaus instruktiven Buch »*Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie*« des Mediziners und Psychologen Stefan PRIEBE (1992) *in nuce* über die höchst bedeutsame Erkenntnis unterrichtet werden, dass bereits die initale, innerhalb der ersten drei Tage nach Therapiebeginn eingeschätzte Therapiezufriedenheitsgrad eine prädikative Einschätzung des Therapieerfolgs erlaubt. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass sowohl PRIEBE (1992) als auch ECKHARDT et al. (1979), SCHOLZ (1987), RUDOLF et al. (1988) und GRUYTERS (1995) den Nachweis erbringen

---

693 siehe dazu insbesondere BARLETT et al. 1984; DIMATTEO et al. 1986; FITZPATRICK 1991; FRANCIS et al. 1969; HUBER et al. 2003; KEITH 1998; KORSCH et al. 1968; LEY 1982a und 1988; LINN et al. 1982; LINDER-PELZ 1978; LOCKER & DUNT 1978; PASCOE 1983; ROTER 1977; SPEEDLING & ROSE 1985 sowie WARE 1978 und WARE & DAVIES 1983

694 vgl. RASPE 1979: 76-78

konnten, dass Patienten, die ihre Therapie anfänglich positiv bewerteten letztlich ein signifikant besseres Therapieergebnis als jene Patienten erzielten, die sich bereits in der initialen Therapiephase mit der Behandlung unzufrieden zeigten. Greifen wir nun zur Verdeutlichung des Therapieergebnisvorhersagewertes der initaler Therapiezufriedenheit auf die obig genannte Arbeit von Stefan PRIEBE (1992) zurück. In diesem Werk beschreibt PRIEBE nun unter anderem eine eigens durchgeführte Studie zur Ermittlung der prädikativen Bedeutung der initalen Therapiebewertung bei der antidepressiven Pharmakotherapie. Wie nun der weiter unten abgelichteten Abbildung entnommen werden kann, wiesen jene Patienten, die im Fragebogen eine inital positive Reaktion auf die verabreichten Medikamente angegeben hatten, am Therapieende eine signifikant geringere, fremdeingeschätzte psychopathologische Symptomatik – gemessen mit der »*Hamilton Rating Scale for Depression* (HAMD)« – auf, als ihre inital unzufriedenen Mitpatienten.

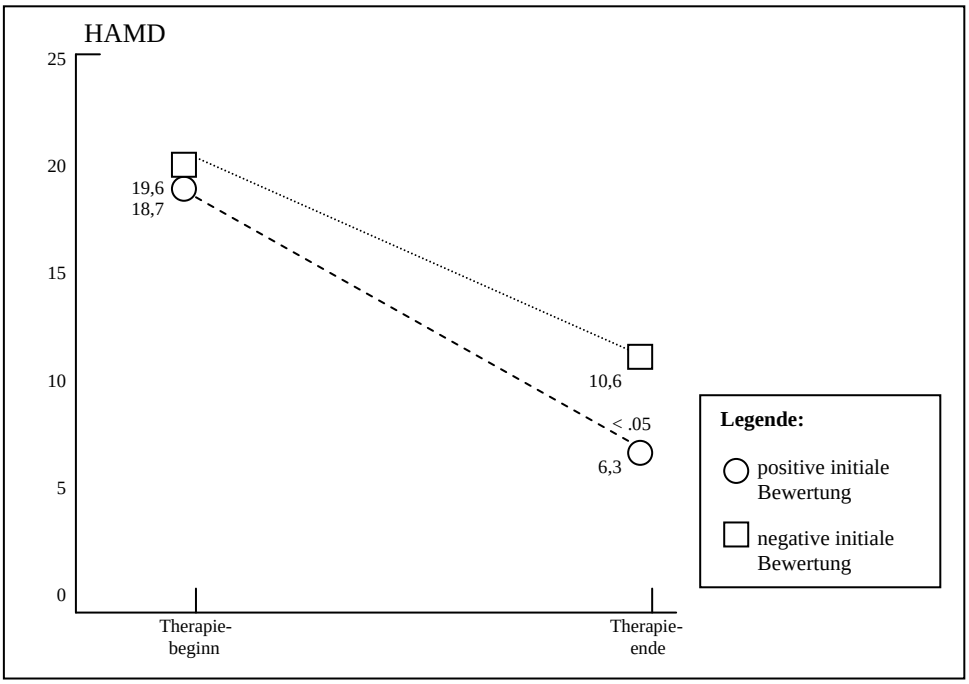


Abb. 63: HAMD-Werte vor und nach der Antidepressiva-Behandlung bei Patienten mit und ohne positive initiale Therapiebewertung[695]

10. Entwicklung einer posttraumatischen Verbitterungsstörung: Die schlimmste anzunehmende Unzufriedenheitskonsequenz besteht nach Ansicht des Autors darin, dass der eine so genannte posttraumatische Verbitterungsstörung entwickelt. Bevor nun in den nachstehenden Zeilen eine schlagkräftige Argumente zur Unterfütterung der theoretisch unterstellten, jedoch empirisch noch nicht untersuchten Annahme, dass eine enorm starke Unzufriedenheit mit dem erlebten Krankenhausaufenthalt unter gewissen Umständen zur Ausbildung einer posttraumatischen Verbitterungsstörung (posttraumatic embitterment disorder) führen kann, ins Feld geführt werden, soll vorab in definitorischer Absicht ein Blick auf das voranstehend genannte Krankheitsbild geworfen werden. Betrachten wir nun zur Einlösung der zuletzt genannten Absicht die von BAUMAN & LINDEN in ihrem im Jahre 2008 herausgegebenen Buch »*Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen*« zusammengestellten diagnostischen Kriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung[696]:

[695] entnommen aus PREBE 1992: 60

[696] vgl. BAUMAN & LINDEN 2008b:14. Der an diesem Krankheitsbild näher interessierte Leser sei auf die folgende Fachliteratur verwiesen: LINDEN 2003a, 2005 und LINDEN et al. 2004

A: Kernkriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung

7. Es ist ein einmaliges, schwerwiegendes negatives Lebensereignis zu identifizieren, in dessen Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
8. Dem Patienten ist dieses Lebensereignis bewusst, und er sieht seinen Zustand als direkte und anhaltende Konsequenz aus dem Ereignis.
9. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als "ungerecht".
10. Wenn das kritische Ereignis angesprochen wird, reagiert der Patient mit Verbitterung und emotionaler Erregung.
11. Der Patient berichtet wiederholte intrusive Erinnerungen an das Ereignis. Teilsweise ist es ihm sogar wichtig, nicht zu vergessen.
12. Die emotionale Schwingungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt. Der Patient zeigt normalen Affekt wenn er abgelenkt wird.

B: Zusatzsymptome der posttraumatischen Verbitterungsstörung

1. Der Patient nimmt sich als Opfer und hilflos wahr und sieht sich nicht in der Lage, das Ereignis oder seine Ursache zu bewältigen.
2. Der Patient macht sich selbst Vorwürfe, das Ergebnis nicht verhindert zu haben oder nicht damit umgehen zu können.
3. Der Patient meint, dass es ihm „egal" sei, wie es ihm gehe, und dass er nicht wisse, ob er die Wunden heilen lassen wolle.
4. Der Patient kann Suizidgedanken äußern bis hin zu einem erweiterten Suizid.
5. Die emotionale Grundstimmung ist dysphorisch-aggressiv-depressiv getönt und erinnert prima vista an eine Depression mit somatischem Syndrom (sog. endogene Depression).
6. Patienten können eine Reihe unspezifischer somatischer Beschwerden zeigen, z.B. Schlafstörungen, Appetitverlust oder Schmerzen.
7. Der Patient berichtet über eine phobische Symptomatik, die eng mit dem Ort oder Urheber des kritischen Ereignisses verbunden ist.
8. Der Antrieb ist reduziert und wirkt blockiert. Der Patient erlebt sich weniger als antriebsgehemmt, sondern eher im Sinne einer Antriebsverharrung als antriebsunwillig.

Ob nun allerdings ein als ungerecht empfundenes Lebensereignis wie z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, soziale Entwertung oder erlebte Demütigungen Seitens einer Person von hoher subjektiv Bedeutung zu einer posttraumatischen Verbitterungsstörung heranwächst, hängt laut BAUMAN & LINDEN (2008b) insbesondere von der psychischen Grunddisposition (Vulnerabilitätsgrad) sowie den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen (Coping-Potential) der betroffenen Person ab. Kurz gesagt bedeutet dies, dass insbesondere Personen, die einerseits über eine labile psychische Konstitution sowie andererseits nur über ein äußerst rudimentäres Coping-Arsenal verfügen, in höheren Maße dazu neigen, bei Eintritt eines tief kränkenden Lebensereignisses eine posttraumatischen Verbitterungsstörung auszubilden. Ohne nun tiefer als nötig auf das Ätiologiemodell der posttraumatischen Verbitterungsstörung eingehen zu wollen, werden wir nachstehend zur Plausibilisierung unserer obig stipulierten Ausgangsvermutung, dass ein als besonders unzufrieden stimmendes Erlebnis mit der in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung durchaus zur Entwicklung einer posttraumatischen Verbitterungsstörung führen kann, einige Argumente anführen; wobei zur inhaltlichen Bekräftigung unserer Vermutung insbesondere die zwei folgenden Sachverhalte nachgewiesen werden müssen: *Erstens* gilt es zu beweisen, dass medizinisch-therapeutische Dienstleistungen grundsätzlich dazu in der Lage sind, bei ihren Adressaten eine *‚abyssische Unzufriedenheit'* auszulösen. Darüber hinaus muss *zweitens* aufgezeigt werden, dass sich Patienten zumeist in einer Situation vorfinden, in denen sie auf einen Gutteil ihres im gesunden Zustand zur Verfügung stehenden Bewältigungsrepertoires verzicht üben müs-

sen. Gesetzt den Fall, dass wir im Folgenden Textabschnitt die Stichhaltigkeit der beiden voranstehend aufgeworfenen Ausgangsprämissen nachweisen können, so würde der daraus abzuleitende Syllogismus unserer ausbuchstabierten Annahme in die Karten spielen. Beginnen wir nach diesen hinführenden Worten nun aber mit unserem Beweisschritt. Zu einer affirmativen Beantwortung der Frage, ob medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen ein hohes Kränkungspotential immanent ist, bedarf es nach Ansicht des Autors keiner umfänglichen Begründung, da nicht nur die rein medizinische, sondern auch die therapeutische Arbeit am *bzw.* – treffender gesagt – mit dem Patienten aufgrund ihres Intimitätsgrades höchst kränkungsanfällig ist. *Exempli causa* sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, wie zutiefst demütigend und entwürdigend die in der Vergangenheit vielfach beklagte Behandlung des Patienten als eines persönlichkeitsentledigten Objektes – in Anlehnung an in die Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2.1 beschriebenen Erfahrungen Primo LEVIS könnte wir auch von einem „Omnipotenten-Pannwitz-Blick" sprechen – erfahren wird. Wenden wir uns nun der zweiten Frage zu, so können wir unter Rückgriff auf die im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.1.1 konstruierte Abbildung: *‚Psychosoziale Belastungsfaktoren im Krankenhaus'* auch auf diese Fragestellung eine positive Antwort formulieren. Konkret gesagt bedeutet dies, dass die Bewältigungsressourcen der Patienten nicht nur durch die Krankheit, sondern darüber hinaus auch durch die im Krankenhausalltag mannigfach auftretenden Stressfaktor als geschwächt anzusehen sind. Aus den voranstehenden Ausführungen kann nun die logisch saubere Konklusion abgeleitet werden, dass zutiefst unzufrieden stimmende Krankenhauserlebnisse – zum Beispiel eine wider erwartend als entmenschlichend wahrgenommene und durch „sadistische Gegenübertragungen" gekennzeichnete Therapeutenbeziehung, unter den regressionsfördernden Bedingungen des Krankenhausalltages dazu führen kann, dass der Patient – insbesondere dann, wenn er sich mit seiner Unzufriedenheit an niemanden wenden kann (z.B. kein PZ-Befragung oder Beschwerdeabteilung) *resp.* er die bestehenden Beschwerdeinstanzen als insuffizient einschätzt, schlimmstenfalls dazu führen können, dass der Patienten eine posttraumatische Verbitterungsstörung entwickelt. Abschließend sei an dieser Stelle noch mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die im Subtext des vorausgehenden Satzes impliziert zum Ausdruck kommende Behauptung, dass PZ-Befragungen insofern ein präventiv-therapeutischen Wert attestiert werden kann, als dass sie den Patienten ein Forum zur angemessenen Entladung ihres aufgestauten Unmutes (*‚Katharsis-Effekt')* bieten, bei weiten keinen Freibrief darstellt, da eine PZ-Befragung unter gewissen Umstanden auch zu diametral entgegengesetzten, also schädigenden Effekten führen kann. So berichtet *bspw.* WOLFERSDORFER (1983) von dem zutiefst erschütternden Fall einer ehemaligen Patientin der katamnestisch untersuchten Depressionsstation, die wenige Tage nach Erhalt des postalisch zugesandten Zufriedenheitsfragebogens Suizid begann.[697] Obzwar nun nicht geklärt werden konnte, welche konkrete Rolle der Katamnesefragebogen[698], welcher die Zufriedenheit der Patienten mit der sechs Monate vorher beendeten Depressionstherapie erfragte, bei der Reifung des Suizidgedankens der Patientin gespielt hat, so offenbart dieser äußerst tragische Fall nichtsdestotrotz das Viktimisierungspotenzial einer postalischen Zufriedenheitsbefragung, welche im schlimmst anzunehmenden Fall den Patienten zu einem Bilanzselbstmord („Die Therapie hat ja doch nichts gebracht...") bewegen kann.

[697] vgl. WOLFERSDORF 1983: 205-206

[698] Angemerkt sei, dass WOLFERSDORF im Fragebogeneinleitungstext den angeschriebenen Ex-Patienten die Möglichkeit anbot, bei bestehender oder durch den Fragebogen ausgelöster Krise den Therapeuten der zu evaluierenden Depressionsstation telefonisch (Nummer wurde angegeben) zu kontaktieren (vgl. ebenda: 205).

11. Beschwerdeaufgabe: Ausgehend von der umfassenden Kundenbeschwerdedefinition von SCHÖBER, der unter dem Terminus Kundenbeschwerde „(...) alle konsumenteninitiierten Unzufriedenheitsartikulationen (...), die an eine Unternehmung *bzw.* an eine Drittinstitution mit der Absicht gerichtet sind, auf ein kritikwürdiges Verhalten der Unternehmung aufmerksam zu machen, eine Änderung des kritikwürdigen Verhaltens zu bewirken, das zugrundeliegende Problem für eine erlittene Beeinträchtigung zu erreichen und/oder Zufriedenheit wieder herzustellen“[699] versteht, gelangte die gut entwickelte betriebswirtschaftliche Beschwerdeforschung zu der empirisch suffizient belegten Einsicht, dass branchenübergreifend etwa 50% bis 80% der unzufriedenen Kunden aus multifaktoriellen Gründen darauf verzichten, ihre Beschwerde gegenüber der betroffenen Institution vorzutragen.[700] Laut einer in der einschlägigen Literatur immer wieder angeführten Studie der auf die Erforschung von Kundenbeschwerden spezialisierten Forschungsgruppe ‚*Technical Assistance Research Programs*' (TARP) beschwert sich gar nur 1 von 27 Personen, die mit dem Service der konsumierten Dienstleistung unzufrieden waren.[701] Zur Beantwortung der Frage, in welcher Häufigkeit sich Patienten, die mit einem oder mehreren Dimensionen der erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung unzufrieden waren, sich bei ihrem Arzt *resp.* dem Krankenhaus beschweren, finden wir einen ersten numerischen Anhaltspunkt in der von RIECHMANN und Mitarbeitern (2008) durchgeführten Untersuchung. In der Summe konnten die Autoren in ihrer Studie aufzeigen, dass die Beschwerdeartikulationsquote der unzufriedenen Patienten im Mittel bei 47,1% lag.[702] Diese im Vergleich zu der obig niedergeschriebenen Beschwerdequote im Profit-Sektor überraschend positive Ergebnis wird nun aber im gleichen Zuge durch die Feststellung konterkariert, dass laut der Kundenbarometerergebnisse aus dem Jahre 2001 die deutschen Krankenhäuser den letzten Platz im Beschwerdezufriedenheitsranking einnehmen. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass der Durchschnittswert für die Beschwerdezufriedenheit – damit ist die Zufriedenheit eines Kunden mit der Bearbeitung und dem Ergebnis seiner Beschwerde gemeint – für Krankenhäuser mit 3,8 angegeben (eins gleich voll zufrieden, fünf gleich unzufrieden) wird und damit zusammen mit Post, Bahn und Verwaltung zu den schlechtesten der 31 Anbietergruppen gehört. Kurzum: „60% der Beschwerdeführer im Krankenhaus sind mit der Reaktion auf ihre Beschwerde nicht zufrieden“[703].

12. Erhöhte Neigung zu Schadensersatzklagen: Da wir den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und der Motivation zur Schadensersatzklage bereits im PZ-Auswirkungspunkt acht hinlänglich an der Beispielstudie von STELFOX et al. (2005) exemplifiziert haben, werden wir zur Vermeidung unnötiger Redundanzen an dieser Stelle auf eine weitere Illustration dieser Beziehung anhand ähnlich gelagerter Beispiele verzichten. Bevor wir uns allerdings dem nächsten PUZ-Reaktionspunktes annehmen werden, soll die voranstehenden notierte Redundanzregel jedoch nachstehend für einen kurzen Moment außer kraft gesetzt werden, da in Gestalt der von AMBADY und Kollegen im Jahre 2002 unter dem Titel »*Surgens' tone of voice: a clue to malpractice history*« herausgegebenen Studie eine ebenso kurzweilige wie verblüffende Untersuchung veröffentlich wurde, die dem Leser der vorliegenden Arbeit keineswegs vorenthalten werden soll. Den Ausgangspunkt dieser Studie bildet die den Forschungsarbeiten von MILMOE et al. (1967), ROSENTHAL et al. (1984) und BLANCK et al. (1986a) zu Tage geförderte Er-

[699] SCHÖBER 1997: 16
[700] vgl. STAUSS & SEIDEL 2002: 65
[701] vgl. BARLOW & MØLLER 2003: 59. In die gleiche Kerbe schlagen TÖPFER & MANN, deren Ergebnissen zufolge sich die unzufriedenen Kunden zu 85-96% nicht beim Unternehmen beschweren (vgl. TÖPFER & MANN 1999: 91).
[702] vgl. RIECHMANN / GÜNTHER & BLÄTTNER 2008: 71
[703] SOBHANI & KERSTING 2003: 168

kenntnis, dass die Patienten jener Ärzte, deren Stimme durch einen emotionalen Tonfall (besorgt, warm, einfühlsam etc.) gekennzeichnet war, eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrem Arzt angaben, als Patienten, deren Ärzte unangenehme stimmliche Parameter (z.B. Dominanz, Härte, Kälte etc.) zur Schau trugen.[704] Basierend auf dieser Einsicht gingen AMBADY et al. (2005) in ihrer Studie der Frage nach, ob möglicherweise ein Zusammenhang zwischen der stimmlichen Qualität, die der behandelnde Chirurg in der Visite offenbart, und dem Ausmaß der gegen ihn in der Vergangenheit eingereichten Schadensersatzklagen nachgewiesen werden kann. Zur Überprüfung dieser Hypothese wählten die Forscher in einem ersten Schritt insgesamt 64 Chirurgen aus, wobei jeweils die Hälfe entweder zwei oder mehr Schadensersatzklagen (Gruppen 1) oder aber keine Schadensersatzklagen (Gruppe 2) über sich ergehen lassen mussten. Anschließend wurden in einem zweiten Schritt von jedem der in die Untersuchung eingeschlossenen Chirurgen insgesamt zwei mal 10 Visiteabschnitte (erste und letzte Minute) mit zwei verschiedenen Patienten auf Tonband aufgezeichnet. In der nun folgenden Auswertung des Tonbandmaterials gelangten die Forscher zu der Erkenntnis, dass jene Ärzte, deren Tonfall in den Visitemitschnitten einerseits durch ein hohes Maß an Dominanz und andererseits durch ein gering ausgeprägtes Ausmaß an einfühlender Besorgnis gekennzeichnet war, in signifikanter Weise der ersten Gruppe, also jener Ärzte, gegen die bereits in der Vergangenheit haftungsrechtliche Schritte eingeleitet wurden, zugewiesen werden konnten. „(...) surgens who were jugend to be more dominant and less concerned/anxious on the basis of their voice" – so fassen AMBADY et al. ihr zentrales Untersuchungsergebnisse zusammen – „were more likly to have been sued than surgens who were jugend to be less dominant and more concerned/anxious"[705]. *Summa summarum* konnte also auch in dieser Studie, wenngleich auch auf indirektem Wege, der Nachweis erbracht werden, dass Patienten, die mit dem Kommunikationsstil ihres Arztes unzufrieden sind, verstärkt dazu neigen, bei ärztlichen Kunstfehlern haftungsrechtlich gegen ihren Arzt vorzugehen.

13. Niedrige Arbeitszufriedenheit der Klinikmitarbeiter: Neben den bereits im Rahmen des Textabschnittes zur Erläuterung der PZ-Konsequenz Nummer neun herangezogenen Literatur können ferner die Untersuchungsergebnisse von KATZ & ZIMBARDO (1977) und ABRESCH (2001), in denen nachgewiesen werden konnte, dass Patienten, die von Seiten des Klinikpersonals als ‚unzufriedene Nörgler' eingeschätzt werden, vom Klinikpersonal schlechter behandelt und bevorzugt gemieden werden, als ihre vergleichsweise sympathischen, dem ideal des zufriedenen Patienten entsprechenden Mitpatienten, als indirekter Beweis für die negative Einflussnahme der Patientenunzufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit der Klinikmitarbeiter herangezogen werden.

14. Negative Beeinflussung der Zufriedenheit der Mitpatienten oder der „*Jefrem-Poddujew-Effekt*"*:* Konnten wir bereits im PZ-Auswirkungspunkt anhand der von Alexander SOLSCHENIZYN in seinem Roman »*Krebsstation*« entworfenen Figur des notorisch unzufriedenen Miesepeters namens Jefrem Poddujew aufgezeigt werden, dass derartige Patienten, die mit sich, der medizinischen Behandlung und letztlich mit der Welt im ganzen zutiefst unzufrieden sind, bei ihren Stationskameraden einen analogen Effekt auslösen können. Bevor wir uns nun nachstehend der letzten möglichen Patientenunzufriedenheitsreaktion, in Worten der unzufriedenheitsgeschuldeten Einstellungsmodifikation, zuwenden werden, wollen wir den vorliegenden Punkt mit der Wiedergabe einer längere Passage aus Thomas BERN-

[704] Diese Ergebnisse konnten übrigens in der Studie »*The Provider's Voice: Patient Satisfaction and the Contentfiltered Speech of Nurses and Physicians in Primary Medical Care*« von HAKARD et al. (2008) repliziert werden.
[705] AMBADY et al. 2002: 7

HARDS Buch »*Wittgensteins Neffe. Eine Freundschaft*« ausklingen lassen, in welcher sich der gegenläufige Effekt, sprich die unzufriedenheitsstimmende Wahrnehmung eines zufriedenen Mitpatienten, der seiner Zufriedenheit auf ungerechtfertigter Weise teilhaftig wurde, offenbart. Um den nachstehend rezitierten Passus angemessenen einordnen zu können sei *in nuce* vorausgeschickt, dass der nachstehend von seinem Krankenhausaufenthalt berichtende Ich-Erzähler in einem Dreibettzimmer, mit einem Theologiestudenten und einem Polizisten, liegt:

> „Mein Nebenmann war Theologiestudent, Sohnlehren, eines Richterehepaares aus Grinzing, genau gesagt, vom Schreiberweg, also aus einem der nobelsten und teuersten Plätze von Wien und ein durch und durch verzogener Charakter. Er hatte noch nie mit anderen zusammengelebt und ich war sicher der erste, der ihn darauf aufmerksam machte, dass man, wenn man mit anderen zusammen in einem Raum ist, auf diese anderen absolut Rücksicht zu nehmen habe, *gerade weil er Theologiestudent* sei, auf das selbstverständlichste. Aber dieser Mensch war kaum zu belehren, jedenfalls in der ersten Zeit nicht, er war nach mir ins Zimmer gekommen, auch in einem hoffnungslosen Zustand, man hat ihm genauso wie mir und allen anderen den Schnitt in den Hals gemacht und einen Tumor herausgeholt, und der Arme wäre *um ein Haar*, wie es heißt, während der Operation gestorben, es hatte ihn der Professor Salzer operiert. (...) Theologiestudent müsste man sein, hatte ich gedacht, wie der Mensch ins Zimmer gekommen ist: die geistlichen Schwestern verwöhnten ihn auf abstoßende Weise; während sie ihn mit allen Mitteln verwöhnten, vernachlässigten sie mich und den Polizisten Immervoll mit der gleichen Intensität. Beispielsweise hatte die jeweils diensttuende Nachtschwester meinem Theologiestudenten alles, was sie während der Nacht von den Patienten geschenkt bekommen hatte, Schokolade, Wein, alle möglichen Süßigkeiten aus der Stadt und naturgemäß immer von den erstklassigsten Konditoreien, vom Demel, vom Lehmann, von der wie diese genauso berühmten Konditorei Sluka neben dem Rathaus, in der Frühe auf das Nachtkästchen meines Theologiestudenten gestellt, ihm auch immer nicht nur eine, wie vorgeschrieben und wie uns zugestanden, sondern gleich zwei Portionen Chaudeau zukommen lassen (...). Aber ich gewöhnte meinem Theologiestudenten doch sehr bald viele Ungezogenheiten ab, wofür mir wiederum sein Nachbar, der Polizist Immervoll, dankbar war, denn ihn hatte unser Mitpatient genauso wie mich mehr als erträglich gewesen wäre, durch seinen Egoismus belästigt. Dauerkranke wie ich und wie der Immervoll, haben sich längst in die ihnen zustehende Rolle des Unscheinbaren, Rücksichtsvollen, Unauffälligen, weil nur diese Rolle das Kranksein erträglich macht, die Aufsässigkeit, die Ungezogenheit, die Renitenz schwächt den Organismus mit der Zeit tatsächlich tödlich und ein Dauerkranker kann sie sich also nicht länger leisten.“[706]

15. Einstellungsmodifikation: Zur indirekten Unterfütterung der Hypothese, dass die Unzufriedenheit eines Patienten mit einer in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung dazu führen kann, dass er eine generell negative Einstellung gegenüber der Schulmedizin *bzw.* dem Gesundheitssystem an sich entwickelt, können die folgenden zwei Argumente ins Feld geführt werden. Für die Annahme dieser Hypothese spricht e*rstens*, dass insbesondere jene Patienten sich von der Schulmedizin ab und der Alternativmedizin zuwenden, die mit den konsumierten alliopathischen Dienstleistungen – speziell der Arztkommunikation – unzufrieden waren.[707] Zweitens kann die unter dem PUZ-Reaktionpunkt Nummer vier aufgezeigte Erkenntnis, dass unzufriedene Patienten die schulmedizini-

[706] BERHNARD 1987: 24-26
[707] vgl. GORDON & STERLING EDWARDS 1997

schen Institutionen erst verspätet, in einem bereits fortgeschrittenen Krankheitsstadium aufsuchen, zumeist auf einen unzufriedenheitsgeschuldeten Vertrauensverlustes in die Fähigkeiten des Medizinsystems zurückgeführt werden.

3.7 Kapitelsynopsis

Richten wir nun unsere ganze Aufmerksamkeit, indem wir in der nachfolgenden Zusammenfassung auf eine abermalige Darstellung der in den Exkursionskapitel 3.1.1.1.1 und 3.1.1.1.2 gewissermaßen am Wegesrad aufgelesenen Erkenntnisse zur partiellen Überwindung des Methoden- und Verwertungsdefizits der PZ-Forschung – welche bereits auf den Seiten 290, 291 und 301 hinreichend erläutert wurden – Verzicht üben werden, auf die Beantwortung der zentralen Fragstellung, *nudis verbis* ob die ausgangs des vorliegenden Kapitels von Seiten des Autors formulierte Zielsetzung, durch eine Zusammenleimung *bis dato* atomistisch zueinander koexistierender Zufriedenheitsmodelle aus den Bereichen der Patienten-, Lebens-, Arbeits- und Kundenzufriedenheitsforschung ein interdisziplinär grundiertes Patientenzufriedenheitsmodell zu entwickeln, welches einerseits einen Großteil der modelltheoertischen Kalamitäten innerhalb der PZ-Forschung (z.B. die inhomogene Ausgestaltung der Soll-Dimension) zu berreinigen und andererseits den an der Versorgungsbasis tätigen Miarbeitern einige griffige – fernab jeglichen Modellplatonismuses – Stellschrauben zur Zufriedenheitsmaximierung (z.B. Einrichtung eines systematischen Erwartungsmanagements in Form diverser Therapievorbereitungsmaßnahmen) anzubieten vermag, schlußends innerhalb des hiesigen Kapitels erreicht werden konnte, so kann die obig ausbuchstabierte Zielsetzung nach Ansicht des Autors mit dem konstruierten EmVP als uneingeschränkt erfüllt angesehen werden. Wenngleich nun jedoch im selben Atemzug das in den Schlussakkorden des unmittelbar vorausgehenden Satzes bemüht Adjektiv ‚uneingeschränkt' insofern relativiert werden muss, als dass das EmVP – der mannigfach angeführten Einzelbefunde, welche die Kernnanhme des EmVP, demnach Patienten unter gewissen Voraussetzungen im Rahmen des Zufriedenheitsurteilsbildungsprozesses in sequenzieller Weise auf mehrere Referenzgrößen zurückgreifen, stützen – in der vom Autor vorgelegten Form bislang empirisch (z.B. mittels der Methode des ‚lauten Denkes') noch nicht überprüft werden konnte, bietet das EmVP – seiner ausstehenden empirischen Verifikation zum Trotze – getreu dem vielzitierten Bonmots Albert EINSTEINS, demnach „die Theorie bestimmt, was wir sehen", einen im Vergleich zum bisher dominierenden C/D-Paradigmas ungleich schräferen Einblick in die PZ-Genese, der sowohl jenen Personen, die sich dem PZ-Konstrukt unter rein wissenschaflichen Gesichtspunkten angenommen haben, als auch Personen, die sich der Erfassung und Steigerung der PZ verschrieben haben, zum Vorteil gereicht sein dürfte.

»(...) wieso, weshalb, warum –
wer nicht fragt bleibt dumm!«[1]

4. Zur Legitimität von Patientenzufriedenheitsuntersuchungen

Bezugnehmend auf den bereits in der Einleitung hinreichend kenntlich gemachten Tatbestand, dass sich das beanstandete Theoriedefizit der PZF nicht bloß dem Umstand verdankt, dass *bis dato* kein allgemein akzeptiertes PZ-Genesemodell entwickelt wurde, sondern ferner – laut Karl BLUM – auf die überraschend anmutenden Sachlage zurückzuführen ist, dass einerseits in der einschlägigen Literatur „(...) Patientenbefragungen als solche nicht, bestenfalls andeutungsweise legitimiert“[2] werden sowie dass anderseits „(...) klassische Argumente gegen die Relevanz von Patientenurteilen, wie die fehlende Konsumentensouveränität (...) unbeantwortet“[3] bleiben, soll in den nachstehenden Zeilen eine elaborierte Antwort auf die häretisch anmutende Fragestellung gegeben werden, warum eigentlich PZ-Befragungen überhaupt durchgeführt werden sollten bzw. – fahnenflüchtig formuliert – warum die Medizin es sich eigentlich auf die Fahnen schreiben sollte, zufriedene und nicht vielmehr unzufriedene Patienten hervorzubringen. Spielen wir nämlich den zuletzt notierten, abtrünnigen Gedankengang, dass die Medizin eventuell ein vitaleres Interesse an der Entlassung unzufriedener Patienten haben sollte, anhand der von dem Sozialarbeitstheoretiker Heiko KLEVE konzipierten Ambivalenzinszenierungsmethode[4] durch, so gelangt man unweigerlich zu der verblüffenden Einsicht, dass zur Unterfütterung des obigen Gedankenganges behände einige Argumente angeführt werden können. Kurzum: Für die Idee, dass als Outcomekriterium medizinisch-therapeutischer Dienstleistungen nicht zufriedene, sondern vielmehr unzufriedene Patienten fungieren sollten, könnten *bspw.* – ohne Anspruch auf Vollzähligkeit – ins Feld werden, dass 1) zufriedene Patienten, ob ihres gesteigerten Inanspruchnahmeverhaltens, das Gesundheitssystem über Gebühr belasten, dass 2) zufriedene Patienten dazu neigen sich in der sie bergenden Institution einzurichten[5], dass 3) zufriedene Patienten einen höheren subjektiven Krankheitsgewinn einheimsen und deshalb nicht gewillt sind, an ihrer Situation etwas zu verändern sowie 4) dass im Kontrast dazu unzufriedene Patienten schwerpunktmäßig versuchen, mit ihrer Krankheit alleine *resp.* in ihrem sozialen Netzwerk zu Rande zu kommen und somit dass Gesundheitssystem enorm entlasten. Dass nun eine dermaßen ketzerische Argumentation, die in dem Telos des zufriedenen Patienten gewissermaßen – in modifizierender Anlehnung an eine Begrifflichkeit des italienischen Reformpsychiaters Franco BASAGLIA – eine Art “*Zufriedenheitsverbrechen*“ ausmacht, nicht nur hinsichtlich der vermeintlichen ökonomischen Vorteile äußerst kurzsichtiger, sondern darüber hinaus mit zutiefst misanthropischer Natur ist, gilt es im nachstehenden Textkörper zu beweisen.

Bevor wir uns also im Folgenden der Frage: *Warum sollten Patienten nach ihrer Zufriedenheit befragt werden?* zuwenden werden, sei der Leser der vorliegenden Arbeit noch darauf hingewiesen, dass die dritte, von BLUM angesprochene Tragsäule des Theoriedefizits, in Worten die bisweilen ausgesparte Diskussion

---

[1] aus dem Eingangslied der Sesamstraße

[2] BLUM 1996: 15

[3] ebenda

[4] Die von KLEVE ins Leben gerufene Ambivalenzinszenierungsmethode besteht vorrangig darin, dass „(...) in Theorien gängige Begriffe mit ihren Gegenbegriffen konfrontiert werden, womit untersucht wird, ob nicht zugleich auch die ausgeschlossenen Seiten der Begriffe, ihre Negationen, passend sein könnten für eine Beschreibung“ [KLEVE 2007a: 21,24]. Jene Leser, die sich vertiefend mit dieser Methode auseinander setzen möchten, seien zur Hinführung die folgenden Aufsätze von KLEVE zur Lektüre empfohlen: KLEVE 1999a-c, 2003, 2004 und 2007b.

[5] So beschreibt beispielsweise Paulo COELHO in dem Roman »*Veronika beschließt zu sterben*« (2002) von einer Gruppe Frauen, die bewusst den Verbleib in der Psychiatrie gewählt haben, da diese Institution ihnen ein Refugium zur Verfügung stellt, in welchem sie der entfremdeten Lebensweise, die sie draußen notwendigerweise zu fristen hätten, entgehen könnten. Siehe zu einer ähnlich gelagerten Thematik das Theaterstück »*Die Physiker*« von Friedrich DÜRRENMATT (2001)

über die Urteilkompetenz des Patienten, nicht im Rahmen dieses, sondern innerhalb des sechsten Kapitels eingehender besprochen wird.

Richten wir nun nach diesen hinführenden Worten unser Augenmerk auf die in der Literatur zur PZ angeführten Gründe, die zur Legitimierung einer PZ-Befragung angeführt werden, so zeigt sich, dass das von BLUM in seiner im Jahre 1996 erschienen Dissertation »*Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus*« angemahnte Legitimitätsvakuum auch heute noch Bestand hat. Zur Substantialisierung dieser Einschätzung sei *in nuce* darauf aufmerksam gemacht, dass PZ-Erhebungen sowohl in der nationalen als auch in der internationalen PZF vielfach mit dem Verweis auf den Selbstzweckcharakter einer solchen Untersuchung oder aber mit dem alleinigen Hinweis auf die ökonomische Bedeutsamkeit (Stärken- und Schwachstellenanalyse im Rahmen von Zertifizierungsverfahren) derartiger Studien begründet werden. Ohne nun bereits an dieser Stelle darauf eingehen zu wollen, inwieweit die Ausblendung *bzw.* das unkommentiert lassen weiterer zentralerer Gründe, die für die Erhebung und Optimierung der PZ sprechen, zur Erklärung des in Kapitel 7 zu analysierenden Verwertungsdefizits generierter Zufriedenheitsparameter angeführt werden kann, werden wir im Folgenden – wie aus weiter unten abgelichteten Abbildung 64 entnommen werden kann – insgesamt acht Argumente zur Begründung der Sinn und Zweckhaftigkeit von PZ-Befragungen anführen, die einerseits der genuinen PZ-Literatur sowie andererseits der jüngst aufkeimenden Literatur zur sozialpädagogischen Adressaten- *resp.* Nutzerforschung[6] entnommen wurden.

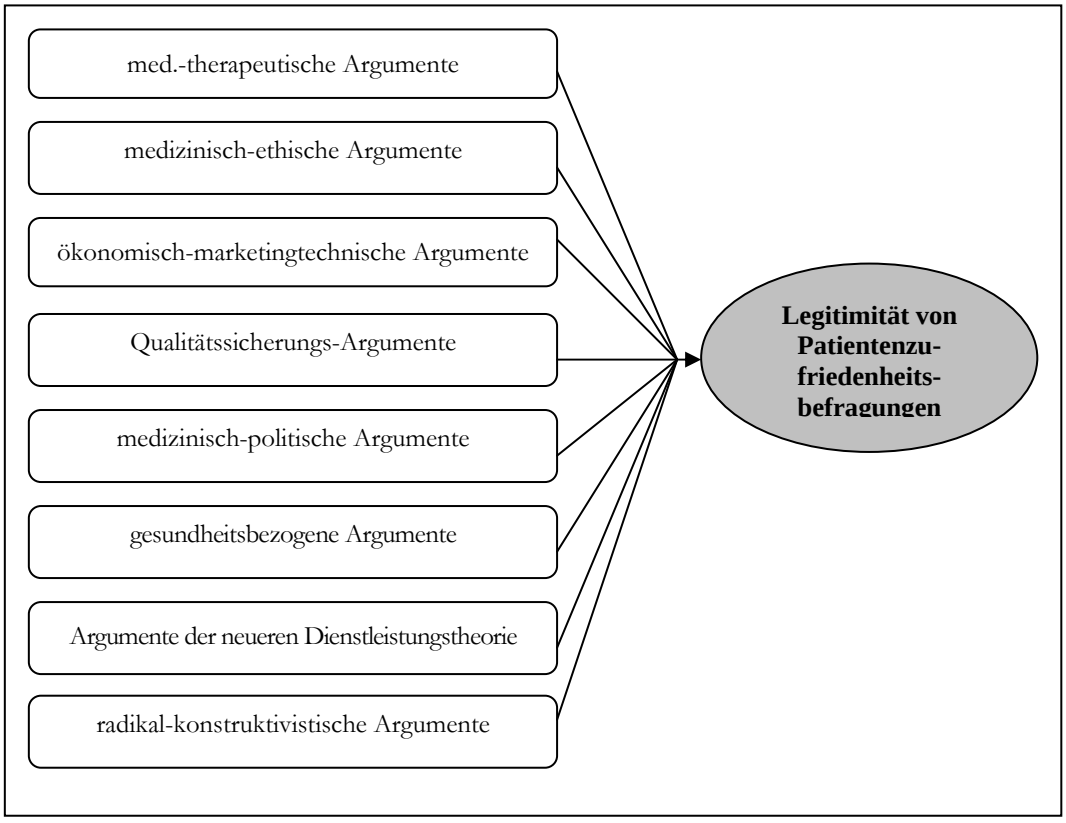


Abb. 64: Gründe zur Durchführung von Patientenzufriedenheitserhebungen[7]

[6] siehe dazu grundlegend die Arbeiten von OLERICH & SCHAARSCHUCH 2005 sowie BITZER et al. 2006
[7] eigene Darstellung

4.1 Medizinisch-therapeutische Argumente

Das medizinisch-therapeutisches Argument, welches für eine die systematische Erhebung und Steigerung der PZ in die Waagschale geworfen werden kann, setzt sich vornehmlich aus den in Kapitelunterpunkt 3.6.2 ausführlich beschriebenen PZ-Auswirkungen auf der Ebene der Physiologie sowie des Verhaltens zusammen. Da nun die positiven Wirkungen der PZ auf die voranstehende genannten Ebenen bereits im Kapitelunterpunkt 3.6.2 erschöpfen behandelt wurden, beschränken wir uns nachstehend auf eine schlagwortartige Wiedergabe der aus medizinisch-therapeutischer Perspektive bedeutendsten Zufriedenheitskonsequenzen. Komprimiert formuliert weisen Patienten, die mit der von ihnen in Anspruch genommen Dienstleistung zufrieden waren, *erstens* ein rechtzeitigeres, gesundheitsbewusstes Inanspruchnahmeverhalten auf, *zweitens* übt die Zufriedenheitsemotion günstige Effekte auf das Herzkreislauf- und Immunsystem aus, *drittens* bestechen zufriedene Patienten durch eine ausgeprägte Therapietreue (Compliance/Adhärenz), *viertens* geht mit der Zufriedenheit auch eine erhöhte Informationsverarbeitungskapazität einher, *fünftens* weisen zufriedene Patienten sowohl am Therapieende als auch in katamnestischen Nachuntersuchungen signifikant bessere Therapieergebnisse als ihre unzufriedenen Mitleidensgenossen auf und zu guter Letzt wirkt sich die Zufriedenheit *sechstens* „ansteckend" auf die Zufriedenheit der Mitpatienten sowie des professionellen Personals aus. Aus diesen insgesamt sechs PZ-Reaktionen können wir nun zwei zentrale Gründe ableiten, die es aus medizinisch-therapeutischer Sicht wertvoll erscheinen lässt, die Zufriedenheit der Patienten zu messen und zu managen: Die PZ kann einerseits als Maßstab für den Behandlungserfolg (Outcomekriterieum) sowie andererseits – im Rahmen einer initialen Messung – als Behandlungserfolgsvorhersagekriterium (Prädikatorwert) genutzt werden.

Zuzüglich zu diesen beiden grundlegenden, in der Literatur sattsam nachgewiesenen Funktionen, kann unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten noch ein weiterer Grund genannt werden, warum die Zufriedenheit der Patienten erfasst werden sollte. *In concreto*: Die PZ-Befragung als Therapiematerialie. Dieses dritte Argument soll nun nachstehend auf der einen Seite anhand einer Studie von ROSSEL (1994) sowie auf der anderen Seite durch einen Vorgriff auf einige ausgewählte Ergebnisse aus den kognitiven Pretest-Evaluationsinterviews, welche der Autor der vorliegenden Arbeit zur Validierung des erstellten PZ-Fragebogens (siehe dazu Kapitel 8) an insgesamt 19 Patienten durchführte, bekräftigt werden. Legen wir also nun in einem ersten Schritt die Untersuchung von ROSSEL (1994), der in seiner Studie den auf der nachstehenden Seite abgebildeten Therapiestundennachbearbeitungsbogen (Abb. 65) entwickelte und an insgesamt 11 Patienten testete, näher unter das wissenschaftliche Okular.

Nachdem ROSSEL die im Rahmen eines Katamnese-Interviews erfassten Outcomekriterien (u.a. Therapieergebnis, erlebte Therapietransparenz, Therapiedauer, Therapiezufriedenheit etc.) der Experimentalgruppe, also der 11 Patienten, die den Nachfragebogen jeweils am Ende der Einzeltherapiestunde ausfüllen mussten, mit denen der ebenfalls aus 11 Patienten umfassenden Kontrollgruppe, die keinen Nachfragebogen vorgelegt bekamen, miteinander verglichen hatte, gelangte er zu der folgenden Einschätzung: „Erste Erfahrungen mit der Verwendung dieses Bogens als therapeutisches Element in 11 abgeschlossenen, vorwiegend kognitiv orientierten Verhaltenstherapien zeigen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, dass insgesamt weniger Therapiesitzungen erforderlich waren, dass die Zufriedenheit mit der Therapie, den einzelnen Therapiesitzungen und dem eigenen Fortschritt höher war und dass der Einsatz des Bogens als effektiv und motivationsfördernd von den Patienten im Katamnese-Interview

eingeschätzt wurde."[8] „Der (...) Nachfragebogen" – so formuliert ROSSEL abschließend – „ist ein *Therapiematerialie* und somit ein Element der Therapie, das mit dem Ziel eingesetzt werden kann, den Verlauf der Therapie positiv zu beeinflussen"[9].

© Rossel, 1993

Nachbearbeitungsbogen für die Therapiesitzung

Name: **Sitzung am:**

Die wichtigsten Themen in dieser Sitzung:

Themen, die nicht angesprochen worden sind, obwohl sie wichtig gewesen wären:

Mit dem Verlauf der Stunde bin ich zufrieden.....0...1...2...3
Mit meinem eigenem Verlauf bin ich zufrieden.....0...1...2...3
Mit meinem Fortschritt bin ich zufrieden..... 0...1...2...3
Mit dem Verhalten des Therapeuten bin ich zufrieden.....0...1...2...3

Für die Zeit bis zur nächsten Sitzung am _____ um _____Uhr
habe ich mir vorgenommen:

In der nächsten Sitzung möchte ich folgendes ansprechen:

Abb. 65: Muster des Nachbefragungsbogens von ROSSEL (1994)[10]

Zur weiteren Absicherung des von ROSSEL in seiner Studie zu Tage geförderten Legitimitätsgrundes, demzufolge die regelmäßige Überprüfung der PZ sowie der subjektiv bedeutsamen Therapiethemen während der Behandlung allein schon deshalb zu befürworten sind, da sie sich positiv auf den Therapieverlauf auswirken, sollen nun zu guter Letzt in paraphrasierter Form einige zentrale Aussagen des vom Autor innerhalb des kognitiven Pretest-Evaluationsinterviews befragten Patienten ‚R' wiedergegeben werden. Am Schluss des leitfadengestützten kognitiven Pretest-Evaluationsinterviews (siehe dazu ausführlich Kapitel 8) stellte der Autor dem Patienten ‚R' die Frage „*Was haben Sie beim ausfüllen des Frage-*

[8] ROSSEL 1994: 116
[9] ebenda: 120
[10] entnommen aus ROSSEL 1994: 117

bogens empfunden (Gefühlsebene)?" Diesen Fragestimulus beantwortete der Patient ‚R' nun dahingehend, dass er durch die Beantwortung des Pilotfragebogens seine Therapie nochmals detailliert reflektieren und sich mit noch offen stehenden Fragen an seine Bezugstherapeutin wenden konnte. So berichtete er *bspw.* davon, dass ihn die im Mittelteil des Fragebogens vorkommende „Zukunftssinnfrage" zum Nachdenken angeregt habe und er diese Thematik nochmals innerhalb der Einzeltherapie bearbeitet habe. Ferner gab der Patient P_15 – welcher sieben Tagen vor dem Ende seiner Entwöhnungsbehandlung stand – dem Autor der vorliegenden Arbeit zu verstehen, dass er einen turnusmäßigen Einsatz des entwickelten Fragebogens („so alle 2-3 Wochen" und „in einem abgespecktem Umfang") während der Therapie als sehr hilfreich empfunden hätte und ein solches Angebot für die nachfolgenden Patienten implementiert werden sollte. Zu guter Letzt wies der Patient noch darauf hin, dass die Bearbeitung des Fragebogens ihm nochmals aufgezeigt habe, was er während der Therapien alles erreicht habe und er nun der Entlassung in den Alltag frohen Mutes entgegenblicke.

Bevor wir uns nun, nach dem wir in den vorausgehenden Zeilen aufzeigen konnten, dass PZ-Befragungen aus medizinisch-therapeutischen Perspektive deshalb von Bedeutung sind, da der PZ-Grad einerseits als Maßstab zur Einschätzung des Behandlungserfolgs und andererseits als Kriterium zur Vorhersage des Therapieverlauf fungieren kann sowie das ferner regelmäßige, während der Therapie durchgeführte PZ-Befragung als eigenständige Therapiematerialie angesehen werden können, den medizinisch-ethischen Argumenten zur Legitimierung von PZ-Befragungen zuwenden werden, sei der Leser der hiesigen Zeilen vorab nochmals mit Nachdruck an die unter Kapitelunterpunkt 3.6.2 dargestellte Problematik erinnert, dass insbesondere postalisch abgesandten, an ehemalige psychiatrische Patienten adressierte Zufriedenheitsfragebögen ein *‚institutionelles Viktimisierungspotential'* aufweisen können und deshalb äußerst umsichtig verwandt werden sollten.

4.2 Medizinisch-ethische Argumente

Von der medizinisch-ethischen Beobachtungswarte aus betrachtet können im Ganzen fünf Argumente angeführt werden, warum die Zufriedenheit der Patienten einen erforschungswürdigen Gegenstand darstellt. Das *erste* Argument leitet die Bedeutsamkeit des PZ-Konstrukt aus des klassischen ärztlichen Imperativs »*Salus aegroti suprema lex*«, wonach das Wohlergehen des Kranken oberste Richtschnur zu sein habe[11], ab. Den selben Argumentationston schlägt nun *zweitens* der renommierte Kardiologe Bernhard LOWN in dem nachstehend wiedergegebenen Passus aus seinem Bestseller »*Die verlorene Kunst des Heilens*« an:

> „Und wieder nehme ich mir die Worte der sibirischen Ärztin zu Herzen, die mir [Bernhard Lown, T.K.] sagte: »Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollte sich der Patient anschließend besser fühlen.« Wenn ich einen unheilbar kranken Patienten im Krankenhaus besuche, wenn kaum etwas, das ich tue, irgend einen Unterschied im Krankheitsverlauf macht, erinnere ich mich an die stämmige sibirische Frau. Ich drehe das Kopfkissen um, sodass der Patient, dessen Kopf auf einer verknüllten, nassen Oberfläche lag, nun auf einem weichen, kühlen Kissenbezug ruhen kann. Habe ich den Raum verlassen, fragt der Patient mitunter die Krankenschwester: »Wer war denn der nette Doktor?« Wie wenig braucht es manchmal, jemandem ein wenig Wohlbehagen zu bereiten! Gelegentlich kann eine unbedeutende Inter-

[11] vgl. ROHDE 1973: 16

> vention für einen Patienten etwas ganz Außergewöhnliches sein und ihn zu einem zufriedenen Dasein verhelfen."[12]

Betrachtete man die obig wiedergegebenen Zeilen aus dem Buch von LOWN, in der die grundsätzliche Bedeutsamkeit der PZ herausgestrichen wird, nun vor dem Hintergrund der in einer Vielzahl empirischer Untersuchungen ans Tageslicht gezerrten Erkenntnis, dass sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzteschaft *resp.* die Therapeutenzunft die Zufriedenheit der Patienten zumeist nicht richtig einschätzen können[13], so lässt sich aus diesen beiden Sachverhalten die logische Schlussfolgerung ziehen, dass die Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung systematisch zu befragen sind.

Das nunmehr zu erläuternde dritte medizinisch-ethische Argument, welches sich indirekt für die Messung der PZ ausspricht, knüpft unmittelbar an die zuletzt vollzogene Konklusion an. Konkret gesagt erblickt der Autor der vorliegenden Arbeit in der Verantwortungsethik des jüdischen Philosophen Emmanuel LEVINAS, dessen Ansatz einerseits von Klaus DÖRNER in seinem verdienstvollen Buch »*Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*« (2001) für die Medizin und andererseits von Eric MÜHREL in seiner Schrift »*Achten und Verstehen. Philosophische Reflexionen zur professionellen Haltung in der Sozialen Arbeit*« (2008) für die Sozialarbeit fruchtbar gemacht wurde, einen weiteren Legitimitätsgrund für die Durchführung von PZ-Befragungen. Da es nun hier nicht das Ziel sein kann den komplexen ethischen Ansatz von LEVINAS *ab ovo* aufzurollen, werden wir uns im Folgenden darauf beschränken, die für die vorliegende Arbeit relevanten Theoriesplitter aus der Verantwortungsethik herauszuklauben; wobei uns insbesondere die drei folgenden Postulate sowohl zur Legitimierung als auch zur Aufzeigung der Grenzen von PZ-Befragungen dienlich sein können:

1) Der Helfer als Geisel: LEVINAS macht sich in seiner *prima facie* äußerst radikal anmutenden Geisel-Allegorie dafür stark, dass die ethische Ursituation dadurch gekennzeichnet sein sollte, dass sich der Mensch, angerührt durch die sprechenden Augen und das nackte Antlitz des Anderen, gänzlich in den Dienst des Anderen stellt. Im Lichte der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung betrachtet bedeutet diese asymmetrischen Ausgangssituation, dass der Helfer an den Bedürfnissen, Wünschen, Erwartungen, Zielen, Krankheitskonzepten und Zufriedenheitsvorstellungen des Patienten anzusetzen hat.

2) „Du sollst nicht töten": Dieses Gebot wird von LEVINAS dahingehend ausgelegt, dass sich der Mensch in der Beziehung zum Anderen des Umstand bewusst sein sollte, dass er den Anderen niemals gänzlich verstehen kann. Dass sich der Andere quasi immer dem definitorischen Zugriff entzieht. Im medizinisch-therapeutischen Kontext würde die Einlösung dieses Gebotes darauf hinauslaufen, dass die Stimme oder – treffender gesagt – das Antlitz des Patienten nicht dadurch zu schweigen gebracht wird, dass es von vornherein mit medizinischen Fachtermini überfrachtet wird.

3) Die Figur des Dritten: Während die beiden voranstehend genannten Postulate aus der Verantwortungsethik die ethische Relevanz aufzeigen, innerhalb medizinische-therapeutischer Dienstleistungen von der Stimme, den Meinungen und Überzeugungen des Anderen auszugehen, so schränkt LEVINAS diese ursprünglich asymmetrische Begehungssituation durch die *Figur des Dritten* ein. Vereinfacht gesagt versteht LEVINAS unter der in der Fachliteratur kontrovers diskutierten Figur des Dritten die Gerechtigkeit. Auf die Zufriedenheitsforschung übertragen weist die Figur des Dritten darauf hin, dass der Helfer

[12] LOWN 2004: 103-104

[13] siehe dazu die im Einleitungskapitel der vorliegenden Arbeit bemühten Studienarbeiten

– obzwar er in der ursprünglichen Begehungssituation zur Geisel des Anderen avancierte – nicht zum blinden Vollstreckungsgehilfen der mitunter vielleicht ethisch höchst zweifelhaften Anforderungen und Erwartungen des Patienten wird. Vielmehr kündigt sich in der Figur des Dritten eine für die PZ-Forschung unüberwindbare Grenzmarkierung an, die letztendlich darin besteht, dass die von Seiten des Patienten an den Helfer adressierten Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen vermittels des Rückgriffs auf die klassischen Imperative des jeweiligen Helferberufes (z.B. des Nicht-Schädigungs-Grundsatzes) dahingehend überprüft werden, ob ihnen stattzugeben ist. „Gerechtigkeit zu üben" – so formuliert es der Levinas-Forscher Thomas BEDORF – „bedeutet (...) den Appell des Anderen in der Komplexität der Institutionen und des Rechts nicht *untergehen* zu lassen und zugleich der Maßlosigkeit dieses Appells *Grenzen* zu setzen."[14]

Wenden wir uns nun den beiden letzten Argumenten, die aus medizinisch-ethischer Perspektive zur Legitimation von PZ-Befragungen angeführt werden können, zu, so sei drauf hingewiesen, dass das vorletzte, *vierte* Argument bereits im Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit umfänglich beschrieben wurde. Zur Vermeidung unnötiger Redundanzen werden wir dieses Argument im Folgenden bloß in groben Strichen wiedergeben. In der Einleitung bildete der Autor die patientenzufriedenheitsuntersuchungsbefürwortende Argumentationskette, dass das Ideal einer humanistischen, subjektorientierten Psychiatrie nur dann vom Wolkenkuckucksheim auf den Boden der Realität gestellt werden kann, wenn die professionellen Mitarbeiter ihre Perspektivübernahmefähigkeit schulen. Dass nun aber der Einübung der Perspektiveübernahmekompetenz, wie anhand des von Irving YALOM in dem zusammen mit seiner ehemaligen Patientin Ginny ELKIN herausgegebenen Buch »*Jeden Tag ein bisschen näher. Eine ungewöhnliche Geschichte*« (2001) beschriebenen *Rashomon-Erlebnisses* aufgezeigt werden konnte (siehe Kapitel 1), natürliche Grenzen gesetzt sind, bedarf es zur Einlösung des Perspektivenübernahmefähigkeitskriteriums einer systematisch angelegten Befragung der Patienten. Überspitzt formuliert bedeutet dies, dass die via PZ-Befragung hergestellte Perspektivenübernahme eine entscheidende Voraussetzung zur Verwirklichung des Ideals einer humanistischen, subjektorientierten Psychiatrie bildet.

Schenken wir nun zum Abschluss dieses Kapitelunterpunktes noch dem *fünften* und somit numerisch, aber nicht inhaltlich letzten medizinisch-ethischen Argument, welches für die Implementierung von PZ-Befragungen spricht, Gehör. Während die voranstehend explizierten vier Argumente schwerpunktmäßig verdeutlichten, dass „(...) eine Leugnung oder Marginalisierung der Relevanz der PZ bzw. von Patientenbefragungen als entsprechendem Messinstrument (...)" – so formuliert es der Gesundheitswissenschaftler Karl BLUM – „im Grunde genommen dem ethisch-humanen Selbstverständnis der Mediziner und der medizinischen Komplementärberufe [wiederspräche, T.K.]"[15], trägt das nachstehend auszuarbeitende *fünfte* medizinisch-ethische Argument sowohl der Krankenhausdiagnose des Medizinsoziologen Johann Jürgen ROHDES, dem § 70 Abs. 2 SGB V sowie der Forderung nach einer patientenorientierten Versorgungsstruktur Rechnung. Die krankenhausbezogene Diagnose des Medizinsoziologen ROHDE besteht darin, dass das Krankenhaus tendenziell inhuman ist, *„(...) weil es* [sich, T.K.] *generelle Humanität (...) zuschreiben lässt, selbst zuschreibt und eben dadurch daran gehindert wird, Einsicht in die strukturellen Momente seiner Inhumanität zu gewinnen, die Situation des Patienten und deren Humanisierungsbedürftigkeit zu durchdenken und zu analysieren."*[16] Das Instrument der Patientenbefragung kann nun diesbezüglich

[14] BEDORF 2005: 54
[15] BLUM 1997: 23
[16] ROHDE 1973: 19-20

zu einer Art *„Rehumanisierung"* eingesetzt werden, da sie den Patienten eine Artikulationsmöglichkeit offeriert mittels derer inhumane Strukturelemente verifiziert und diskutabel gemacht werden können. Somit können Zufriedenheitsmessungen im Sinne des § 70 Abs. 2 SGB V „als geeignete Maßnahmen"[17] zur Gewährung einer „humanen Krankenbehandlung der Versicherten"[18] angesehen werden. Synoptisch lässt sich resümieren, dass das Ziel der medizinisch-ehtischen Argumente primär darin besteht, „den Patienten, genauer gesagt, seine Problemsicht und Zufriedenheit wieder in den Mittelpunkt der Versorgung zu rücken."[19]

4.3 Medizinisch-politische Argumente

Durchmustert man die internationale PZ-Literatur auf der Suche nach medizinisch-politischen Argumenten, die zur Legitimierung von PZ-Befragungen angeführt werden können, so stößt man auf insgesamt vier Äußerungen, die der obig genannten Argumentationsklasse zuzuordnen sind:

1) Patientenzufriedenheitsbefragungen als Demokratieemblem: Diesem ersten Argument zufolge sind PZ-Untersuchungen als logisch notwendige Folge des im Rahmen der in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts statthabenden Demokratisierungsdebatten vollzogenen Paradigmawechsels von der passiven, regressiven, unmündigen und machtlosen Patientenrolle hin zum *Patienten als Bürger* anzusehen. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass der Emanzipations- und Demokratisierungsdiskurs der 1970er Jahre unter anderem dazu führte, dass hinter dem *bis dato* vorherrschenden Bild des unmündigen Patienten die Konturen des mündigen Bürgers wahrgenommen wurden. Um nun dem ungebrochen bestehenden Bürgerstatus des Patienten das in einer demokratischen Gesellschaftsform über alle Maßen hoch angesehene Mitbestimmungsrecht nicht zu verweigern, stellen PZ-Befragungen einen legitimen Ansatz dar, mit dem medizinisch-therapeutische Dienstleistungsinstitutionen ihre demokratische Grundausrichtung dokumentieren können. Zum Abschluss unserer Ausführungen zu diesem ersten medizinisch-politischen Legitimitätsgrund sei darauf hingewiesen, dass der Autor Hannu VUORI (1991) in seinem lesenwerten Aufsatz »*Patient satisfaction – does it matter*?« die Durchführung einer von PZ-Befragung unter anderem dadurch legitimiert sieht, als dass sie seiner Meinung nach ein demokratisches Instrument darstellt, welches dafür sorge tragen kann, dass die Position der Patienten gegenüber den Professionellen gestärkt wird.[20]

2) Die personalpolitische Bedeutsamkeit der Patientenzufriedenheit: Aus personalpolitischer Perspektive erscheint die Messung und Steigerung der PZ insofern uneingeschränkt unterstützenswert, als dass sich qualifiziertes Fachpersonal eher um eine Anstellung in einer Klinik bewirbt, die den Leumund besitzen zufriedene Patienten zu entlassen.[21]

3) Die verbraucherpolitische Bedeutsamkeit der Patientenzufriedenheit: Dieses Argument basiert auf der Annahme, dass die via PZ-Befragung zu Tage geförderten Ergebnisse die Qualitätstransparenz im Gesundheitssystem erhöhen können und dadurch zukünftigen Patienten die Chance ermöglichen, auf der Grundlage dieser Informationen eine rationale Klinikwahl zu treffen. PZ-Befragungen könnten somit dazu beitragen, dass das Ideal des mündigen, selbstbestimmten Patienten realiter verwirklicht werden kann. Denn –

---

[17] SGB 2002: § 70 Abs. 2 SGB V.
[18] ebenda
[19] BLUM 1997: 25
[20] vgl. VUORI 1991. Eine ähnliche Argumentation findet sich ferner bei HILDEBRANDT & MARTINI 1999a: 18 sowie TROJAN 1998: 18
[21] vgl. KOCH 1972: 159-160

wie Christoph KRANICH betont – bleibt „Mündigkeit ohne Information eine Illusion!“[22] Angemerkt sei noch, dass *bspw.* sowohl die im Jahre 1998 vom Focus-Magazin herausgegebene ‚*Klinik-Liste*', der im Jahre 2004 erstveröffentlichte ‚*Klinik-Führer Ruhrgebiet*' als auch das seit Juni 2008 aktivierte Online Krankenhaus-Suchportal „*Weisse Liste*“ (www.weisse-liste.de) auch eine Qualitätskategorie „Zufriedenheit der Patienten“ beinhalten, die von den Lesern *resp.* potentiellen Patienten bei ihrer Klinikwahl mitberücksichtigt werden kann. Laut den Ergebnissen des von der Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Gesundheitsmonitors 2006 greift allerdings bisher nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung bei der Krankenhauswahlentscheidung auf derartige, patientenerfahrungsbasierte Vergleichslisten zurück: „Der Gesundheitsmonitor fragte die Versicherten [N=1.524, T.K.], wie sie vorgehen würden, wenn sie eine Klinik auswählen müssten. Es zeigte sich, dass standardisierte Qualitätsinformationen nur eine untergeordnete Rolle spielen: Nur 22 Prozent würden Vergleichslisten zu Rate ziehen – 90 Prozent dagegen sich mit ihrem Arzt besprechen, 81 Prozent die Wahl gleich ganz dem Arzt überlassen, 78 Prozent nach der Nähe zum Wohnort entscheiden und 62 Prozent sich auf die Erfahrungen von Freunden und Verwandten verlassen.“[23]

4) Die regionalpolitische Bedeutsamkeit der Patientenzufriedenheit: Zum Abschluss des hiesigen Kapitelunterpunktes sei noch in knappen Worten darauf hingewiesen, dass die Zufriedenheit der Bürger einer Stadt *resp.* eines Kreises mit der Versorgungsdichte an medizinisch-therapeutischen Dienstleistungen auch für die regionalen Politiker nicht gänzlich unbedeutend ist, sofern sie gewillt sind, beim nächsten Wahltermin wiederum die Nase vorn zu haben.

4.4 Ökonomisch-marketingtechnische Argumente

Aufgrund der Tatsache, dass sowohl die primären (positive Mundwerbung, Loyalität, geringere Schadensersatzneigung) als auch die sekundären ökonomischen Argumente (höhere Compliance, geringere Liegedauer, Zunahme der AZ), laut derer die Messung und Steigerung der PZ eine zentrale Voraussetzung dafür bildet, dass einerseits das Krankenhaus wirtschaftliche Erfolge erzielt sowie das andererseits vom Gesundheitssystem nicht mehr Kosten als eben nötig verschlungen werden, bereits im Kapitelunterpunkt 3.6.2 ausgiebigst gewürdigt wurden, werden wir uns im Folgenden zur Vermeidung unnötiger Litaneien ausschließlich darauf besinnen, weitere, bislang ausgesparte wirtschaftliche Gründe anzuführen, die zur Legitimierung von PZ-Untersuchungen angeführten werden können. Dass nun die PZ im Rahmen des bewährten EFQM-Modells mit einer Einzelgewichtung von 20% als das effektivste Mittel zur Verbesserung des unternehmerischen Erfolges ausgewiesen wird, liegt – neben den obig notierten primären und sekundären PZ-Auswirkungen – ferner daran, dass:

- positive Ergebnisse der Öffentlichkeit auf multilateralem Weg zur vorteilhaften Präsentation der Institution zugänglich gemacht werden (z.B. Klinkzeitung, Internet-Hompage, regionale Presse etc.) können[24];
- hohe PZ-Ergebnisse zur positiven Selbstdarstellung sowie zur Verbesserung der Verhandlungsposition gegenüber bedeutsamen ‚*Schlüsselkunden*' wie z.B. den Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten, privaten Investoren, Zulieferern etc. genutzt werden können[25]
- sowie dass einzig und allein die Tatsache, dass die Klinik eine Befragung durchführt und sich nach der Zufriedenheit der „Kunden“ mit der Leistungserbringung erkundigt, dem Patienten verdeutlicht wird,

[22] KRANICH 1993
[23] BERTELSMANN-STIFTUNG 2007: 30
[24] vgl. ZINN 1998: 29; BLUM 1997: 20; HILDEBRANDT et al. 1999e: 261 sowie NEUGEBAUER & PORST 2001: 11
[25] vgl. OLANDT & KRENTZ 1998: 722

dass die Klinik um eine optimale, patientenzentrierte Versorgung bemüht ist, günstige Auswirkungen auf das Image der Klinik hat.[26]

Neben diesen tertiären ökonomischen Gründen spricht nach Ansicht des Autors noch eine weitere, empirisch sattsam belegte Erkenntnis für die regelmäßige, systematische Erhebung der PZ. In Worten: Die mangelhafte Beschwerdebereitschaft unzufriedener Patienten. Aufgrund der in Kapitelunterpunkt 3.6.2 erläuterten Studie von RIECHMANN und Mitarbeitern (2008), laut derer sich nur *circa* jeder zweite mit seiner in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung unzufriedene Patient beschwert, können wir an dieser Stelle abschließend mit Fug und Recht behaupten, dass die turnusmäßige Erhebung von PZ-Daten aus ökonomischen Gründen allein schon deshalb indiziert ist, da die jeweilige Institution aus der eingegangenen Beschwerdeanzahl nicht auf den wirklichen Zufriedenheitsgrad der Patienten schließen kann.

4.5 Qualitätsmanagementargumente

Ohne nun an dieser Stelle vertiefend auf die Funktion von PZ-Befragungen innerhalb des Qualitätsdiskurs eingehen zu wollen, werden wir im Folgenden versuchen die PZ-Legitimitätsquintessenzs aus den vielfältigen Qualitätszertifizierungsverfahren (z.B. KTQ, EFQM, PPQ, TÜV-CERT, IQD usw.[27]) herauszupräparieren. Schütten wir nun zur Einlösung dieses Unterfangens die im vorausgehenden Satz in Klammern genannten Zertifizierungsverfahren durch das Frage-Sieb: *Warum sollten Institutionen des Gesundheitswesen ein vitales Interesse daran haben, die Zufriedenheit ihrer Patienten auf systematischen Wege zu messen und anschließend zu managen?* so erhalten wir die folgende Argumentationsessenz: Der subjektive Parameter PZ fungiert in diesen Programmen, neben den objektiven medizinisch-therapeutischen Outcomevariablen, als zentraler Qualitätsindikator zur Bestimmung der Ergebnisqualität. D.h., dass die subjektiv vom Patienten empfundene Zufriedenheit mit der konsumierten Dienstleistung neben den objektiven Outcomeparametern wie z.B. Hospitalisierungsdauer, Wiederaufnahmerate, Abstinenz- *resp.*, Rückfallquote, Rezidivrate, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Suizidversuche etc. als eigenständige Größe in die Bestimmung der Ergebnisqualität miteinbezogen wird.

Da nun die Ergebnisqualität als „finales Produkt" der erbrachten Dienstleistung evidenter Maßen Handlungen im Struktur- und insbesondere im Prozessbereich vorgeschaltet sind, kann die PZ als ein übergreifendes, holistisches Qualitätskriterium betrachtet werden, das in Analogie zur triadischen Qualitätsdifferenzierung medizinischer Qualität nach Avedis DONABEDIAN (1980) Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen vermag.[28] Die Strukturqualität umfasst die weitgehend behandlungsunabhängigen Eigenschaften einer medizinisch-therapeutischen Einrichtung wie z.B. Serviceleistungen (Qualität des Essens, Kiosk, Sauberkeit sanitärer Einrichtungen, Ausstattung der Patientenzimmer, Freizeitangebote etc.), quantitative und qualitative Ausstattung des Klinikpersonals, infrastrukturelle Ausstattung (Parkmöglichkeiten, Organisationsaufbau), diagnostische Ausstattung (Computertomographie, MRT, Labor) usw.[29] Synoptisch bildet die Strukturqualität somit die Bedingungen der Möglichkeit für eine qualitativ hochwertige Dienstleistung. Die Prozessqualität beinhaltet entgegen der eher statischen Strukturebene die dynamischen und behandlungsabhängigen Eigenschaften einer medi-

[26] vgl. BLUM 1997: 20 sowie HILDEBRANDT / MÜLLER & TROJAN 1999e: 261

[27] einen Überblick über die gängigen Zertifizierungsverfahren im Gesundheitssektor bietet unter anderem der instruktive Aufsatze von SELBMANN aus dem Jahre 2000a

[28] vgl. DE JAGER 1998: 55 und WÜTHRICH-SCHNEIDER 1999: 64

[29] vgl. BLUM 1997: 41; DE JAGER 1988: 6 sowie WÜTHRICH-SCHNEIDER 1999: 18

zinisch-therapeutischen Dienstleistung.[30] Sie umfasst das gesamte medizinische, therapeutische und pflegerische Handeln, welches innerhalb des Behandlungszeitfensters, unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und individuellen Krankheitsmerkmale des Patienten, zur Erreichung eines optimalen Ergebnisses ergriffen *resp.* nicht ergriffen wurden.[31] Die Prozessqualität lässt sich dabei in medizinisch-technische Aspekte der Behandlung und in nicht-medizinische Aspekte des Versorgungsablauf aufsplitten, wobei davon ausgegangen werden kann, dass insbesondere letztere von den Patienten valide erfasst werden können, „denn der Patient kann aus seiner unmittelbaren Behandlungserfahrung heraus" – so der Gesundheitswissenschaftler BLUM – „zu fast allen zentralen Aspekten des Behandlungsprozesses wie Information und Aufklärung, psychosozialer Betreuung, Ablauforganisation, Angst- und Schmerzkontrolle, Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten etc. kompetente Urteile abgeben. Und obwohl er ein medizinischer Laie ist, können von ihm im Behandlungsprozess artikulierte körperliche Beschwerden und Beeinträchtigungen auf etwaige Mängel der technischen Versorgungsqualität verweisen."[32] Der Prozessqualität kommt im Kontext von PZ-Erhebungen einerseits deshalb eine eminente Bedeutung zu, da die ihr inhärenten Elemente, wie bereits oben erwähnt, vom Patienten valide erfasst und kommunikabel gemacht werden können und weil andererseits der Ergebnisbereich weitestgehend auf die Prozesskategorie zurückgeführt werden kann, so dass analog dazu Defizite innerhalb der Ergebnisqualität oftmals ihre Ursachen innerhalb der Prozessqualität haben.[33] Nachdem nun aufgezeigt wurde, inwieweit der Qualitätsindikator PZ in der Lage ist, die Donabedianischen Qualitätskategorien angemessen zu reflektieren, gilt es im Folgenden die laut Qualitätsmanagementdiskurs für die Durchführung von PZ-Untersuchungen sprechenden Gründe unter dem Diktum der Utilität zu explizieren. Unmäandriert gesagt bedeutet dies, dass nachstehend der Frage nachgespürt werden soll: „*Welche pragmatischen Nutzeneffekte mit der Patientenbefragung innerhalb des ubiquitären Qualitätsmanagementdiskurses verknüpft sind?"* Um diese Frage nun angemessen beantworten zu können, bedarf es vorab in einem ersten semantischen Schritt der Klärung des vorrangigen Ziels, welches mit der Implementierung von Qualitätsmanagementprogrammen im Gesundheitswesen verfolgt wird. Diesbezüglich führt DE JAGER unter Berufung auf die REHA-KOMMISSION von 1991 aus, dass das vornehmliche Ziel der im Gesundheitswesen kursierenden Qualitätsmanagementverfahren darin besteht, die Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen, die Wirksamkeit (Effektivität) gesundheitsbezogenen Handelns ständig weiterzuentwickeln sowie darüber hinaus die Wirtschaftlichkeit (Effizienz) der erbrachten Leistungen zu gewährleisten. Qualitätssicherungsprogramme stoßen demnach einen unaufhörlichen Begutachtungsprozess an, in dem überprüft wird, ob Maßnahmen weiterhin dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen und ob die Wirksamkeit therapeutischen Handelns gegeben ist.[34] Der einschlägigen Literatur nach zufolge gilt nun die PZ-Befragung innerhalb dieser Teleologie als ein unabkömmliches Zielerreichungsinstrument, da sie sowohl einen funktionalen Beitrag für die interne- als auch für die externe Qualitätssicherung zuleisten vermag.[35] Als internes Qualitätssicherungsinstrument sind PZ-Befragungen dazu geeignet Schwachstellen innerhalb der Versorgungsabläufe zu identifizieren, denen

[30] vgl. BLUM 1997: 42
[31] vgl. KALTENBACH 1993: 89-90
[32] BLUM 1997: 42-43
[33] vgl. ebenda
[34] vgl. DE JAGER 1998: 6
[35] vgl. SATZINGER et al. 1995: 508

dann seitens der Klinik durch adäquate qualitätsverbessernde Interventionen begegnet werden kann.[36] Patientenbefragungen sind somit im Rahmen interner Qualitätssicherungsmaßnahmen als respektable Instrumente anzusehen, um Fehlentwicklungen aufgrund mangelnder Artikulationsmöglichkeiten des jeweiligen Personenkreises im Hilfesystem vorzubeugen.[37] Ferner sei an dieser Stelle auf die möglichen Effizienzgewinne zu verweisen, da allen voran die Veränderungen der Ablauf- und Aufbauorganisation auf der Basis PZ-Befragungsdaten oft zeit- und kostenreduzierter möglich ist als mit anderen Instrumenten. Frei nach dem Motto: Die „Kunden" zu „Beratern" machen, statt sich teure Berater einzukaufen.[38] Zu guter Letzt sei noch angemerkt, dass die Ergebnisse der Patientenbefragung die Sensibilität für zukünftige Investitionen (z.B. baulicher Art) affizieren und somit indirekt einen Einfluss auf den Planungsprozess sowie den Budgetmitteleinsatz haben können.

Ehe nun im Folgenden der Stellenwert und die Bedeutung von Patientenbefragungen im Kontext von Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung eingehender beschrieben wird, soll vorab in einem ersten, für semantische Klarheit sorgenden Schritt die etwas unglückliche Begrifflichkeit der „externen Qualitätssicherung", wie er in § 137 SGB V Anwendung findet, durch den Begriff des „externen Qualitätsvergleichs" ausgetauscht werden, da der erstere Begriff fälschlicherweise impliziert, dass die alleinige Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bereits die Qualität verbessere.[39] Dies ist jedoch mitnichten der Fall, da die Qualität medizinisch-therapeutischer Dienstleistungen niemals extern, sondern ausnahmslos intern optimiert werden kann. Wie bereits durch den obigen Paragraphenverweis angedeutet, sind Krankenhäuser seit der Implementierung des Gesundheitsstrukturgesetztes im Dezember 1992 dazu verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, wobei die Maßnahmen so zu gestalten sind, dass vergleichende Prüfungen möglich sind.[40] Damit trägt der Gesetzgeber dem Nutzen für diejenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens Rechnung, die sich an Benchmarkingprojekten beteiligt haben.[41] Der englische Begriff „Benchmark" bedeutet frei übersetzt soviel wie „Maßstab" und bezeichnet mit dem angehängten Suffix -ing ein Verfahren des externen Qualitätsvergleichs, indem ein Maßstab wie z.B. die PZ zwischen ähnlichen, konkurrierenden Dienstleistungsanbietern (z.B. Sucht-Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken etc.) verglichen wird. Im Kontext eines Qualitätsmanagements wird nun explizit die Analyse der Ursachen für die Unterschiede zwischen den Anbietern als wertvolle Quelle für Impulse der Qualitätsverbesserung angesehen. Im Zentrum steht dabei ein „Lernen von den Besten."[42] Analog zu diesen Ausführungen wird Benchmarking in der entsprechenden Literatur wie folgt definiert:

> „*Benchmarking ist eine Methode der Unterstützung von Qualitäts- und Organisationsentwicklung, die im Kern auf systematischen Vergleichen mit und Lernen von Partnern beruht. Verglichen werden Indikatoren für Ergebnis-, Prozess- und / oder Strukturqualität, um »Best-Practice« zu identifizieren als Voraussetzung für realistische Ziele und Mittel in Change-Prozessen."*[43]

> „Benchmarking im Gesundheitswesen ist eine dauerhafte und kooperative Disziplin der Messung und des Vergleichs der Ergebnisse von Schlüsselprozessen mit Prozessen der Bes-

[36] vgl. NEUGEBAUER & PORST 2001: 11; VELMAS 1999: 14; JACOB 2002: 14 sowie HILDEBRANDT / MÜLLER & TROJAN 1999e: 260
[37] vgl. BENDEL 2000a: 6
[38] vgl. HILDEBRANDT / MÜLLER & TROJAN 1999c: 260
[39] vgl. LEFFMANN 1995: 23
[40] vgl. STRAUB 1993: 377
[41] vgl. LEFFMANN 1995: 23
[42] ebenda: 22
[43] PELIKAN et al. 2001: 28

> ten (best performers) auf diesem Gebiet. In diesem Sinne ist Benchmarking Lernen, Verfahrensweisen zu übernehmen, die zu durchgreifenden Prozessverbesserungen und so zu mehr Gesundheit im Einzugsbereich (Helthier Communities) führen."[44]

Die Zufriedenheitsparameter einer Patientenbefragung können diesbezüglich ohne weiteres – unter der Voraussetzung, dass das selbe Erhebungsinstrumentarium verwendet wurde – als Maßstab für ein betriebsübergreifendes Benchmarking (Krankenhausvergleiche) oder ein betriebsinternes Benchmarking (Vergleiche zwischen einzelnen Stationen ein und derselben Klinik) eingesetzt werden.

Fassen wir nun noch einmal die zentralen Argumente, die aus der Warte des Qualitätssicherungsdiskurses für die regelmäßige Erfassung und Optimierung der PZ sprechen, zusammen, so ergeben sich in der Summe die folgenden drei Legitimitätsgründe:

Erstens wird in Qualitätsmanagementverfahren von dem (ungeprüften) Axiom ausgegangen, dass das PZ-Konstrukt einen umfassenden Qualitätsindikator darstellt, welcher der Führungsriege des jeweiligen Krankenhauses einen Einblick in die faktische Ausprägung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erlaubt.

Zweitens werden PZ-Befragungen mit dem – wie sich noch zeigen wird wackeligen – Argument angepriesen, dass mit diesem Messinstrument die Versorgungsstärken- und schwächen des Anbieters lokalisiert und anschließend auf der Grundlage der ermittelten Schwachstellen Maßnahmen zu deren Beseitigung ergriffen werden können; wobei hinterher – im Sinne eines PDZA-Zykluses – in einer temporalen Vergleichsstudie überprüft werden kann, ob die verabschiedeten Schwachstellenüberwindungsmaßnahmen ihre intendierte Wirkung entfaltet haben.

Das ausnahmslos numerisch und keineswegs wegen seiner inhaltlichen Gewichtigkeit letzte, *dritte* von Seiten des Qualitätsmanagementdiskurses vorgebrachte Argument für die Messung der PZ gründet in der Benchmarking-Idee. Kurzum gesagt bedeutet dies, dass die eruierten PZ-Parameter zu klinkübergreifenden und/oder klinikendogenen Vergleichen herangezogen werden sollen. Von derartigen Vergleichsprozessen verspricht man sich in der einschlägigen Fachliteratur, dass der Vergleich mit den besten Anbietern – also von den Kliniken/Abteilungen mit den höchsten PZ-Quoten – bei jenen Kliniken/Abteilungen, die in diesem Ranking weniger gut abgeschnitten haben, Lerneffekte stimuliert werden, welche in idealtypischer Konsequenz zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität führen sollten.

Ehe wir uns nun im Folgenden den gesundheitsbezogenen Gründen, die zur Legitimation von PZ-Befragungen herangezogen werden können, zuwenden werden, sei der Leser der vorliegenden Arbeit mit Nachdruck auf einen überaus trübsinnig stimmenden Sachverhalt aufmerksam gemacht, über den in der bisherigen nationalen wie internationalen PZF stillschweigen geübt worden ist.

Die zentrale Problematik des Qualitätsmanagementargumentes besteht nach Ansicht des Autors der hiesigen Arbeit darin, dass allen voran das zweite der obig angeführten Argumente, sprich die zumeist dogmatisch angeführte Aussage, dass PZ-Befragungen durch ihre Fähigkeit zur Schwachstellenanalyse ein Instrument darstellen, mit dem die Versorgungsqualität nachhaltig optimiert werden kann, empirisch auf tönernen Füßen steht und letztlich – maliziös formuliert – dem argumentativen Fehlschluss des so genannten *petitio principii* aufsitzt. Unkryptisch formuliert bedeutet dies, dass die gegenwärtig von Krankenhäusern am häufigsten zur Legitimierung von PZ-Befragungen benutzte Begründung, in Worten die

[44] HILDEBRANDT 1995: 246.

sukzessive Erhöhung der Versorgungsqualität[45], auf einer derart kargen Datenlage basiert, dass – im Sinne des *petitio principii* – dieser Beweisgrund insofern nicht oder nur partiell zur Legitimierung der PZF angeführt werden kann, da er selbst noch nicht hinreichend bewiesen worden ist.[46] Zur Emaillierung dieser Einschätzung sei darauf hingewiesen, dass der Autor der vorliegenden Arbeit im Rahmen seiner weitschweifigen Literaturrecherche in den geläufigen medizinischen, psychologischen und soziologischen Datenbanken *mirbile dictu* nur zwei intertemporale Vergleichsstudien ausfindig machen konnte, die sich der Untersuchungsfrage annahmen, inwiefern die auf der Grundlage einer PZ-Befragung (t_1) eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen zu einer signifikanten Verbesserung der entsprechenden Items in der nachfolgenden PZ-Erhebung (t_2) führten. Die erste dieser intertemporalen Vergleichsstudien stammt aus der Feder der englischen Psychologin Winifried RAPHAEL (1969, 1977), die in zwei Untersuchungen die Zufriedenheitsangaben der Patienten aus den Jahren 1967-1970 mit den Zufriedenheitsurteilen der Jahre 1971-1974 verglich.[47] In der ersten Pilotstudie aus dem Jahre 1965, in welcher insgesamt 1.348 Patienten aus 10 verschiedenen Krankenhäusern[48] einen 37-Items umfassenden Fragebogen zur PZ[49] ausfüllten, konnte RAPHAEL aufzeigen, dass die Patienten zwar eine recht hohe Gesamtzufriedenheit aufwiesen, sich aber gleichzeitig insbesondere mit der Stationsatmosphäre („muffig"), der Lautstärke auf der Station (besonders Nachts), der mangelnden Privatsphäre, dem Zustand der sanitären Anlagen sowie den mangelhaften Freizeitgestaltungsangeboten („Langeweile"[50]) unzufrieden zeigten.[51] Mit Blick auf das in Kapitel 7 zu analysierende Verwertungsdefizit ist nun besonders die empirische Nachuntersuchung zu den Konsequenzen, welche die Krankenhäuser aus der Studien gezogen haben besonders interessant. Getreu dem Credo: „Information is interesting but action is what counts"[52] befragte RAPHAEL die Krankenhäuser 3 bis 6 Monate nach der Übermittlung der zentralen Studienergebnisse dazu, ob die sie bereits auf der Grundlage der PZ-Daten Verbesserungsprozesse durchgeführt, eingeleitet oder geplant haben. Dabei konnte zu Tage gefördert werden, dass der größte Anteil jener Krankenhäuser (ca. 50%), die überhaupt praktische Konsequenzen aus den Studienergebnissen zogen, sich darauf konzentrierten, durch verschiedene Maßnahmen der von den Patienten geäußerten Langeweile entgegenzuarbeiten sowie die beanstandete sanitäre Situation zu entschärfen.[53] Ohne nun weiter auf die Verwertungsprobleme der Studienergebnisse (siehe dazu Kapitel 7) eingehen zu wollen, änderte RAPAHEL im Anschluss an diese Pilotstudie den Fragebogen an einigen Punkten etwas ab (10 Items wurden gestrichen) und teste ihn in den beiden Zeiträumen von 1967 bis 1970 sowie von 1971 bis 1974 an insgesamt 68 Krankenhäusern, wobei sage und schreibe 10.863 Patienten den Fragebogen ausfüllen.[54] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass die im ersten Untersuchungszeitraum von 1967 bis 1970 befragten 28 Krankenhäuser auch im zweiten Untersuchungszeitraum von 1971 bis 1974 wieder in die Befragung eingeschlossen wurden. Problematisch ist allerdings der Sachverhalt zu bewerten, dass in der zweiten Befragungswelle 12 weitere Krankenhäuser in die Untersuchung bzw. –

[45] vgl. SATZINGER 2002: 106
[46] Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangten PUKIES 2001: 8 und PUSCHNER et al. 2005: 518
[47] vgl. RAPHAEL 1977: 31
[48] vgl. RAPHAEL 1967: 8
[49] vgl. ebenda: 11ff.
[50] So wiesen 11% der insgesamt 643 Kommentare, welche die Patienten auf die am Ende des Fragebogens platzierte offene Fragestellung nach jenen Faktoren, mit denen sie während ihres Krankenhausaufenthaltes am unzufriedensten waren, gaben, die im Krankenhaus herrschende ‚Langeweile' als einen kritischen Punkt aus (vgl. ebenda: 8).
[51] vgl. ebenda: 8, 13-36
[52] ebenda: 40
[53] vgl. ebenda: 37-36
[54] vgl. RAPHAEL 1977: 9, 31

pointiert gesagt – in die statistische Analyse einbezogen wurden. Aufgrund dieser zuletzt genannten Problematik sind nun auch nach Ansicht des Autors die in der nachstehenden Tabelle 54 wiedergegeben Verbesserungseffekte, die sich zwischen dem ersten und dem zweiten Untersuchungszeitpunkt eingestellt haben, außerordentlich zweifelhafter Natur, da die höheren Mittelwerte nicht notwendigerweise auf die optimierte Versorgungsqualität, sondern möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass die im zweiten Untersuchungszeitraum neu aufgenommenen 12 Krankenhäuser signifikant zufriedenere Patienten hervorgebracht haben, was in der Summe zu einem Anstieg der jeweiligen Mittelwerte geführt hat.

Question Number (revised)	Topic	68 Hospitals Median	Rang of middle half	28 Hospitals 1967-1970 Median	40 Hospitals 1971-1974 Median	Change Better %	Equal	Worse %
1	Bed	8	5-10	8	8		=	
2	Quiet-day	4	2-6	4	4		=	
3	Quiet-night	9	5-13	11	7	4		
4	Temperature	10	7-14	11	8	3		
5	Lighting	4	2-5	5	3	2		
6	Privacy-ward	5	3-7	5	5		=	
7	Bathrooms	40	26-28	45	30	15		
8	Washbasins	34	21-44	41	27	14		
9	Lavatories	33	20-44	40	27	13		
10	Cleanliness	11	7-17	16	9	7		
11	Privacy-sanitary	17	12-25	23	14	9		
12	Breakfest	7	4-11	8	6	2		
13	Dinner/lunch	6	4-12	10	6	4		
14	Tea	6	4-9	7	5	2		
15	Supper	8	5-13	12	7	5		
16	Choice of food	15	6-31	27	11	16		
17	Hot food	15	10-21	17	14	3		
18	Well served	4	2-6	5	4	1		
19	Quantity	13	10-15	14	12	2		
20	Visiting	6	3-11	9	5	4		
21	Wake-up time	21	16-27	25	21	4		
22	Lights-out time	5	3-7	5	5		=	
23	Rest-day	8	6-10	8	8		=	
24	Diversions	19	12-25	19	19		=	
25	Radio	23	17-32	29	20	9		
26	Admission notice	7	5-12	8	7	1		
27	Reception	3	2-5	3	3		=	
28	Nursing-day	3	2-4	3	3		=	
29	Nusring-night	2	1-5	3	2	1		
30	Information	14	11-19	14	14		=	
31	Return	4	2-6	5	4	1		
32	Like stay 'very much'	56	51-64	55	59	4		
Forms returned			10 863	4254	6618			
Response rate		73	66-85	69	74	5		

Tab. 54: Ergebnisse der intertemporalen Vergleichsstudie von Winifred RAPHAEL[55]

Angesichts der in den obigen Zeilen freigelegten Achillesverse dieser von RAPHAEL durchgeführten Längsschnittstudie können die in der Tabelle abgebildeten Verbesserungsquoten nicht zu einer Falsifikation des postulierten *petitio principii* herangezogen werden. In wohlwollender Absicht lässt sich aus der von RAPHAEL vorgelegten Vergleichsstudie allenfalls die Tendenz ablesen, dass eine auf der Grundlage von PZ-Daten (t_1) in Auftrag gegebene Verbesserung der Versorgungsqualität sich nach Vollzug dieser Ausbesserungsarbeiten auch in den Zufriedenheitsergebnissen (t_2) widerspiegelt.

Betrachten wir nun noch abschließend die zweite in Erfahrung gebrachte Vergleichsstudie, welche von dem weiblichen Autorenduo WÜTHRICH-SCHNEIDER & RAGETH im Jahre 2000 veröffentlicht wurde. Wenngleich nun diese Studie sich den Anstrich gibt, den Nachweis erbracht zu haben, „(...) dass eine valide Evaluation der PZ [es, T.K.] ermöglicht, Schwachstellen aufzudecken, diese zu beheben

[55] entnommen aus RAPHAEL 1977: 31

und dadurch signifikante Verbesserungen der PZ zu erzielen“[56], so kommen bei minutiöser in Augenscheinnahme nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit berechtigte Zweifel auf, ob dieser Nachweis wirklich auf einem sicheren empirischen Fundament gründet. *Ad rem*: Die beiden Forscherinnen deckten in einer ersten Umfrage, bei der insgesamt 60 Patientinnen einer gynäkologischen Station mittels eines 50 Items umfassenden Fragebogens zu ihrer Zufriedenheit mit dem Aufenthalt befragt wurden, einige Schwachstellen auf, die im Anschluss an die Untersuchung von der Klinik behoben wurden. Nachdem zwei Jahre ins Land gegangen waren, führten die beiden Forscherinnen auf derselben Station abermals eine Zufriedenheitsstudie, mit dem Ziel der Verbesserungsevaluation, durch. In dieser zweiten Untersuchung wurden nun insgesamt 185 Patientinnen zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die anschließende Gegenübehrstellung der Untersuchungsergebnisse führte nun zu der folgenden Einsicht: „Die Gesamtzufriedenheit betrug bei der ersten Erhebung 74.2 ± 22.7%, bei der zweiten Befragung 78.0 ± 25.8 %, was als Erfolg betrachtet werden kann. Bei vier Fragen stieg der PZ-Grad signifikant an: 1. Informationen über den geplanten Eingriff im Spital, 2. Höflichkeit und Erklärungsbereitschaft des Narkoseteams, 3. Sauberkeit und 4. Komfort und Ausstattung des Zimmers.“[57] Dass nun jedoch diese Ergebnisse nach Ansicht des Autors der hiesigen Arbeit nur bedingt zur Widerlegung des angeführten argumentativen Fehlschlusses namens *petitio principii* herangezogen werden können, liegt in der Problematik lokalisiert, dass in der Zweitstudie keine Drittvariabelenkontrolle durchgeführt wurde. Konkret gesagt bedeutet dies, dass die Forscherinnen es leider versäumt haben, bedeutende Einflussfaktoren wie zum Beispiel das Alter (ältere Patienten geben allgemein höhere Zufriedenheitsurteile ab[58]), die Jahreszeit (wurde die Untersuchungen zur gleichen Jahreszeit durchgeführt?) oder auch die Personalsituation (konstanter Personalschlüssel?) zu kontrollieren bzw. zu benennen.

Summa summarum konnten somit aufgrund ihrer methodischen Schwächen weder die Längsschnittstudie von RAPHAEL (1977) noch die intertemporale Vergleichsstudie von WÜTHRICH-SCHNEIDER & RAGETH (2000) den empirisch einwandfreien Nachweis erbringen, dass mittels PZ-Befragungen die Versorgungsqualität nachhaltig verbessert werden konnte. Mit einem Wort: Obzwar die beiden dargestellten Studien in der Tendenz nach beweisen, dass PZ-Befragungen zur Schwachstellenvisibilsierung und Erhöhung der Versorgungssituation angewandt werden können, zeigen sich die beiden Studien ob ihrer aufgezeigten methodischen Mängel jedoch außerstande, das beschriebene *petitio principii* des Qualitätsmanagementarguments zu entkräften.

4.6 Gesundheitsbezogene Argumente

Ein weiteres, in der PZF eher selten angeführtes, Argument zur Begründung der Wichtigkeit von PZ-Untersuchungen besteht nun darin, dass die Zufriedenheit nicht als positive Einflussgröße auf die Wiedererlangung der Gesundheit angesehen wird, sondern vielmehr als Teil der Gesundheit selbst. So geht *bspw.* VUORI (1991) davon aus, dass die Zufriedenheit – als Teilkomponente des Wohlbefindens – in der WHO-Gesundheitsdefinition aus dem Jahre 1964, der zufolge „Gesundheit (...) ein Zustand vollständigen physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß der Abwesenheit von

[56] WÜTHRICH-SCHEIDER & RAGETH 2000: 1947
[57] ebenda: 1950
[58] siehe dazu die in Kapitel 6 angeführten Studien

Krankheit und Gebrechen [ist, T.K.]“[59], wiederklingt und somit unzweifelhaft ein zentrales Ziel medizinischen Handelns sein sollte.[60]

Bevor wir nun in Gestalt des Gesundheitsförderungsdiskurses das zweite gesundheitsbezogene Argument, welches wiederum zur Darlegung der Notwendigkeit von PZ-Befragungen ausgespielt werden kann, eingehen werden, sei vorab noch darauf hingewiesen, dass die Zufriedenheit nicht nur in der Gesundheitsdefinition der WHO indirekt aufscheint, sondern – wie nachstehend zu erläutern sein wird – auch zwischen den Zeilen der nachfolgend ausbuchstabierten Gesundheitsbegriffsbestimmungsversuche von LERICHE, VALÉRY, DAREMBERG und GADAMER hervorlugt:

> „Die Gesundheit ist das Leben im Schweigen der Organe.“
>
> „Die Gesundheit ist der Zustand, in dem die notwendigen Funktionen sich unmerklich oder mit Vergnügen vollziehen.“
>
> „(...) im Zustand der Gesundheit [verspürt man, T.K.] die Bewegungen des Lebens nicht (...). Alle Funktionen vollziehen sich stillschweigend.“
>
> „Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, dass die Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, so dass Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit.“

Erinnern wir uns nun an die im Kapitel 2 zu Tage geförderten Zufriedenheitsmetaphern, in denen die Zufriedenheit einmal mit dem ruhigen, spiegelglatten Meere und ein anders mal mit dem temperierten, windstillen Wetter verglichen wird, so gelangen wir unweigerlich zu der Einsicht, dass eben diese in den antiken Zufriedenheitsmetaphern genutzten Motive, *nudis verbis* die Stille, das Schweigen, die Ruhe und Harmonie etc., in den oben wiedergegebene medizinisch-philosophischen Gesundheitsbegriffsdefinitionsversuchen als zentrale Strukturelemente des Gesundheitsbegriffs bestimmt werden. Kurzum: Die Zufriedenheit erscheint auch in den obig angeführten Definitionen – in impliziter Weise – als eine wesentliche Komponente der Gesundheit.

Wenden wir uns nach diesen eher unkonventionellen Überlegungen nun noch zu guter Letzt dem zweiten, aus der einschlägigen Literatur herausdestillierten gesundheitsbezogenen Argument, welches für die Erfassung und Steigerung der PZ spricht, zu, so zeigt sich, dass manche Autoren die Durchführung von PZ-Untersuchungen dadurch zu legitimieren versuchen, dass sie diese als Mittel zur Umsetzung des Leitbildes eines gesundheitsfördernden Krankenhauses ausweisen. Das Konzept der Gesundheitsförderung, welches von der WHO entwickelt und 1986 in der so genannten Ottawa-Charta zusammengefasst wurde, läutete gesundheitspolitisch einen Paradigmawechsel ein, der – vereinfacht gesagt – darauf abzielte, dass die primäre Funktion des Gesundheitswesens nicht länger in der Verhinderung *resp.* Heilung von Krankheiten, sondern schwerpunktmäßig in der Gesundheitsförderung gesehen werden sollte. Seit der »*Budapest-Deklaration für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser*« aus dem Jahre 1991[61] bemüht sich nun nicht mehr ausnahmslos das Gesundheitssystem im Ganzen, sondern ferner die Krankenhäuser im Speziellen um eine Reorganisation ihrer Strukturen im Sinne der Gesundheitsförderung.

---

[59] OYEN 1998: 18

[60] vgl. VUORI 1991: 188

[61] eine vollständige Wiedergabe der Budapest-Deklaration findet sich bei DIETSCHER et al. 2002: 110ff.

Dies darf nun jedoch keinesfalls dahingehend missverstanden werden, dass Krankenhäuser nicht mehr gewillt sind, ihren eigentlichen Zweck, der Heilung oder Linderung von Krankheiten, nachzukommen. Der zentrale Unterschied zwischen einem herkömmlichen und einem am Leitbild der Gesundheitsförderung orientiertem Krankenhaus besteht vielmehr darin, dass letzteres das Kriterium *‚Steigerung des Gesundheitsgewinns'* als zentralen Aspekt der Ergebnisqualität begreift.[62] Vor dem Hintergrund dieses normativen Konzepts wird nun die Zweckdienlichkeit von PZ-Untersuchungen dadurch zu legitimieren versucht, dass eine Steigerung der PZ mit einer Steigerung des Gesundheitsgewinns gleichgesetzt wird.

4.7 Dienstleistungstheoretisch fundierte Argumente

In den nachstehenden Zeilen soll nun in Gestalt des so genannten neueren dienstleistungstheoretischen Paradigmas der Sozialen Arbeit[63] ein weiteres Argument zur Legitimation der Durchführung von PZ-Erhebungen im Kontext therapeutisch-beraterischer Dienstleistungen[64] näher vorgestellt werden. Um nun dieses komplexe, theoretisch voraussetzungsvolle Argument – welches der jüngst entstandenen sozialpädagogischen Nutzerforschung entnommen wurde – dem Leser der vorliegenden Arbeit in verständlicher Form darstellen zu können, werden wir im Folgenden zuerst in Frage zu beantworten versuchen, worin das Proprium einer Dienstleistung, welches die Dienstleistung von den klassischen Sachgütern abgrenzt, besteht. Betrachtet man zur Beantwortung dieser ersten Frage die einschlägige soziologische und betriebswirtschaftliche Fachliteratur, so werden wir mit dem unerquicklichen Umstand konfrontiert, dass die Dienstleistung zumeist *ex negativo* definiert wurde.[65] Dementsprechend finden sich in der Literatur Definitionsbemühungen, die unter anderem darauf hinweisen, dass Dienstleistungen sich dadurch auszeichnen, dass sie keine Sachgüter darstellen, unsichtbar sind, nicht lagerungsfähig sind, immaterieller Natur sind sowie dass sie nicht transportierbar sind.[66]

Ohne nun näher auf die zur Bildung einer tragfähigen Definition notwendigerweise einzulösenden Kriterien eingehen zu wollen, so offenbart bereits eine kurze Inaugenscheinnahme der obig enumerierten Definitionsmerkmale, dass ein ausnahmslos negativer Definiensgehalt weniger dazu führt, dass sich das Wesens des Dienstleistungsterminus durch diese Wörter auspackt, als vielmehr, dass es sich durch diese in verdunkelnder Weise einpackt. Nachdem also diese negativen Begriffsbestimmungsversuche keinen Erfolg verbuchen konnten – in der Literatur fällt in diesem Zusammenhang des öfteren die zynische Formulierung, dass die Dienstleistungskategorie gewissermaßen eine Müllhalde *resp.* eine Residualkategorie für alles und jenes darstellt, was nicht als Sachgut etikettiert werden kann[67] – gelangte allen voran HERDER-DORNREICH & KÖTZ (1972) sowie GARTNER & RIESMANN (1978) zu der Einsicht, dass die zentralen Wesensmerkmale einer Dienstleistung darin bestehen, dass 1) der Produktions- und Konsumtionsprozess zeitlich zusammenfallen („uno-actu-Prinzip") sowie dass 2) der Kunde an der Herstellung des Dienstleistungsproduktes nicht nur vermittels sei-

---

[62] vgl. DIETSCHER et al. 2002: 11

[63] siehe dazu insbesondere OELERICH 2006; OELERICH & SCHAARSCHUCH 2005, 2006 sowie SCHAARSCHUCH 2003, 2006a&b, 2008 und SCHAARSCHCUH & OELERICH 2005

[64] *Expressis verbis* sei an dieser Stelle angemerkt, dass das nachfolgend darzustellende Dienstleistungsargument ausschließlich die Zufriedenheitsevaluation jener medizinisch-therapeutischer Dienstleistungen legitimiert, deren zentrales Interventionsinstrument die Sprache darstellt. D.h., dass das dienstleistungstheoretische Argument jene medizinischen Dienstleistungen ausspart, bei denen der sprachliche Austausch zwischen Arzt und Patient nicht – z.B. bei Operationen – die Kerndienstleistung – wie z.B. bei psychotherapeutischen Gesprächen oder in der Beratung – darstellt (zu einer derartigen Binnendifferenzierung innerhalb der Dienstleistungsangebote siehe MALERI 1973: 84ff.).

[65] vgl. GROSS 1983: 13

[66] vgl. ebenda

[67] vgl. ARON 1964: 121; BAUER 2001: 34ff. sowie GROSS 1983: 7 und NERDINGER 2005b: 41

ner physischen Präsenz, sondern aktiv mitwirkt (der Kunde als „Ko-Produzent"). Diese in der betriebswirtschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Forschung der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts gemachte Erkenntnis beeinflusste nun zunehmend auch das im Gesundheitssystem vorherrschende Patientenbild. Verkürzt gesagt, wandelte sich die Patientenrolle in den 1970er und 1980er Jahren von dem bisherigen Bild des unmündigen leidenden, passiv-rezeptiven Patienten hin zu einem Ko-Produzenten von Gesundheit[68]; wobei in diesem Zusammenhang mit Nachdruck darauf hingewiesen werden muss, dass für diese Veränderung nicht allein die obig aufgezeigten Erkenntnisse aus den Zweigen der Betriebswirtschaftslehre und der Soziologie verantwortlich zu machen sind, da der Wandlungsprozess vom passiven zum aktiven Patienten maßgeblich durch die neuen sozialen Bewegungen, die Entstehung von Selbsthilfegruppen, des allgemeinen skeptischen Gesellschaftsbewusstseins, des Wertewandels, der Autoritätskritik usw. vorbereitet *bzw.* ausgelöst wurde.[69]

Mit der Ausweisung des Patienten als eines „Ko-Produzenten" trägt die Medizin nun aber nicht nur den voranstehend schlagwortartig angeführten Gesellschaftsprozessen Rechnung, sondern verarbeitet in diesem Modell insbesondere den bereits im Kapitelpunkt 3.6.2 hinlänglich erörterten Sachverhalt, dass eine medizinisch-therapeutische Dienstleistung nur unter der Voraussetzung, dass der Patient sich aktiv an der Behandlung beteiligt (z.B. rechtzeitige Einnahme der Medikamente etc.), zu einem maximal möglichen Therapieergebnis gelangen kann.

Bevor wir uns nun in den nachstehenden Zeilen der neueren Dienstleistungstheorie widmen werden, sei vorab nochmals in Erinnerung gerufen, dass auf der Grundlage der obig skizzierten klassischen Dienstleistungstheorie, in welcher der Arzt/Therapeut die Rolle des Haupt- und der Patient die Rolle des Co-Produzenten spielt, ein wesentlicher Aspekt der im Kapitelunterpunkt 4.1 beschriebenen medizinisch-therapeutischen Argumente, welche für die regelmäßige Erfassung und Erhöhung der PZ sprechen, entwickelt wurde. Akzentuiert gesagt bedeutet dies, dass allen voran das Compliance-Argument, also die Erkenntnis, dass zufriedene Patienten ein ausgeprägteres Kooperationsverhalten an den Tag legen, auf dem voranstehend ausgearbeiteten konventionellen Dienstleistungsmodell fußt.

Ziehen wir nun aber im Folgenden unsere analytische Aufmerksamkeit von dem klassischen Dienstleistungsmodell ab und richten diese auf die von Andreas SCHAARSCHUCH konstruierte neuere Dienstleistungstheorie, so zeigt sich, dass SCHAARSCHUCH – inspiriert durch das tätigkeitsbasierte Aneignungskonzept des russischen Psychologen Alexei Nikolajewitsch LEONTJEW (1977), der kritischen Psychologie Klaus HOLZKAMPS (1973), der von Klaus HURRELLMANN (1983) konzipierten sozialisationstheoretischen Figur des »*produktiv realitäten-verarbeitenden Subjekts*«, der subjekttheoretischen Begründungsversuche Sozialer Arbeit durch Heinz SÜNKER (1989), Michael WINKLER (1988) und Albert SCHERR (1988) sowie unausgesprochen durch die Ausführungen zur Wirk(un)mächtigkeit von pädagogischen Interventionen durch Niklas LUHMANN & Karl Eberhard SCHNORR (1979) sowie Bernd DEWE et al. (1993) – das ursprüngliche Verhältnis zwischen dem Haupt-Produzenten (Professionelle Helfer) und dem Co-Produzenten (Nutzer/Patient) umkehrt.

[68] vgl. TROJAN 1998: 16
[69] vgl. VOß & RICHTER 2005: 73ff.

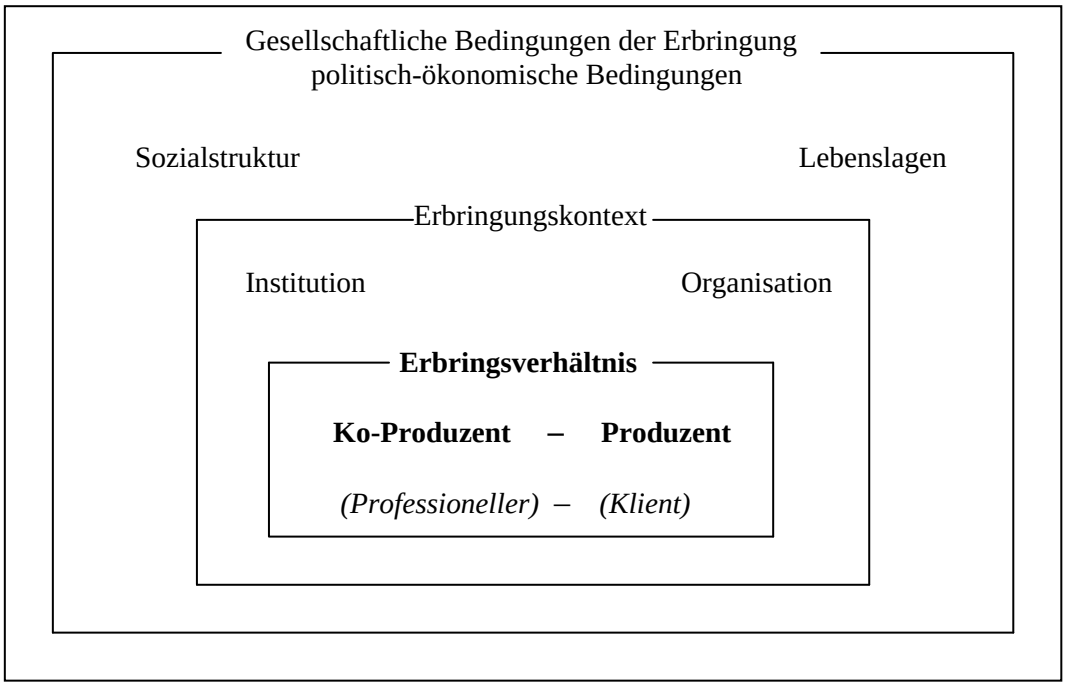


Abb. 66: Das Erbringungsverhältnis im Rahmen der neunen Dienstleistungstheorie[70]

Versuchen wir nun die beiden sich an dem obig abgelichteten Modell der neueren Dienstleistungstheorie (Abb. 66) unweigerlich entzündenden Fragen:

1) Auf welche theoretischen Erkenntnisse stützt SCHAARSCHUCH den von ihm vorgenommenen Rollentausch? sowie
2) Inwiefern kann das neuere Dienstleistungsmodell zur Legitimierung von PZ-Befragungen angeführt werden?

zu beantworten.

Da es nun nicht das Ziel der vorliegenden Arbeit sei kann, die auf der voranstehenden Seite bereits rhapsodisch beim Namen genannten Theorien, welche SCHAARSCHUCH zur theoretischen Absicherung seines Dienstleistungsmodells mehr oder weniger explizit aufgreift, umfassend zu erläutern, werden wir uns nachstehend bemühen, die gemeinsame Quintessenz aus diesen Diskursen herauszudestillieren. Der kleinste gemeinsame Nenner der genannten Theoriestränge kann nun darin erblickt werden, dass sie allesamt davon ausgehen, dass das psychische System des Klienten ein – in LUHMANNSCHER Terminologie gesprochen – selbstreferenzielles, operativ geschlossenes, autopoietisches System darstellt, in welches der professionelle Helfer nicht kausal intervenieren kann (Technologiedefizit). Laut dieser anthropologischen Ausgangsprämisse beschränkt sich die Rolle des professionellen Helfers nunmehr auf die Rolle des Ko-Produzenten, da er den Klienten nicht – im Sinne pädagogisch-therapeutischer Allmachtphantasien (Sozialingenieur[71]) – nach seinen Vorstellungen den Klienten formen kann, sondern ihm allenfalls durch seine verbalen Interventionen produktiv, veränderungsprozessauslösend Irrtieren (Pertubartionen[72]) kann. Die Hauptleistung trägt nach diesem Modell nun allerdings der Klient, da dieser in letzter Instanz darüber entscheidet, ob er sich die wohlgemeinten pädagogisch-therapeutischen Ratschläge aneignen will oder aber sie links liegen lässt.

Wenden wir uns nun abschließend der zweiten Frage, in Worten die Frage inwieweit sich PZ-Befragungen durch die Kernaussagen der neueren Dienstleistungstheorie legitimieren lassen, zu, so gelan-

[70] in Anlehnung an SCHAARSCHUCH & OELERICH 2005: 13
[71] vgl. DEWE et al. 1993
[72] vgl. MATURANA & VARELA 1991

gen wir nach reiflicher Überlegung zu der folgenden, etwas sibyllinisch anmutenden Antwort: Die PZ-Befragung kann vor dem Hintergrund des neueren Dienstleistungsmodells gewissermaßen als eine *‚Technologie-zur-Erhöhung-der-Wirkungswahrscheinlichkeit-von-Technologieersatztechnologien'* angesehen werden. Unverschlüsselt gesagt bedeutet dies, dass der PZ-Grad dem Berater/Therapeuten einen Maßstab an die Hand gibt, an welchem er die Wahrscheinlichkeit ablesen kann, dass die theoretisch gesehen gänzlich unmögliche externe Einflussnahme auf das psychische System des Patienten realiter vielleicht doch von Erfolg gekrönt sein könnte; wobei davon auszugehen ist, dass sich Patienten mit einer ausgeprägten Zufriedenheit in höherem Maße von therapeutischen Interventionen berühren lassen.

4.8 Radikal-Konstruktivistische Argumente

Zum Ausklang der im vorliegenden Kapitel behandelten Legitimationsthematik werden wir uns in den nachstehenden Zeilen in Form des konstruktivistischen Argumentes einer in der bisherigen PZF ausschließlich von einem einzigen Autor*, nudis verbis* von dem Mediziner Michael RENTORP (1997), zur Rechtfertigung von PZ-Erhebungen bemühten Überlegung zuwenden.

Um nun die Argumentation von RENTORP auch jenen Lesern verständlich machen zu können, die *bis dato* mit den Kernannahmen des insbesondere von Ernst von GLASERFELD, Heinz von FOERSTER, Paul WALTZLAWICK, Humberto MATURANA und Francisco J. VARELA sowie Nelson GOODMAN vertretenen radikal-konstruktivistischen Ansatzes noch nicht in Berührung gekommen sind, werden wir nachstehend in einem ersten Schritt die zentralen Grundaussagen dieser erkenntnistheoretischen Position näher konturieren.

In Analogie zu der von Immanuel KANT im Rahmen seiner epochalen Schrift »*Kritik der reinen Vernunft*« entworfenen Erkenntnistheorie (Kritizismus), die mit der tradierten Vorstellung einer naiven Abbildungstheorie bricht und darauf insistiert, dass die perzipierte Wirklichkeit maßgeblich durch die menschlichen Verstandeskategorien mitbestimmt *bzw.* mitkonstruiert wird und sich somit das so genannte „Ding an sich" unserer Wahrnehmung für immer verschließt, gehen die Vertreter des radikalen Konstruktivismuses davon aus, dass

- *erstens* unserer Erkenntnisapparat die Wirklichkeit nicht eins zu eins wiedergibt. Im Kontrast zu einer derart naiv-realistischen Abbildtheorie vertritt der Radikale Konstruktivismus vielmehr die Ansicht, dass unser Bild von der Wirklichkeit in hohem Maße durch den menschlichen Erkenntnisapparat (Gedächtnis usw.) konstruiert wird. Anders gesagt bedeutet dies, dass der radikale Konstruktivismus zwar davon ausgeht, dass die Wirklichkeitsperzeption mit der Sinneswahrnehmung beginnt (kein Solipsismus), dass aber die Wahrnehmungsreize, nachdem sie von den Sinnesorganen aufgenommen wurden, von menschlichen Erkenntnisapparat aktiv zu einem subjektiven Wirklichkeitsbild zusammengeleimt werden;
- *zweitens* aufgrund der Annahme, dass es keinen Letztbeobachter geben kann, der im Sinne eines „*unschuldigen Auges*" bzw. der mannheimschen „*freischwebenden Intelligenz*" seine Gebundenheit an den Erkenntnisapparat aufgeben und die Realität so wahrnehmen kann, wie sie wirklich aussieht, verlieren traditionelle Begrifflichkeiten wie Objektivität und Wahrheit innerhalb des Radikalen Konstruktivismus ihre Gültigkeit;
- *drittens* beurteilen die radikalen Konstruktivisten die jeweiligen subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen nicht danach ob eine einen höheren Wahrheits- oder Richtigkeitsgehalt als die andere hat, sondern da-

nach inwieweit die jeweilige Wirklichkeitskonstruktion sich als lebensdienlich gemäß des kybernethischen Imperativ: „Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“ erweist. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass die Konstruktivisten das Wahrheitskriterium durch das so genannten Viabilitätskriterium austauschen, welches das pragmatische Passungsverhältnis zwischen der objektiven Wirklichkeit und der subjektiv konstruierten Wirklichkeit beschreibt. Karin KNORR-CETINA nutz in diesem Zusammenhang die treffende Formulierung, dass der Konstruktivismus auf einem „(...) utilitaristisch-pragmatischen Falsifikationismus“[73] beruhe;

- *viertens* aus den voranstehend genannten erkenntnistheoretischen Aussagen in ethischer Hinsicht die Konsequenz gezogen werden muss, dass einerseits die eigene Wirklichkeitskonstruktion nicht der Weisheit letzter Schluss ist (Verabschiedung des archimedischen Standpunktes) sowie dass andererseits den Wirklichkeitsauffassungen anderer Menschen mit Respekt und Toleranz zu begegnen ist, da sie gemäß der konstruktivistischen Grundannahmen als prinzipiell gleichrangig anzuerkennen sind.[74]

Versuchen wir nun auf der Basis des voranstehend explizierten theoretischen Grundgerüstes die Frage zu beantworten, in welcher Art und Weise die konstruktivistische Erkenntnistheorie zur Legitimation von PZ-Befragungen angewandt werden kann, so können wir anknüpfend an die Ausführungen RENTORPS die Antwort formulieren, dass die vom Patienten konstruierte Krankenhauswirklichkeit auf der einen Seite einerseits als grundsätzlich ebenbürtig zu den Wirklichkeitskonstruktionen der professionellen Mitarbeiter anzusehen sind und dass auf der anderen Seite die Konfrontation der Mitarbeiter mit der Patientenperspektive gewissermaßen eine Beobachtung zweiter Ordnung darstellt, die bestenfalls bei den Mitarbeitern dafür sorgen kann, dass diese sich ihres blinden Wahrnehmungsflecke bewusst werden und somit in letzter Konsequenz ein nützlicheres, viabeleres Krankenhauswirklichkeitsbild konstruieren, welches zukünftigen Patientengenerationen zugute kommt.

4.9 Kapitelsynopsis

Als zentrale Untersuchungsergebnisse des vierten Kapitelpunktes, die sowohl für den Fortgang der vorliegenden Arbeit als auch für künftige PZ-Forschungsstudien von hoher Bedeutsamkeit sind, erweisen sich insbesondere die drei nachfolgend zu paraphrasierenden Erkenntnisse: *Erstens* konnten wir in den obigen Zeilen vermittels der Darstellung von insgesamt acht Argumenten, welche für eine Erhebung und Steigerung der PZ sprechen, die ketzerische, zu anfangs des Kapitelunterpunktes aufgestellte, Vermutung, der zufolge die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems weniger an der Hervorbringung zufriedener den unzufriedener Patienten interessiert sein sollte, *in toto* widerlegen. Im Rahmen dieser von Erfolg gekrönte Falsifikationsbemühungen konnten wir *zweitens* in Gestalt der maßgeblich auf die Studie von ROSSEL (1994) zurückreichenden Einsicht, laut derer PZ-Fragebögen als eigenständige Therapiematerialie angesehen werden können, ein in der bisherigen PZ-Literatur leider sträflich vernachlässigtes Argument für die systematische Erfassung der PZ aufspüren. In einem dezidiert kritischen Gewand präsentiert sich nun hingegen *drittens* im Zuge unseres des Widerlegungsprozesses zu Tage geförderte Erkenntnisse, dass das seit den 90er Jahren des 20. Jh. meistfrequentierteste PZ-Argument, in Worten die Versicherung, dass durch die Erfassung der PZ die Versorgungsqualität nachhaltig gesteigert werden kann, insofern einem logischen Fehlschluss namens *petitio principii* aufsitzt, als dass in der bisherigen PZF-Geschichte keine dem

[73] KNORR-CETINA 1989: 90
[74] vgl. DAßLER et al. 1997: 505

Autor bekannte Längsschnittstudie vorgelegt wurde, die dieses zumeist adopdiktisch im Munde geführte Qualitätsverbesserungsargument von PZ-Befragungen einwandfrei nachweisen konnte.

„Die Geschichte ist der beste Lehrer mit den unaufmerksamsten Schülern“[1]

„Aber die Geschichte wird schon zu ihrer Zeit aufstehen und reden. Und wenn sie geredet hat, so kommt alles vorhergegangene Geschwätz nicht mehr in Betracht“[2]

5. Zur historischen Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung – *Von Metachronismen, Geschichtsklittierungen und Tatarennachrichten*

Wie bereits im einführenden Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit angemerkt wurde und aus den obig im Kapiteluntertitel genutzten kritischen Begrifflichkeiten des ‚Metachronismuses', der ‚Geschichtsklittierung' sowie der ‚Tatarennachricht' herausgelesen werden kann, besteht eine weiteres zentrales theoretisches Defizit der nationalen wie internationalen PZF darin, dass einerseits – ausgenommen die zwar nicht gänzlich überzeugenden, aber dennoch zu würdigenden Aufsätze zur geschichtlichen Entwicklung der PZF in der Psychiatrie von WEINSTEIN (1979, 1981a&b), SWAN & CARROLL (1979) und RENTORP et al. (1999) – sich keine eigenständige Studie mit der Aufarbeitung der historischen Entwicklung befasst hat und dass andererseits diejenigen in der einschlägigen Literatur anzutreffenden Ausführungen zur Geschichte der PZ, welche sich zumeist in wenigen Zeilen erschöpfen, zuhauf durch eine günstigenfalls schlichtweg falsche und schlimmstenfalls durch eine instrumentell-verfälschte Geschichtsschreibung auffallen. Aufgrund dieses theoretischen Defizits besteht das Metaziel des hiesigen Kapitels vornehmlich darin, die historische Entwicklung der PZF im In- und Ausland annähernd wirklichkeitsgetreu[3] nachzuzeichnen. Neben diesem primären Untersuchungsziel erhofft sich der Autor der vorliegenden Arbeit an zweiter Stelle, dass durch eine minutiöse Durcharbeitung des historischen Materials einige *bis dato* unberücksichtigte Erkenntnisse ans Tageslicht gezerrt werden können, auf welche die gegenwärtigen PZF zur zukünftigen Überwindung ihrer theoretischen, methodischen und utilitaristischen Defizite zurückgreifen kann.

Bevor wir nun allerdings mit der historischen Entwicklung der unsystematischen PZF beginnen werden, muss vorab noch ein äußerst wichtiger Sachverhalt geklärt werden. Grundsätzlich können Patientenbefragungen – wie der nachstehenden Abbildung 67 entnommen werden kann – danach unterschieden werden, ob sie beabsichtigen, die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Ganzen (Makro-Befragung), die Zufriedenheit mit den Krankenhäusern (Meso-Ebene) oder aber die Zufriedenheit der Patienten mit einem konkreten Krankenhausaufenthalt *resp.* mit einer zurechenbaren medizinisch-therapeutischen Humandienstleistung (Mikro-Ebene) zu ermitteln.

---

[1] Indira Ghandi

[2] Friedrich Gottlieb Klopstock

[3] Der relativierende Annäherungsbegriff findet in diesem Zusammenhang deshalb Anwendung, da davon ausgegangen werden kann, dass nicht jede durchgeführte Patientenzufriedenheitsbefragung auch in einer entsprechenden wissenschaftlichen Periodika veröffentlicht wurde. So weisen beispielsweise ABDELLAH & LEVINE, deren Studie – wie sich noch zeigen wird fälschlicherweise – in der Literatur als erste systematische Patientenzufriedenheitsstudie ausgewiesen wird, daraufhin, dass bereits in den Jahren 1954 sowohl in Amerika als auch in England systematische Patientenzufriedenheitsbefragungen mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt, jedoch nicht publiziert wurden (vgl. ABDELLA & LEVINE 1957: 100).

Patientenzufriedenheitsbefragungen auf der Makroebene

Ziel: Gestaltung des Gesundheitswesens
Adressaten: Gesundheitspolitische Institutionen
Inhalte: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem
Beispielstudien: Blendon et al. 1990; Dehlinger & Brennecke 1992; Judge & Solomon 1993 sowie Noelle-Neumann 1988, Sawicki 2005 und Wendt 2003

Patientenzufriedenheitsbefragungen auf der Mesoebene

Ziel: Leistungstransparenz
Adressaten: Nutzer, Versicherte und Leistungserbringer
Inhalte: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung
Beispielstudien: Institut für Demoskopie Allensbach (1970), Hulka et al. 1970; Infratest 1978, 1979 sowie Koos 1955

Patientenzufriedenheitsbefragungen auf der Mikroebene

Ziel: Qualitätsverbesserung
Adressaten: Leistungserbringer
Inhalte: Zufriedenheit mit der Versorgung eines konkreten Anbieters
Beispielstudien: siehe u.a. die Tabellen 61 bis 72/Anhang

Abb. 67: Unterschiedliche Patientenzufriedenheitsbefragungstypen[4]

Ohne nun auf den überaus interessanten Aspekt eingehen zu wollen, dass die Befragten in Makro- und Mesopatientenzufriedenheitsstudien (Fernbild) grundsätzlich schlechtere Zufriedenheitswerte angeben als in Mikropatientenzufriedenheitsstudien (Nahbild)[5], sei der Leser an dieser Stelle *expressis verbis* darauf hingewiesen, dass sich die nachfolgende geschichtliche Aufarbeitung hauptsächlich mit den so geannnten Mikropatientenzufriedenheitsstudien beschäftigen wird. Eine Bezugnahme auf die beiden anderen Befragungstypen wird in den nachstehenden Zeilen ausnahmslos dann geschehen, wenn die Studien durch eine besonders scharfsinnige methodische Anlage oder ein seltenes Messinstrument (z.B. projektive Techniken, Satzergänzungstests, Assoziationstests usw.) auf sich aufmerksam machen.

5.1 Eine kurze Geschichte der unsystematischen Patientenzufriedenheitsforschung

Widmen wir nach diesen hinführenden Worten nun aber unsere ganze analytische Aufmerksamkeit der Nachzeichnung des historischen Entwicklungsprozesses der PZF, so setzt die Auseinandersetzung mit dem PZ-Konstrukts nach Ansicht des Verfassers nicht erst mit der systematischen, d.h. an wissenschaftlichen Regeln und Gesetzmäßigkeiten orientierten, Erfassung dieses Konstrukts, sondern bereits mit den unsystematischen Registrierungsversuchen dieses Konstrukts im Rahmen des Arzt-Patient-Gesprächs, der Auswertung von Kummerkästeninhalten, der Analyse von Patientenbriefen usw. ein.

Dass nun die unsystematische, also nicht an den konventionellen Gepflogenheit der Wissenschaft ausgerichtete PZF nach Ansicht des Verfassers ungefähr so alt ist wie die Medizin selbst *bzw.* so alt, wie erstmalig in der Geschichte der Menschheit ein Mensch in die Rolle des Heilers schlüpfte, legen die beiden folgenden antiken Quellen nahe: *Erstens* weist VIETHEN daraufhin, dass sich der heutige Qualitätsindikator „Patientenzufriedenheit, (…) bereits im Namen des altägyptischen Arzt-Wesirs *Impothep* (2800 v. Chr.) [findet, T.K.], was ins deutsche übersetzt soviel bedeutet wie „*Jener, der Zufriedenheit bringt*“.“[6] *Zweitens* verdeutlicht das folgende Zitat des altehrwürdigen Arztes HIPPOKRATES (ca. 460 v. Chr.- bis 370 v. Chr.), dass die Medizin bereits vor gut 2500 Jahren um die bedeutsame Funktion der

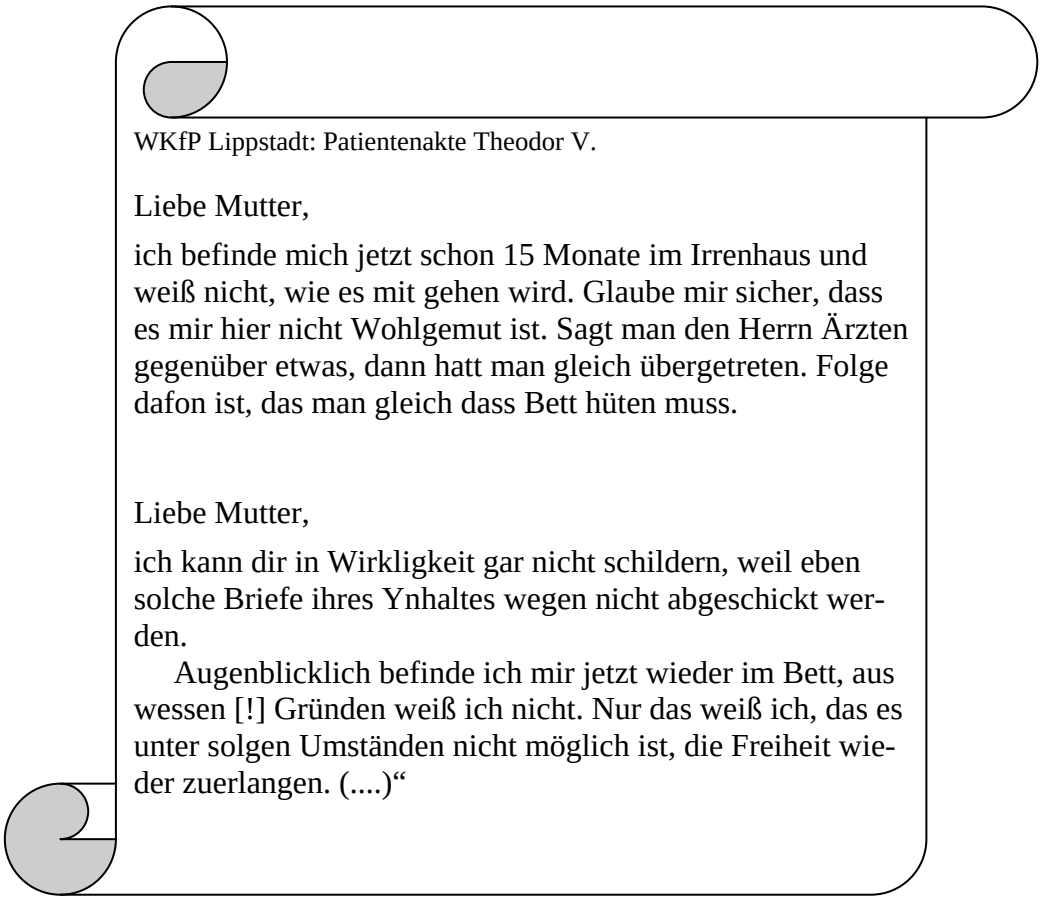
[4] eigene Darstellung in Anlehnung an die Ausführungen von AUST 1994 und PAWILS et al. 2006: 347
[5] vgl. AUST 1994: 21ff.; PASCOE et al. 1983: 190-191; STEWART & WANKLIN 1978; VELMANS 1998: 23 und WARE 1983a
[6] VIETHEN 1995: 1

Zufriedenheit des Patienten wusste: „Dort wo es Liebe zum Menschen gibt, findet sich auch" – so HIPPOKRATES – „die Liebe zur Kunst. **Manche Patienten werden** – obgleich sie sich des Ernstes ihrer Lage bewusst sind – **allein schon durch ihr gutes Einvernehmen und die Zufriedenheit mit ihrem Arzt wieder gesund**."[7]

Aufrichtigerweise müssen wir uns jedoch eingestehen, dass die beiden voranstehend angeführten Quellen zwar darauf hinweisen, dass die Relevanz der PZ bereits zum damaligen Zeitpunkt bekannt war, nicht aber wie diese in Erfahrung gebracht wurde. Da nun diesbezüglich kein Quellenmaterial vom Autor aufgespürt werden konnte und eine wissenschaftliche Arbeit bei Leibe nicht der passende Rahmen für wilde Spekulationen ist, werden wir uns nachstehend darauf konzentrieren, anhand zugänglicher historischer Befunde in Gestalt von Patientenbriefen und Kummerkästeneingaben eine kurze Geschichte der unsystematischen PZF zu skizzieren.

Suchen wir nun in einem ersten Schritt die medizinhistorische und medizinsoziologische Literatur danach ab, ob sich innerhalb dieser Forschungszweige Studien ausfindig machen lassen, die sich mit der Analyse von Patientenbriefen, welche innerhalb totalen Institutionen eine Zäsur durchliefen und bei kritischen Inhalten einbehalten wurden, so müssen wir leider zu Kenntnis nehmen, dass bis auf eine Wiedergabe vereinzelter Patientenbriefe in den Arbeiten von Dirk BLASIUS[8], Angela MOßLER[9] sowie in dem von Thomas KÜSTER herausgegebenen Schriftstück »*Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Band I: 1800-1914*«[10] keine eigenständige Untersuchung vorliegt, in der dieses höchst interessante historische Material einer systematischen Inhaltsanalyse zugeführt wurde.[11] Dass dieses Versäumnis, sprich eine auf Patientenbriefe gestützte Rekonstruktion des Zufriedenheitsbefindens von Patienten in Zeiträumen vor dem Beginn der systematischen Zufriedenheitsbefragung, nicht nur einen in zukünftigen Forschungsarbeiten wünschenswerterweise auszugleichenden Schönheitsmakel der PZF darstellt, sondern dass vielmehr eine derartige Studie *bspw.* mit Einblicken in die Verwertung *resp.* des Umgangs mit kritischen Patientenstimmen aufwarten könnte, beweist die nachfolgend wiedergegebene Passage aus zwei im Jahre 1905 verfassten Briefen des Theodor V., in denen dieser seiner Mutter unter anderem die herrschenden Verhältnisse innerhalb der ihn bergenden Psychiatrie nahezubringend versucht:

[7] HIPPOKRATES, zitiert nach LOWN 2004: 1; hervorgehoben durch den Verfasser
[8] vgl. BLASIUS 1980: 115-117
[9] vgl. MOßLER 1981: 5-9
[10] vgl. KÜSTER 1998:
[11] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass sich in der medizinhistorischen Literatur zwar einige höchst interessant Ansätze finden, die *‚Geschichte der Patientenperspektive'* auf der Grundlage von Patientenbriefen und Patientenautobiographien nachzuzeichnen (vgl. dazu insbesondere ANKELE 2009a&b; BEVERIDGE 1997, 1998; DINGES & BARRAS 2007; ECKART & JÜTTE 2005: 181ff.; ELKELES 1986, 1988, 1989, 1996; ERNST 1998; GEHRKE 2000, 2001; KRAFT 2002; LACHMUND & STOLLBERG 1995; RUISINGER 2001; SAHMLAND 2004; SCHARFE 2001; SCHIPPERGES 1985; STEGER 2001, 2004; STOLBERG 1996, 1999; PORTER 1985a&b sowie WOLFF 1996 und 1998; wobei sich diese Studienarbeiten allerdings weniger mit der Rekonstruierung des Erlebens der Patienten – mit Ausnahme der Arbeiten von ELKELES (s.o.) – innerhalb der medizinischen Institutionen als vielmehr mit der individuellen Krankheitswahrnehmung beschäftigen.



WKfP Lippstadt: Patientenakte Theodor V.

Liebe Mutter,

ich befinde mich jetzt schon 15 Monate im Irrenhaus und weiß nicht, wie es mit gehen wird. Glaube mir sicher, dass es mir hier nicht Wohlgemut ist. Sagt man den Herrn Ärzten gegenüber etwas, dann hatt man gleich übergetreten. Folge dafon ist, das man gleich dass Bett hüten muss.

Liebe Mutter,

ich kann dir in Wirkligkeit gar nicht schildern, weil eben solche Briefe ihres Ynhaltes wegen nicht abgeschickt werden.

Augenblicklich befinde ich mir jetzt wieder im Bett, aus wessen [!] Gründen weiß ich nicht. Nur das weiß ich, das es unter solgen Umständen nicht möglich ist, die Freiheit wieder zuerlangen. (....)“

Abb. 68: Brief des Patienten Theodor V. an seine Mutter aus dem Jahre 1905[12]

Wenngleich nun die von totalen Institutionen bis in die 70er Jahre des 20. Jh. betriebene Praxis der Schriftverkehrüberwachung dem vorrangigen Zweck diente, die Angehörigen des Patienten zu beruhigen sowie das Image der jeweiligen Institution zu fördern, konnte sich der jeweilige Institutionsvorstand, dem die Post vorgelegt werden musste, vermittels dieser an und für sich zutiefst grundgesetzverletzenden Maßnahme quasi *en passant* ein Bild über die Un- *resp.* Zufriedenheitsgrade seiner Schützlinge verschaffen.

Eine weitere, unsystematische Methode zur Erfassung der PZ stellt das nachstehend näher zu begutachtende Beschwerdewesen dar, welches in klassischer Weise durch den so genannten Kummerkasten symbolisiert wird, in denen Patienten ihre kritischen Anmerkungen zum Krankenhausaufenthalt anonym einwerfen können. Durchmustern wir nun, um in Erfahrung bringen zu können, seit wann diese unsystematische Methode der PZF sowohl in nationalen als auch in internationalen Krankenhäusern genutzt wird, so müssen wir mit Ernüchterung feststellen, dass in Analogie zu den Patientenbriefen auch hinsichtlich der Kummerkasten-Methode *bis dato* keine Studie vorliegt, die uns darüber Auskunft geben könnte, seit wann und mit welchem Erfolg diese Methode in Krankenhäusern eingesetzt wird. Die einzige Studie, welche in diesem thematischen Zusammenhang von zu begutachtenswerter Relevanz ist, stammt aus der Feder des Medizinhistorikers Heiner FANGERAU und trägt den richtungsweisenden Titel »„*Geräucherte Sülze, mit Schwarten durchsetzt, teilweise ungenießbar“ – Patientenkritik und ärztliche Reaktionen in der Volksnervenheilstätte 1903-1932*«.[13] Versuchen wir nun im Folgenden die zentralen Ergeb-

[12] entnommen aus KÜSTER 1998: 490
[13] vgl. FANGERAU 2006

nisse dieser höchst instruktiven Studie in verdichteter Form zusammenzufassen. Die von FANGERAU untersuchten Patientenbeschwerden sind von Patienten verfasst worden, die im Zeitraum zwischen 1903 und 1932 in der ersten deutschen Volksnervenheilstätte[14] namens „Rasemühle" bei Göttingen stationär behandelt wurden. Das analysierte Beschwerdematerial setzte sich dabei schwerpunktmäßig aus Briefen zusammen, welche von den hauptsächlich männlichen Beschwerdeführen an die sachzuständige Behörde (Landesdirektorium Hannover) adressiert wurden.[15] Eine Besonderheit dieses Quellenmaterials[16] liegt nun darin lokalisiert, dass einerseits die Patientenkritik einer unabhängige Behörde vorgetragen wurde sowie dass andererseits die Reaktionen des Sanatoriums „Rasemühl", welche ebenfalls an diese Behörde versandt wurden, in der archivarisch aufgespürten Akte mitdokumentiert wurden. Auf der Basis dieser mehr als günstigen Quellengrundlage versuchte FANGERAU nun im Rahmen seiner Studie die folgenden Fragen zu beantworten: „(...) wie diese Patienten das reformerische Konzept der Rasenmühle erlebt [haben, T.K.], ob sie zufrieden waren oder ihrerseits Kritik am Sanatorium äußerten. Welche unerfüllten Ansprüche hatten sie an das Sanatorium, wie erlebten sie die Ärzte und das Pflegepersonal? Welche Patienten beschwerten sich überhaupt über die Missstände, bei wem beschwerten sie sich und wie reagierte die Sanatoriumsleitung auf Kritik? Führte Kritik zu Änderungen des Konzepts oder half sie, Anstaltsabläufe zu modifizieren?"[17] Da nun sowohl aus inhaltlichen als auch aus Kapazitätsgründen nicht alle dieser aufgeworfenen Fragen *en detail* beantwortet werden können, werden wir uns nachstehend darauf beschränken, die zentralen Beschwerdeinhalte sowie die Umgangsweisen und Reaktionsformen des Sanatoriums auf die Patientenkritik zu erläutern. Hinsichtlich der bevorzugt vorgebrachten Beschwerden konnte FANGERAU allen voran die drei folgenden Bereiche ausfindig machen: „1. Essen und Unterbringung, 2. den pflegerischen und ärztlichen Führungsstil sowie 3. Störungen durch andere Patienten, sei es in Form unsittlichen Betragens, durch Streiterein, Unordnung oder Lärm. Therapien oder medizinische Anwendungen werden nur selten kritisiert. Die Konzentration der Beschwerden erklärt sich" – laut FANGERAU – „größtenteils aus dem Sanatoriumsanspruch der Rasemühle, ein Ort der Erholung zu sein."[18] Wenden wir nun ungeachtet der Tatsche, dass das in den Beschwerden häufig angeschnittene Thema „Mitpatienten" als weiterer Beleg unserer in Kapitel 3 ausbuchstabierte Forderung nach einer verstärkten Berücksichtigung dieser Thematik in künftigen PZ-Befragungen herangezogen werden kann, im Folgenden den zentralen Reaktionsformen der Sanatoriumsleitung auf die Patientenbeschwerden zu, so zeigt sich – wie der Tabelle 55 entnommen werden kann – dass die Sanatoriumsleitung vornehmlich daran interessiert ist, die Patientenbeschwerden mittels unterschiedlicher Argumentationsweisen *resp.* Immunisierungstechniken zu entkräften.

[14] Die anfangs des 20. Jahrhunderts entstandenen Volksnervenheilstätten, welche gewissermaßen aus der Kritik der frühen Antipsychiatriebewegung (siehe dazu Kapitel 3) hervorgingen, unterschieden sich von der traditionellen ‚Irrenanstalt' insbesondere dadurch, dass sie einerseits vornehmlich leichte psychiatrische Fälle aufnahmen und andererseits eher dem Charakter einer Kurklinik (Erholung) entsprachen (vgl. FANGERAU 2006: 372ff.).

[15] vgl. ebenda: 377

[16] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich FANGERAU zur Beschaffung des Beschwerdematerials nicht die archäologisch mühevolle Arbeit machen musste, die insgesamt über 2.000 Patientenakten der Jahre 1903 bis 1933 nach brauchbarem Material zu durchforsten, da er innerhalb des Klinik-Archivs auf eine Akte stieß, die mit dem Schriftzug „Beschwerden der Patienten und Berufsgenossenschaften" versehen war (vgl. ebenda: 377).

[17] FANGERAU 2006: 377

[18] ebenda: 378-379

Stellungnahmen der Sanatoriumsärzte zu den Patientenbeschwerden gegenüber dem Landesdirektorium Hannover	Anzahl
Zurückweisung der Beschwerden	30
Verweis auf Krankheit des Beschwerenden als Hintergrund der Klage	18
Verweis auf zufriedene oder immer wiederkehrende Patienten	8
„Patient störend für andere Patienten" / „andere haben sich beschwert"	6
„Patient hätte bei beschwerden zur Leitung kommen sollen"	5
„Patient querulierte"	5
Mutmaßung, Patient beschwere sich aus Rache	4
Verweis auf ärztliche Autorität in Krankheitsfragen	4
Angabe, Tratschereien unter den Patienten führten zu Beschwerden / Hetzer gäbe es in jedem Sanatorium	3
sozialistisches Politisieren der Patienten	2
Entschuldigung	2
Drohungen (Entlassung, „auch dem Oberarzt unangenehme Maßnahme(n)")	2
ad acta legen	2
Beschwerde berechtigt, nicht abstellbar, falls Landesdirektorium keine Gelder zur Behebung des Beschwerdegrundes zur Verfügung stellt	2
Rat an Patienten, gemäß ärztlicher Anordnung zu leben	2
„Patient benimmt sich unsittlich"	1
„Beschwerdeführer fügt sich nicht ein"	1
„Beschwerdeführer(in) verstieß übrigens gegen die Hausordnung"	1
„Beschwerden fallen in die Zeit meines Vorgängers"	1
Einzelbefragung der Beschwerdeführer	1
„Mädchen hat mit Patient angebändelt"	1
„es handelt sich um das übliche Vorgehen"	1
Kompromissvorschlag	1
Kur bei Patient sinnlos	1
„unfreundliche Schwestern bereits entfernt"	1
Zugabe der Missstände / Beseitigung erfolgt oder angekündigt	1
Erklärung, Patient sei betrunken gewesen	1

Tab. 55: Reaktionen der Sanatoriumsärzte auf die Patientenkritik[19]

Aufgrund der Tatsache, dass wir uns im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Thematik ‚*Wie totale Institutionen auf kritische Patientenstimmen reagieren*' in einem separaten Kapitelunterpunkt (siehe dazu Kapitel 7) widmen werden, soll an dieser Stelle einzig und allein die dritte der tabellarisch aufgelisteten Reaktionsfromen, in Worten die Zurückweisung der Beschwerde durch Anführung zufriedener Patienten, etwas genauer in Augenschein genommen werden.[20] Diese an und für sich nicht sonderlich überraschende Patientenbeschwerdeentwertungsmaßnahme, bei welcher der ärztliche Sanatoriumsleiter die Behörde in denkbar süffisanter Weise darauf hinweist, dass es aus seiner autoritätsgeschwängerten Fremdperspektive heraus gesehen nicht so schlimm um die Klinik bestellt sein kann, da seinen Beobachtungen nach zufolge sich die Majorität der Patientenschaft mit der Klinikbehandlung äußerst zufrieden zeige, was das Direktorium ja auch an der gegebenen Bettenauslastung sowie an der Zahl der loyalen, im Bedarfsfall wiederkehrenden Patienten ablesen könnte, laut den historischen Recherchen FANGERAUS im Jahre 1921 zu einer fast schon kriminalistisch zu nennenden Höchstform auflief, welche darin gipfelte, dass die Patienten in dem besagten Jahre 1921 zur Widerlegung der kritischen Äußerungen eines niedergelassenen Arztes gegenüber dem Sanatorium dazu genötigt wurden, eine formformulierte Erklärung zu unterzeichnen, in denen die Patienten bestätigten, „(...) dass sie mit dem Aufenthalt zufrieden seien, nie irgendwelchen Zwang empfunden hätten, vielmehr die durchaus freie Behandlung streng sachgemäß und von wissenschaftlichen Grundsätzen geleitet erscheine und als angenehm empfunden werde."[21]

[19] eigene Darstellung gemäß der tabellarischen Darstellung bei FANGERAU 2006: 382. Der dritte Reaktionstypus, in Worten der „*Verweis auf zufriedene oder immer wiederkehrende Patienten*", ist im Originaltext nicht fett hervorgehoben.

[20] vgl. ebenda: 381

[21] ebenda: 387

Entsprechend den voranstehenden Ausführungen können wir also in der Summe festhalten, dass die Medizin anscheinend schon in ihren zarten Kinderjahren um die Bedeutsamkeit der Zufriedenheit wusste und sich in der Alltagspraxis verschiedener, unsystematischer Methoden – wobei hier insbesondere Gespräche, Patientenbriefe und Beschwerdeeingaben zu nennen sind – zur Erfassung dieser Emotion befleißigte.

5.2 Zur Genealogie der internationalen, systematisch angelegten Patientenzufriedenheitsforschung

Wenn im Folgenden nun der Versuch gestartet werden soll, die Geschichte der systematischen, d.h. den konventionellen Regeln der empirischen Sozialforschung verbundenen PZF zu rekonstruieren, so ist der Autor der vorliegenden Arbeit gewillt, den Leser in den nachstehenden Zeilen über zwei grundlegende Sachverhalte, die in der bisherigen PZ-Literatur ausgeblendet wurden, aufzuklären: *Erstens* gilt es aufzuzeigen, dass die internationale PZF nicht erst, wie in der Literatur durchgehend behauptet wird, mit den in den Jahren 1955 und 1957 von Faye G. ABDELLAH sowie von derselben und Eugene LEVINE in den beiden amerikanischen Fachzeitschrift *‚Modern Hospitals'* sowie *‚Nursing Reserach'* publizierten Schrift »*Let the patients tell uns where we faik*« und »*Developing a Measure of Patient and Personnel Satisfaction with Nursing Care*« einsetzt, sondern das ihre ersten, zaghaften Geburtsschreie vielmehr bereits im Jahre 1887 in Gestalt des von Nellie BLY herausgegebenen investigativ journalistischen Büchleins »*Ten Days in a Madhouse*« zu vernehmen wahren. Abgesehen von diesem nachstehend zu erbringenden Nachweis, demnach im Zeitfenster zwischen 1887 und 1957 eine Vielzahl qualitativ ausgerichteter Studien publiziert wurden, welche in mehr oder minder systematischer Weise die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt in Erfahrung zu bringen trachteten, soll im Folgenden Textkörper *zweitens* aufgezeigt werden, dass der Beginn der quantitativen PZF ebenfalls nicht ausnahmslos mit den Namen ABDELLAH & LEVINE zu verbinden ist, da sich in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts eine Reihe weitere Forscher auf den Weg gemacht haben, die PZ mittels standardisierter Fragebögen zu eruieren.

Bevor wir nun im Folgenden den obig abgesteckten Zeitraum zwischen 1887 und 1957 dahingehend unter die Lupe nehmen werden, in welchem Ausmaß in diesem Zeitfenster bereits Untersuchungen zur PZ durchgeführt wurden, so sei vorab darauf hingewiesen, dass diesen ersten Arbeiten zur PZ teilweise noch der Geruch der Unsystematik anhaftet. Dies bedeutet, dass einige der nachstehenden Arbeiten, die in dem voranstehend genannten Zeitraum entstanden sind, hinsichtlich ihrer systematischen Anlage stellenweise gewissermaßen als Hybridarbeiten verstanden werden können, welche zwischen den Polen der Unsystematik und der Systematik oszillieren.

Betrachten wir nach diesen einleitenden Worten nun, ehe wir einige ausgewählte Studien näher vorstellen werden, die im Anhang tabellarisch aufgelisteten Forschungsarbeiten zur PZ (siehe Tabellen 56 bis 58/Anhang), so zeigt sich, dass in den Anfängen der PZF sowohl die verdeckt teilnehmende Beobachtung, welche gegenwärtig unter dem Label des so genannten *‚Mystery-Research'* eine Wiederbelebung erfährt[22], als auch das projektive Bilderverfahren die am häufigsten angewandten Methoden zur Beant-

[22] Unter dem Terminus ‚Mystery-Research' verbergen sich allen voran die Methoden des Mystery-Shopping, des Mystery-Calling sowie des Mystery-Mailing, welche sich allesamt dadurch auszeichnen, dass ein als Kunde getarnter Testkäufer die Dienstleistung auf den voranstehend genannten drei Wegen in Anspruch nimmt und anhand eines standardisierten Evaluationsbogens hinsichtlich Qualität und Zufriedenheit bewertet. Diese drei Mystery-Research-Verfahren, welche in der betriebswirtschaftlichen Kundenzufriedenheitsforschung seit Ende der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts zur Ergänzung der quantitativen Kundenzufriedenheitsmessung erfolgreich angewandt werden (siehe dazu allen voran BÖHM et al. 2006; DECKERS & HEINEMANN 2006; DEGES 1992; DOBBELSTEIN & WINDBACHER 2007; HÖHNER & SCHAPER 2004; HUDETZ & DUSCHA 2007; MATZLER & KITTINGER-ROSANELLI 2000; PLATZEK 1997; SCHMIDT 2007; STÜCKEN 2003; WEISS 2009 und WILSON 1998), erfreuen sich in jüngster Zeit auch im Gesundheitswesen einer ver-

wortung der Frage, wie sich die Patienten innerhalb der Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens fühlen, darstellten.

Bevor wir nun die in den im Anhang befindlichen Tabellen mit kurzen Strichen beschriebenen frühen qualitativen und quantitativen PZ-Studien nachstehend etwas genauer beäugen werden, sei der Leser vorab darauf hingewiesen, dass der bis zum Jahre 1959 ausgedehnte Zeitraum insbesondere deshalb gewählt wurde, weil die geschichtliche Entwicklung der PZF ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in den bereits genannten Übersichtsarbeiten von WEINSTEIN (1979, 1981a&b), SWAN & CARROLL (1979) und RENTORP et al. (1999) auskömmlich, wenngleich auch nicht restlos befriedigend[23], nachgezeichnet wurde. Kurzum: Da die bisherige PZ-Geschichtsschreibung den obig abgesteckten Zeitraum zwischen 1887 und 1959 *bis dato* sträflich vernachlässig hat, werden wir uns in den nachfolgenden Zeilen schwerpunktmäßig diesem Zeitabschnitt zuwenden; wobei wir uns weniger mit den in diesen Studien zu Tage geförderten Ergebnissen, als vielmehr mit den angewandten Methoden sowie den zugrundeliegenden Untersuchungsmotiven beschäftigen werden.

Legen wir nun einem ersten analytischen Schritt die methodische Ausrichtung der insgesamt 37 tabellarisch aufgelisteten Studien (siehe Tabellen 56 bis 58/Anhang) unter das wissenschaftliche Okular, so werden wir angesichts des Tatbestandes, dass seit ungefähr 20 Jahren innerhalb der nationalen wie internationalen PZF das einseitig quantitative Erhebungsdesign moniert wird, kurios anmutenden Erkenntnis konfrontiert, dass sich die PZF in ihren systematischen Anfängen vornehmlich jener Erfassungsmethoden bediente, welcher sie später ermangelte. Betrachten wir nämlich diejenigen Studien, welche bereits vor der von ABELLAH & LEVINE im März des Jahres 1956 an insgesamt 57 Krankenhäusern durchgeführten quantitativen PZ-Befragung (N = 8.660) veröffentlicht wurden, so zeigt sich, dass sich – mit Ausnahme der ebenfalls auf standardisierten Fragebögen basierenden Zufriedenheitsstudien von István BENEDEK (1952) und Omneya SOULEM (1955) – diese Untersuchungen zur Erfassung der PZ ausgiebigst auf das breite Methodenspektrum der qualitativen Sozialforschung in Gestalt verschiedener Interviewtypen, Satzergänzungstests, projektvier Bildertests, Assoziationstests sowie der verdeckten als auch der teilnehmenden Beobachtung zurückgriffen. Ohne nun der im nachfolgenden Kapitel 6 zu leistenden Methodendarstellung an dieser Stelle durch eine eingehendere Darstellung dieser qualitativen Zugänge zu sehr vorgreifen zu wollen, sei *en passant* darauf aufmerksam gemacht, dass insbesondere die in den Untersuchungen von LIBO (1953, 1957), CAUDILL (1958) sowie BRADY et al. (1959) und RENZINKOFF et al. (1959) angewandten projektiven Bildertests – welche konzeptionell an den psychoanalytisch fundierten Thematischen Apperzeptionstest von Henry Alexander MURRAY aus dem Jahre 1935 anknüpfen – zur Überwindung eines der zentralen methodischen Probleme der PZF, *nudis verbis* der konstant hohen Zufriedenheitswerte, im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Studie fruchtbar angewandt werden soll.

Ehe wir uns nun abschließend auf der einen Seite die in der einschlägigen Literatur fälschlicherweise als erste systematisch angelegte PZ-Studie ausgegebene Untersuchung von ABDELLAH & LEVINE etwas ausführlicher zu Gemüte führen werden und daran anschließend auf der anderen Seite den Versuch starten werden, die zentralen Erkenntnisinteressen, von welchen diese ersten PZ-Studien beseelt

---

stärkten Inanspruchnahme (siehe dazu insbesondere BORFITZ 2001; CARDELLO 2001; DITTRICH 2005; HARTMANN et al. 2008; HÖRMANN 2005; LAZARUS 2009; MORIARTY et al. 2003; NELSON et al. 1997: 242 sowie SHELTON 2000: 186-199 und THEINE 2001).

[23] So fehlen in den genannten drei Übersichtsstudien beispielsweise die einflussreichen Patientenzufriedenheitsstudien von FREIDSON »*Patients' view of Medical Practice. A Study of Subscribers to a Prepaid Medical Plan in the Bronx*« (1961) und STRUPP et al. »*Patients' view their Psychotherapy*« (1969).

waren, herauszupräparieren, sei zuvörderst nochmals resümierend darauf aufmerksam gemacht, dass die systematische PZF *erstens* nicht erst in den 50er Jahre des 20. Jh., sondern bereits Ausgangs der 80er Jahre des 19. Jh. mit der verdienstvollen investigativ journalistischen Reportage »*Ten days in a madhouse*« von Nellie BLY zum Leben erwachte, dass die systematische PZF *zweitens* ihrem Gegenstand zu anfangs hauptsächlich mittels qualitativer Methoden aufzuschließen versuchte sowie dass *drittens* die gegenwärtige PZF künftigen Ausheilung ihrer Schwachstellen gut daran tun würde, *in puncto* methodischer Raffinesse von ihren historischen Vorläufern zu lernen. Zugespitzt formuliert sind die Schlussakkorde des unmittelbar vorausgehenden Satzes vom Verfasser mit der hoffnungsvollen Tinte niedergeschrieben worden, dass die in den Tabellen 56 bis 58 (siehe Anhang) aufgeführten 37 PZ-Studien aus den Jahren 1887 bis 1959 zukünftig nicht bloß im historischen Kuriositätenkabinett der PZ-Forschung vorzufinden sind, sondern dass sie vielmehr kommenden PZ-Forschern – allen voran in methodischer Hinsicht – als richtungsweisendes Sprungbrett dienlich sein werden, vermittels dessen sie sich in bisher unerschlossene, multimethodische Höhen aufschwingen können.

Obschon wir in den obigen Zeilen der bisherigen PZ-Geschichtsschreibung die Grille ausgetrieben haben, dass die PZF mit der in den Jahren 1955 und 1957 publizierten Zufriedenheitsstudie von ABDELLAH & LEVINE beginnt, muss der bisherigen PZ-Geschichtsschreibung insofern Anerkennung gezollt werden, als dass sie mit dem Rückgriff auf die Forschungsarbeit des voranstehend genannten Autorenduos eine Studie auf den Geburtsthron der PZF hievte, welche sich hinsichtlich des Kriteriums der methodischen Versiertheit weit über die anderen 36 PZ-Studien, die im Zeitraum zwischen 1887 und 1959 entstandenen sind, erhebt. Auf die umsichtige methodische Anlage der Studie von ABDELLAH & LEVINE sowie auf einige der bedeutendsten Ergebnisse aus eben dieser Forschungsarbeit werden wir nun nachstehend etwas genauer eingehen.[24]

Wenden wir uns nun in einem ersten Schritt dem von ABDELLAH & LEVINE benutzten Erhebungsinstruments zu, so zeigt sich, dass der von ihnen in der Hauptuntersuchung eingesetzte PZ-Fragebogen nicht etwa – wie die meisten der in den Tabellen 56 bis 58 angeführten Fragebogenstudien – auf einer ad hoc Entwicklung basiert, sondern gewissermaßen das vorläufige Endprodukt eines mehrschrittigen Geneseprozesses darstellt. Die einzelnen Phasen dieses kaskadenförmige Fragebogenkonstruktionsprozesses, welchen ABDELLAH & LEVINE aufgrund der bereits im voranstehenden Satz angemerkten Tatsache beschritten, dass vorherige Zufriedenheitsstudien, die sich ebenfalls der Fragebogenmethode bedienten, bei der Methodenentwicklung vorrangig auf intuitive Plausibilitätsüberlegungen rekurrierten[25], sollen nun im Folgenden grob wiedergegeben werden:

1. *Explorative Vorphase*: Zur Generierung eines Itempools, welcher nicht nur die Kriterien umfasst, die den fachlichen Experten – sei es in Form von Krankenhauspersonal oder in Gestalt von Pflegeforschern – sondern ebenfalls auch den Patienten wichtig (Vermeidung expertokratisch verkürzter Inhaltsvalidität) sind, befragten die Autoren in drei Kliniken insgesamt 100 Patienten dazu, welche positiven als auch negativen Erfahrungen sie mit der während ihres bisherigen Krankenhausaufenthaltes erlebten Krankenpflegebehandlung gemacht haben; wobei 60 Patien-

[24] Unter Vorgriff auf den folgenden Kapitelunterpunkt 5.3, indem die Entwicklung der PZF in der Bundesrepublik Deutschland neu erzählt werden soll, sei vor diesem Hintergrund kurz angemerkt, dass der Sozialwissenschaftler Jens-Jörg KOCH im Jahre 1972 einen Artikel mit der Überschrift »*Der zufriedene Patient – Ein Kriterium für die Güte der Versorgung und Pflege im Krankenhaus?*« veröffentlichte, in welchem er einerseits die Studie von ABDELLAH & LEVINE kleinschrittig darstellte und andererseits für eine Adaption derartiger Studien in Deutschland Werbung betrieb.

[25] vgl. ABDELLAH & LEVINE 1957a: 100

ten mittels eines teilstandardisierten Fragebogen (offene Fragen) und 40 Patienten entweder via Einzel- oder Gruppeninterview zu der obig skizzierten Thematik befragt wurden.[26]

2. *Datenreduktion, Entwicklung und Testung einer ersten Fragebogenversion*: Das in der obig beschrieben Explorationsphase akkumulierte Datenmaterial stutzte das Forscherduo nun mittels Inhaltsanalyse auf insgesamt 100 Aussagen zurecht. Diese erste Fragebogenversion ließen die beiden Forscherinnen wiederum den Patienten in drei verschiedenen Kliniken zukommen, wobei ein Bruchteil der Patienten zuzüglich zu der Fragebewertung dazu aufgefordert wurde, die 100 Aussagen auf einer 5-Punkt-Skala mit den Endpolen *‚not importatnt'* und *‚very important'* hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit einzuschätzen.[27]
3. *Weitere Verschlankung des Itempools:* Auf der Basis des in der zweiten Phase zusammengetragenen Datenmaterials konnten die Forscherinnen den Fragebogenumfang auf 50 Items reduzieren.[28]
4. *Gewichtung der einzelnen Items:* Um nun bei der Errechnung des Gesamtzufriedenheitswertes im Sinne eines nicht-kompensatorischen Ansatzes die jeweiligen Bedeutungsgewichte mitberücksichtigen zu können, wurden die Patienten von zwei weiteren Kliniken dazu aufgefordert, die einzelnen Fragebogenaussagen mittels der so genannten Q-Sort Technik in eine Rangordnung zu überführen.[29]
5. *Kognitiver Pretest:* Zur Überprüfung der Bedeutungsäquivalenz, also der Frage, inwieweit der Patient die Frage so versteht, wie vom Forscher beabsichtigt, befragten die beiden Forscherinnen die Patienten eines Krankenhauses in Cleveland darüber, inwieweit die Fragebogenaussagen verständlicher Natur sind. Dieser als kognitiv zu bezeichnender Pretest führte nun unter anderem dazu, dass die Autoren einige Wörter, die von den Patienten nicht richtig verstanden wurden austauschten. So setzten ABDELLAH & LEVINE *bspw.* für das schwer verständliche Wort "ventilation" den geläufigen Begriff "air" ein.[30]
6. *Hauptuntersuchung:* Der nunmehr 50 Aussagen im Reporting-Stil umfassende Fragebogen wurde nun abschleißend in der Hauptuntersuchung von insgesamt 8.660 Patienten aus 57 Krankenhäusern mit mittlerer Bettenstärke (300-500) ausgefüllt.

Lassen wir nun die in der Hauptstudie zu Tage geförderten Ergebnisse noch einen Moment außen vor, so kommen wir – wenngleich der Fragebogen auch nicht auf die klassischen psychometrischen Gütekriterien der Reliablität und Konstruktvalidität hin überprüft wurde – angesichts des umsichtigen, alles in allem fünf Vorentwicklungsphasen umfassenden und zwei Jahre dauernden Konstruktionsprozesses nicht umhin, die von ABDELLAH & LEVINE vorgelegte Studie als ein Paradebeispiel eines aus wissenschaftlicher Perspektive nahezu perfekten Instrumentenentwicklungsprozesses zu würdigen. Diese Tatsache, dass bereits eine der frühesten quantitativen PZ-Studie auf einem methodisch mehr als soliden Fundament stand, gewinnt nun insbesondere vor dem Hintergrund der in den 80er und 90er des 20. Jahrhunderts in der PZ-Literatur beanstandeten methodischen Defizite, welche alles in allem in dem gerechtfertigten Vorwurf zusammenlaufen, dass das Gros der PZ-Forscher im Rahmen des Instrumen-

[26] vgl. ebenda: 101. *In nuce* sei der Leser in diesem Zusammenhang auf den interessanten Sachverhalt hingewiesen, dass sich die Patienten laut den Autoren in jenen Interviews, die von einem Interviewer geführt wurden, der einen „Forscherkittel" trug, weniger kooperativ zeigten *bzw.* weniger Angaben machten, als wenn der Interviewer in die typische Pflegekleidung eingehüllt war: „Two important methodological facts were picked up at the interviews. One, relating to patients, was that patients were not as communicative when the interviewer wore lab coat as when she was in a nurse's uniform. Apparently, the patient felt more secure if she knew she was were in the presence of a nurse, and thus rapport was more easily established" (ebenda).

[27] vgl. ebenda: 102

[28] vgl. ebenda: 103

[29] vgl. ebenda: 104-105. Zur *‚Q-sort Technik'* siehe unter anderem WHITTING 1955 und 1958.

[30] vgl. ebenda: 104

tenentwicklungsprozesses bereits die elemtarsten wissenschaftlichen Prinzipien der Fragebogenentwicklung derart scheute, wie einst der Teufel das Weihwasser, an Brisanz; da der nationalen wie internationalen PZF in Gestalt der Studie von ABDELLAH & LEVINE bereits seit ihrer frühen Entwicklungsphase ein Ausbund an methodischer Präzision zur Verfügung stand, an dessen Vorleistungen nachfolgende Studien hätten anschließen können. Mit Blick auf das nachfolgende Kapitel 6 sei an dieser Stelle angemerkt, dass die im voranstehenden Satz kenntlich gemachte Problematik, in Worten die sträfliche Vernachlässigung *bzw.* Nichtberücksichtigung methodischer Vorleistungen, den im Jahre 1887 von Nellie BLY gepflanzten Baum der PZF – einem Hallimasch gleich – von der Wurzel bis zur Krone durchsetzt. Tauschen wir zur weiteren Exemplifizierung dieses unerquicklichen Tatbestandes die Baum-Allegorie durch die geschichtsträchtige Metapher des Zwergs, der auf den Schultern von Riesen steht[31], ein, so hat der Autor der vorliegenden Arbeit – ohne den im Kapitel 6 zu vollziehenden Ausführungen zu sehr vorgreifen zu wollen – angesichts der in den letzten Jahrzehnten in der PZF zu verzeichnenden Fragebogenentwicklungswut den Eindruck, dass beinahe jede neu herausgegebene Zufriedenheitsstudie, welche – dem Zwerg in unserer gewählten Metapher gleich – auf die Schulter des aus allen bisher veröffentlichten PZ-Schriften zusammengesetzten Patientenzufriedenheitsriesens klettert, nicht etwa, wie es die Metapher intendiert, weiter blickt als der bisherige parierende Riese, sondern, da unser Pergamentriese auf einem morastartigen Boden steht, günstigstenfalls – wenn sich Schwere und Höhe des Zwerges die Waage halten – genauso weit und schlimmstenfalls – wenn die Schwere des Zwerges ungleich größer als sein Längenmaß ist – weniger weit sehen kann als der ursprüngliche Riese. Verbannen wir nun aber die Ausdeutung dieses äußerst skeptizistischen Gleichnis in das nachfolgende Kapitel 6 und wenden uns fortfolgend, nachdem wir im obigen Textabschnitt die methodische Vorgehensweise des Autorengespanns ABDELLAH & LEVINE sattsam hervorgehoben haben, nunmehr den zentralen Ergebnissen dieser Studie zu.

Die wichtigste Einsicht der Studien von ABDELLAH & LEVINE bestehet nun darin, dass sie eindrucksvoll die – wie in Kapitel 6 noch eingehend zu besprechen sein wird – häufig angezweifelte medizinisch-therapeutische Dienstleistungsbeurteilungskompetenz der Patienten nachweisen konnten. Dieser Beweis gründet dabei vorrangig in der von dem Autorenduo ans Tageslicht gezerrten Erkenntnis, dass der Zufriedenheitsgrad der Patienten mit der erhaltenen Pflege nicht von der Höhe des Pflegepersonalschlüssels *resp.* der pro Patienten aufgebrachten Pflegezeit, sondern von der Anzahl des examinierten Pflegepersonals abhängt. „(...) the amount of total nusring hours provided per patient each day" – so fassen die beiden Autorinnen ihr zentrales Studienergebnis zusammen – „does not affect the ammount of patient satisfaction with nursing care, the amount of *professionel* nursing care provied does have a strong positive influence on satisfaction."[32] Aus diesem Untersuchungsergebnis kann nun die logische Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich die Patienten aller Unkenrufe zum Trotze als durchaus befähigt erweisen zwischen hoher und niedriger Pflegequalität unterscheiden zu können.

Ehe wir uns nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt 5.3 darum bemühen werden, die historische Entwicklung der systematischen PZF in der Bundesrepublik Deutschland, deren Aufarbeitungszustand *bis dato* – soviel sei schon verraten – insofern dem mythologischen Augiasstall gleicht, als dass einerseits bisher keine eigenständige Forschungsarbeit zu diesem Thema durchgeführt worden ist und dass ande-

[31] vgl. MERTON 1983
[32] ABDELLAH & LEVINE 1957a: 107

rerseits die in der nationalen Literatur vorfindbaren Ausführungen zu diesem Thema den historischen Entwicklungsprozess dieses Forschungszweiges nicht nur in stark entstellter Form wiedergeben, sondern darüber hinaus – wie noch zu belegen sein wird – die Geburtsstunde der deutschsprachigen PZF in einem jeder wissenschaftlichen Ethik hohnsprechenden Selbstbeweihräucherungsakt mit dem erscheinen der eigenen Studie eingeläutet sehen, möglichst wirklichkeitsgetreu nachzuzeichnen, werden wir zuvörderst noch kurz auf die zentralen Befragungsmotive eingehen, welche den seit 1887 publizierten internationalen Studien zur PZ zugrundelagen.

Betrachten wir also nun im Folgenden den Wandel der Erkenntnisinteressen *bzw.* der Legitimitätsgründe, mit denen in der Vergangenheit den PZ-Studien das Odem der Notwendigkeit eingehaucht wurde, so können wir den im vorausgehenden Satz abgesteckten Zeitraum in insgesamt drei Abschnitte zerlegen, in denen jeweils unterschiedliche Befragungsmotive dominierten:

1) *1887 bis 1959:* Nehmen wir zur Gewahrwerdung der vornehmlichen Erkenntnisabsichten, die mit der Durchführung von PZ-Studien in diesem Zeitraum verbunden wurden, nochmals die in den Tabellen 56 bis 58/Anhang aufgeführten Untersuchungen näher in Augenschein, so zeigt sich, dass sich der Ansporn zur Erfassung des Zufriedenheitsgrades insbesondere aus den folgenden drei Motiven speiste. *Erstens*: Das emanzipatorisch-philanthropische Motiv, auf dem *bspw.* die Arbeiten von BLY (1887), WINTER (1898), HÄGI (1894), HEINZE-MANFELD (1950) und ZIEGLER (1950) fußten. Dieses Motiv nährte sich an der humanistischen Vorstellung, durch eine Visibilisierung des entmenschlichenden, zutiefst unzufrieden stimmenden Anstaltsalltags eine Verbesserung des Versorgungsalltags zu erzielen. Ein *zweiter* Beweggrund zur Durchführung von PZ-Befragungen kann nun ferner darin gesehen werden, dass einerseits die bereits von Experten gegen die kustodialen Psychiatrie vorgebrachten Argumente durch negative Patientenerfahrungen weiter gestützt werden sollten sowie dass andererseits vermittels des Nachweises, dass sich die Patienten mit den neu implementierten Therapieansätzen – wie zum Beispiel die Arbeitstherapie in der Studie von BENEDEK – außerordentlich zufrieden zeigen, eine bessere argumentative Verhandlungssituation gegenüber den Kostenträgern erzielen zu können. Das *dritte* Befragungsmotiv, welches allen voran in den Studien von ABDEALLAH & LEVINE sowie der frühen DDR-PZ-Untersuchung von VOIGT aus dem Jahre 1959 zum Vorschein kommt, beruht auf dem Qualitätssicherungsgedanken. D.h., dass bereits die im vorausgehenden Satz genannten Studien die Zufriedenheit der Patienten mit der Absicht zu erfassen trachteten, über künftig auszumerzende Schwachstellen innerhalb des Versorgungsgeschehens aufgeklärt zu werden.
2) *1960 bis 1969:* Dieser Zeitraum zeichnet sich nun insbesondere dadurch aus, dass die obig beschriebenen drei Befragungsmotive der frühesten PZ-Studien mehr und mehr in Vergessenheit gerieten und maßgeblich durch ein genuin medizinisch-therapeutisches Befragungsagens, in Worten die Einsicht in die complianceförderliche Funktion der PZ, abgelöst wurden. Die vornehmliche Rekurration auf das Compliance-Argument innerhalb dieser Phase der PZF-Geschichte ist nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit insofern kritisch zu betrachten, als dass das PZ-Konstrukt, welches in dem vorausgehenden Zeitfenster bereits mehr oder weniger den Rang eines unzweifelhaft einzulösenden Outcomekriteriums gehievt wurde, von eben diesem Sockel wieder heruntergeholt und größenteils nur noch als Mittel zum Zwecke der Ko-

operationsbereitschaftssteigerung angesehen wurde. Diese argumentative Engführung änderte sich allerdings – wie nachstehend zu zeigen sein wird – schlagartig in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts.

3) *ab 1970:* Aufgrund unterschiedlicher emanzipativ-gesellschaftskritischer Strömungen (u.a. der ‚Konsumerismus-' und ‚Selbsthilfegruppenbewegung'[33]) sowie eines zunehmenden Wettbewerbs innerhalb des Gesundheitswesens befreite sich die internationale PZF in den 1970er Jahren sukzessive von ihrem Compliance-Gängelband. Entsprechend weist der britische Psychologe Brian WILLIAMS daraufhin, dass sich das Kriterium der PZ ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts *peu à peu* zu einem eigenständigen Qualitätsindikator mauserte[34], den es nicht allein aufgrund seiner compliancedienlichen Funktion, sondern ferner aufgrund seiner generellen gesundheitsförderlichen Potenzialität sowie ob seiner ökonomischen Bedeutsamkeit anzustreben gilt.[35] Mit anderen Worten bedeutet dies, dass seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts das primäre PZ-Befragungsmotiv in der Nutzbarmachtung dieser Untersuchungen für das Qualitätsmanagement sowie für das Krankenhausmarketing besteht.[36]

Ohne nun an dieser Stelle die in Kapitel 7 noch auskömmlich zu besprechende Problematik, dass die im dritten der obig beschrieben Zeitfenster zu verbuchende Befragungsmotivmetamorphose teilweise, da in einer Vielzahl der in den letzten Jahren erschienen Zufriedenheitsstudien das Wissen um die medizinisch-therapeutische Bedeutsamkeit dieser Emotion gänzlich abhanden gekommen zu sein scheint, für das omnipotente Verwertungsdefizit verantwortlich zu machen ist, eingehender besprechen zu wollen, sei zum Abschluss unserer Ausführungen über die historische Entwicklung der internationalen PZF rekapitulierend darauf hingewiesen, dass der im obigen Textabschnitt begonnene Versuch einer wirklichkeitsnahen Aufarbeitung der PZ-Geschichte keineswegs als gänzlich abgeschlossen angesehen werden darf und der Verfasser der vorliegenden Zeilen inständig darauf hofft, dass künftige PZ-Forschergenerationen den obig geebneten Weg zugunsten einer Stärkung der bisweilen noch als unzureichend zu bezeichnenden biographischen Identität der PZF weiter beschreiten werden, als es dem Autor der vorliegenden Arbeit angesichts seines anders gelagerten thematischen Schwerpunktes möglich gewesen ist.

5.3 Die historische Entwicklung der systematischen Patientenzufriedenheitsforschung in der BRD - *Ein mahnendes Beispiel für die geschichtsklittierenden Folgen eines Matthäus-Effekts*

Wie bereits obig mehrfach angesprochen wurde, soll in den nachstehenden Zeilen nichts weniger als der Versuch unternommen werden, die bisher in der einschlägigen Literatur vorfindbaren Ausführungen zur historischen Entwicklung der PZF in der Bundesrepublik Deutschland vollständig neu zu erzählen. Bevor wir uns nun allerdings im Folgenden an die Einlösung dieses zugegebenermaßen recht hochgesteckten Ziels heranwagen werden, sollen dem Leser vorab die zentralen Probleme der nationalen PZ-Geschichtsschreibung, angesichts derer die Notwendigkeit einer in jeder Hinsicht neu zu formulierenden Geschichtsschreibung glasklar vor Augen tritt, ein groben Strichen nähergebracht werden. Entsprechend gilt es nachfolgend zuerst einmal die Frage zu beantworten, warum die westdeutsche PZ-

[33] vgl. BLUM et al. 2001: 27
[34] vgl. WILLIAMS 1994
[35] vgl. EICKSTÄDT & MAGER 2001: 401-402
[36] vgl. BLUM et al. 2001: 26ff.

Geschichte einer Generalüberholung bedarf. Ein ersten Hinweis, in welche Richtung die fortfolgend zu entwickelnde Antwort zielt, kommt nun bereits in dem im Untertitel zum vorliegenden Kapitelunterpunkt gewählten wissenschaftssoziologischen Terminus des *‚Matthäus-Effekts'* zum Ausdruck. Laut diesem, von dem amerikanischen Soziologen Robert K. MERTON beschriebenen Effekt, werden – simplifiziert gesagt – insbesondere jene Forschungsarbeiten intensiv rezipiert, deren Autoren bereits ein stattliches Maß an wissenschaftlicher Reputation akkumuliert haben.[37] Dieses – systemtheoretisch gesprochen – komplexitätsreduzierende Verfahren birgt nun allerdings die unzweifelhafte Gefahr in sich, dass die Aussagen verdienstvoller Wissenschaftler unkritisch aufgenommen bzw. nicht im Lichte der gesamten, zu diesem Thema zugänglichen Literatur bewertet werden. Innerhalb der westdeutschen PZ-Geschichtsschreibung lässt sich nun insofern ein äußerst erkenntnishinderlicher *resp.* geschichtsverfälschender Matthäus-Effekt ausmachen, als dass in dem vom Autor durchgesehen nationalen PZ-Literaturbestand zuhauf, wenn es um die zeitliche Datierung der ersten westendeutschen PZ-Studien geht, auf die – wie sich noch zeigen wird mehr als dilettantisch zu nennenden – Recherchearbeiten der sonst verdienstvollen PZ-Forscher Karl BLUM, Walter SATZINGER und Rainer BUCK zurückgegriffen wird, welche innerhalb eines im Jahre 2001 veröffentlichten, überaus lesenswerten Sammelbandes mit Titel »*Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*« einen Aufsatz publizierten, in dem sie darauf hinweisen, dass die westdeutschen PZ-Forschung im Jahre 1993 das Licht der Welt erblickte. Ehe wir nun zu dieser Einschätzung kritisch Stellung beziehen werden, sei der Abschnitt, gegen dessen Aussagen in den nachfolgenden angeschrieben werden soll, vorab im Originalformat wiedergegeben werden:

> „Geschichte der systematischen Patientenbefragung in Deutschland: Dass ein solcher Versuch „systematisch" zu unternehmen ist, d.h. nach vereinbarten und bewährten Regeln für die Modalitäten der Erhebung und Beschreibung der Patientenauskünfte und mit dem quasi wissenschaftlichen Anspruch auf Objektivität, Verlässlichkeit und Gültigkeit der zu erzielenden Ergebnisse, dass er sich also nicht etwa erschöpfen darf in der sporadischen Sammlung und Weitergabe anekdotischer Kenntnisse über Patientenmeinungen und –einstellungen – auch dies gehört mittlerweile zum allgemeinen Verständnis von dem, was eine Patientenbefragung ausmachen sollte.
>
> Patientenbefragungen dieser Art gibt es im deutschen Gesundheitswesen, zumal an Krankenhäusern, noch nicht lange. **Abgesehen von einer schon sehr weitreichenden und fundiert angelegten Studie im Bezirk Cottbus (Hoffmann et al. 1984) und ein paar wenigstens tendenziell sich solchen Ansprüchen annähernden Studien an westdeutschen Kliniken (Erzberger et al. 1989; Schmidt et al. 1989), begann die Geschichte der Patientenbefragung hierzulande erst 1993 mit den Befragungen an Krankenhäusern in Stuttgart und Tübingen sowie an Münchens Städtischen Krankenhäusern.** Diese Untersuchungen stießen damals beim Klinikpersonal, zumal beim ärztlichen, noch auf erhebliche Skepsis oder gar offene Ablehnung: Was denn mit solchen unvermeidlich höchst „subjektiven" Äußerungen von Menschen, die doch medizinische Laien seien und sich, noch dazu, meist in einer Situation erheblich verminderter Lebens- und Urteilskraft befänden, überhaupt anzufangen sei im Sinne einer Reflexion des „objektiven" Geschehens auf Station und gar einer Überprüfung der Qualität klinischer Behandlung und Betreuung?! Ob Patienten „zufrieden" sind oder nicht, mag zwar für solche – eigentlich periphere – Dinge wie Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus noch belangvoll (und eventuell auch folgenreich) sein; die Erfüllung des Kernauftrags stationärer Versorgung aber – adäquate ärztli-

[37] vgl. MERTON 1985

> che und pflegerische Behandlung – werde davon nicht berührt und sei nur von den einschlägigen Professionen kompetent zu beurteilen."[38]

Weit gefehlt dem Autorentrio nun eine bewusste Verfälschung der geschichtlichen Faktizität unterstellen zu wollen, werden wir nachstehend die in dem obigen Zitat vorgenommene zeitliche Fixierung des Beginns der westdeutschen PZF auf das Jahr 1993 anhand einer ausgedehnten Literaturrecherche zu falzifizieren versuchen. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass wir in den kommenden Zeilen sämtliche PZ-Befragungen die vor dem besagten Jahr 1993 durchgeführt wurden in tabellarischer Form darstellen werden, um einerseits das in der einschlägigen nationalen PZ-Literatur – einem Matthäus-Effekt gleich – myriadenartig bemühte Geburtsjahr 1993 als schlichtweg falsch zu entlarven sowie um andererseits auf der Grundlage des zusammengetragenen Studienmaterials die westdeutsche Entwicklung der PZF realitätsgerechter nachzeichnen zu können. Wie nun aus den im Anhang abgebildeten Tabellen 59 bis 67 leichterhand entnommen werden kann, konnte im Rahmen der eilfertigen Literaturrecherche *summa summarum* eine 150 PZ-Studien starke Armada aus den staubigen Böden der Bibliotheksarchive gestampft werden, vermittels derer wir nun im Folgenden gegen die obig hinlänglich ausbuchstabierte Geschichtsaussage des Autorentrios BLUM / SATZINGER & BUCH zu Felde ziehen können.

Wie nun in den Tabellen 59 bis 67 sattsam nachgewiesen werden konnte, beginnt die (west-)deutsche PZF keineswegs – wie von BLUM und Kollegen behauptet wird – erst im Jahre 1993, sondern setzt vielmehr bereits im Jahre 1989 mit der Rollenreportage des Journalisten Max WINTERS ein, welcher sich in wallraffscher Manier als Obdachloser verkleidete und die am eigenen Leib erfahrenen unbarmherzigen Zuständen in den Obdachlosenheimen Wiens und Berlins anprangerte. Wenngleich nun der aufmerksame Leser zurecht den Einspruch erheben mag, dass diese Untersuchung noch eine unsystematische Aura ausstrahlt[39], so schwächt dies die tabellarisch gegen die Aussage von BLUM und Kollegen aufgebotene Argumentationskraft nur minimal, da nicht weniger als 139 weitere Studien ausfindig gemacht werden konnten, die zum Teil lange vor dem besagten Jahre 1993 in (West-) Deutschland das PZ-Konstrukt systematisch zu erfassen versuchten. Ehe wir nun im Folgenden etwas gezielter auf die methodische Ausrichtung sowie die zentralen Untersuchungsergebnisse dieser historischen Untersuchungen eingehen werden, sei vorab darauf hingewiesen, dass der Verfasser der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Aufzählung all jener empirischen Studienarbeiten, die sich bereits vor 1993 um die Ergebung des Zufriedenheitskonstrukts bemüht hatten, darauf verzichtet hat, sowohl die in den unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkten zu verhandelnden Zufriedenheitsstudien aus der ehemaligen DDR sowie dem Metier der Stationsklima- und Post-Session-Outcome-Forschung als auch jene aus der gänzlich unberücksichtigten sozialpädagogischen Nutzerforschung[40] mit in den Widerlegungsgang einzubauen. Eine Berücksichtigung dieser Studien – soviel sei *en passant* noch angemerkt – hätte den Publikationsumfang an Forschungsarbeiten, welche sich dem PZ-Konstrukt vor dem Jahre 1993 auf empirischen Wege zugewandt hatten, auf gut und gerne weit über 250 Studienarbeiten anschwellen lassen.

Wenden wir uns nun, nachdem wir in den obigen Zeilen den Geschichtsschreibungsversuch der Autoren BLUM / SATZINGER & BUCK vermittels eines stichhaltigen Argumentationsganges entkräf-

---

[38] BLUM / SATZINGER & BUCK 2001: 25-26

[39] Der Leser sei vor diesem Hintergrund allerdings daran erinnert, dass die legendäre Chicago-School der Soziologie aus der journalistischen Reportage entstand (vgl. LINDNER 1990)

[40] siehe zum Beispiel SCHMITZ 1984

ten konnten, nachstehend der Beantwortung der folgenden methodischen und theoretischen Fragestellungen, die sich an der zusammengetragenen Literatur unweigerlich entzünden, zu.

Methodische Fragestellungen:

1. Welche methodischen Zugänge zur Erfassung der PZ wurden in den in der tabellarisch aufgelisteten Studien (siehe Tabellen 59 bis 67/Anhang) schwerpunktmäßig gewählt?
2. Auf welchem methodischen Niveau bewegten sich die Studien? D.h., inwiefern wurden in diesen frühen Untersuchungen die klassischen psychometrischen Gütekriterien hinreichend berücksichtigt?
3. Förderten diese Untersuchungen in methodischer Hinsicht Erkenntnisse zu Tage, welche von der aktuelle und zukünftige PZF in progressiver Weise genutzt werden könnten?

Theoretische Fragestellungen:

1. Welche Befragungsmotive lagen diesen ersten PZ-Studien zugrunde?
2. In welchem Ausmaß können die in diesen frühen Untersuchungen erzielten Erkenntnisse zukünftigen PZ-Studien, insbesondere auf der Ebene der Konstruktoperationalisierung, zum Vorteil gerecht werden?

Versuchen wir nun in einem ersten Schritt die obig aufgeworfenen methodischen Fragegestellung saturierend zu beantworten, so können wir erst einmal generell festhalten, dass nicht nur in der Geschichte der internationalen (siehe Kapitel 5.2), sondern ebenfalls in der Historie der (west-)deutschen PZF ein äußerst buntes, zum teil höchst kreatives Methodenarsenal zur Erfassung des Zufriedenheitskonstrukts aufboten wurde. In Analogie zu der im vorhergehenden Kapitelunterpunkt nachgezeichneten Entwicklung der internationalen PZF gingen die ersten deutschen Forscher, welche sich die Erfassung der PZ auf ihre Fahnen schrieben, mit den Methoden der qualitativen Sozialforschung gewissermaßen eine Dauerehe ohne Trauschein ein. Unkryptisch formuliert bedeutet dies, dass in den Anfängen der (west-)deutschen PZF die qualitativen Forschungsmethoden in Gestalt von verdeckter Beobachtung, unstrukturierten Interviews, Bilderauswahl- und Bildererzähltests sowie der Analyse von Schulaufsätzen und Kinderzeichnungen zum Thema Krankenhaus im Vordergrund stand. Fristete also demnach die quantitative Methodologie in Form des standardisierten Fragebogens zu Beginn der (west-)deutschen PZF noch ein Außenseiterdasein, so avancierte diese Methode in den 70er Jahren mehr und mehr zum dominierenden PZ-Erhebungsverfahren. Betrachten wir nun allerdings die eingesetzten Fragebögen vor dem Hintergrund der konventionellen psychometrischen Gütekriterien, so gelangen wir zu der misslichen Einsicht, dass auf der einen Seite eine Vielzahl der in Dienst genommenen Fragebögen in einem äußerst unwissenschaftlichen Design daherkommt und dass auf der anderen Seite – was umso schwerer wiegt – keine einzige der angeführten quantitativen Forschungsarbeiten ihr Instrument erschöpfend auf seine Reliabilität und Validität hin überprüft hat. Zur pars-pro-toto-Unterfütterung dieses elegisch stimmenden Befundes werden wir im Anhang den von Felix M. BÖCKER im Rahmen seiner im Jahre 1989 veröffentlichten Studie »*Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung*« verwandten Fragebogen zur Gänze abdruckten (siehe Abb. 69/Anhang) und kritisch begutachten. Wenngleich nun BÖCKER mit dem von ihm eingesetzten Fragebogen in seiner Untersuchung den überaus wertvollen Nachweis erbringen konnte, dass diejenigen Patienten, welche in dem maroden Altbau untergebracht waren, signifikant schlechtere Zufriedenheitsurteile abgaben als diejenige Patienten, die bereits in den Genuss des Neubaus kamen (Bestätigung der Urteilskompetenz), so täuscht dieses – wie in Kapitelpunkt 6 noch näher gezeigt wird – höchst bedeutsame Ergebnis jedoch nicht darüber hinweg, dass der eingesetzte Fragebogen ein Musterbeispiel eines mehr auf pragmatischen den auf wissenschaftlich-theoretischen Überlegungen fußenden Instrumentes abgibt. Hält man nämlich den von BÖCKER ent-

wickelten Fragebogen (siehe Abbildung 69/Anhang) gegen das von der einschlägigen Fachliteratur zur Fragebogenkonstruktion abgesonderte Licht, so zeigt sich, dass der Fragebogen allen voran – ohne den Anspruch auf Vollständigkeit einlösen zu wollen – folgende Schwachstellen offenbart: *Erstens* weist der Fragebogen, da er von BÖCKER gleichsam aus der hohlen Hand – also ohne Rückgriff auf die einschlägige Fachliteratur *resp.* ohne eine explorative Patientenbefragung vorzuschalten – gezaubert wurde, keine ausreichende Inhaltsvalidität auf. Neben der ungenügenden Inhaltsvalidität, die sich ferner allein schon in dem Umstand offenbart, dass ein multidimensionales Konstrukt, wie es das PZ-Konstrukt darstellt, niemals mit schlappen 16 Items hinreichend abgebildet wird, gründet die *zweite* Problematik des Fragebogens in der gewählten Antwortskala, welche gleich in zweifacher Hinsicht dem wissenschaftlich Fragebogenkonstruktionscommonsense zuwiderläuft. Erstens ist an der von BÖCKER konzipierten Antwortskala die Undifferenziertheit zu bekritteln. So fehlt nämlich sowohl am positiven als auch am negativen Skalenendpunkt eine weitere Differenzierung in ‚zufrieden' und ‚sehr zufrieden' *resp.* ‚unzufrieden' und ‚sehr unzufrieden'. Aufgrund der Offenkundigkeit dieses ersten Antwortskalenfauxpasses werden wir uns nun im Folgenden der zweiten wissenschaftlichen Inkorrektheit zuwenden, welche der zur Disposition stehenden Antwortskala zu eigen ist. Kurzum: Des Pudels zweiter Kern liegt in der Gesichterskala lokalisiert, welche in der dargebotenen Form – getreu den Ausführungen von Ruth JÄGER in ihrem bahnbrechenden Aufsatz »*Konstruktion einer Ratingskala mit Smilies als symbolische Marken*« (2004) – ob ihres zutiefst zweifelhaften Bedeutungsäquivalenz als wissenschaftlich unredlich angesehen werden müssen. Ungeachtet der Tatsche, dass BÖCKER aufgrund des unbefriedigenden Skalenniveaus (keine Gleichabständigkeit) an und für sich keine Faktorenanalyse hatte durchführen dürfen, kann nun abschließend in der Summe festgehalten werden, dass der von BÖCKER entwickelte und eingesetzte PZ-Fragebogen – von dem sich die allermeisten Fragebögen, welche den in den Tabellen 59 bis 67 aufgelisteten quantitativen Studien zugrundelangen, nur punktuell unterschieden – weit davon entfernt ist, als solides wissenschaftliches Instrument angesehen zu werden.

Versuchen wir nun noch die letzte der im obigen Textkörper ausbuchstabierten methodologischen Fragestellung, *nudis verbis* die Frage inwieweit künftige PZ-Studien auf methodischer Ebene von diesen Pionierarbeiten profitieren können, zu, so kommen nach Ansicht des Verfassers insbesondere die beiden folgenden Punkte in betracht: *Erstens* würde die zukünftige PZF gut daran tun, wenn sie ihre primäre quantitative Methodenausrichtung durch eine flankierende Rückbezugnahme auf das zu Anfang der nationalen PZF in kreativer Weise eingesetzte qualitative Methodenspektrum ergänzen würde. So könnte *bspw.* im Rahmen von Untersuchungen, die sich mit der Ermittlung der Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen beschäftigen, auf die höchst innovativen Methoden der Schulaufsatzanalyse, des Bilderauswahlverfahrens, Spieltechniken sowie auf themenbezogene Malwettbewerbe zurückgriffen werden, um die subjektive Sichtweise dieser Untersuchungsgruppe – welche in der Vergangenheit hauptsächlich durch Fremdeinschätzungsverfahren (Elternbefragung) zu ermitteln versucht wurde – nunmehr wirklich aus erster Hand erfahren zu können. Abgesehen von dieser allgemeinen Methodenarsenalerweiterungsfunktion können kommende PZ-Studien maßgeblich aus der in mehreren der tabellarisch vorgestellten avantgardistischen Forschungsarbeiten ausfindig gemachten Erkenntnis, dass die Zufriedenheitswerte umso höher ausfallen, je unspezifischer die Fragestellung ist, einen nicht zu unterschätzenden Nutzen herausziehen. *In concreto* bedeutet dies, dass aussagefähige PZ-Fragebögen sich notwendigerweise nicht darin erschöpfen können, ausnahmslos global nach der allgemeinen Zufrieden-

heit zu fragen, sondern dass sie vielmehr neben den Gesamtzufriedenheitsitems eine elaborierte Batterie an spezifischen Zufriedenheitsitems aufweisen müssen, da PZ-Fragebögen nur unter dieser elementaren Voraussetzung als Qualitätssicherungsinstrumente angewandt werden können.

Wenden wir nun aufgrund der Tatsache, dass wir die in den voranstehend Zeilen kurz angesprochene Itemspezifitätsthematik nochmals im Kapitel 6 ausführlicher besprechen werden, nachfolgend den beiden theoretischen Fragestellungen, in Worten der Frage nach den Befragungsmotiven, die diesen ersten Zufriedenheitsstudien zugrundelangen, sowie der Frage nach den möglichen Erkenntnisgewinnen, welche aus den damaligen Konstruktoperationalisierungsversuchen herausdestilliert werden können, zu, so zeigt sich hinsichtlich der Befragungsmotive, dass die im Zeitraum zwischen 1898 und 1993 veröffentlichten 150 PZ-Studien auf äußerst heterogenen Erkenntnisabsichten fußten. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass neben den klassischen, in Kapitel vier ausgiebigst erläuterten Legitimitätsgründen, in den in der Tabelle vorfindbaren Studien zur Zufriedenheit von Altenheimbewohnern in Gestalt des Konzepts *‚erfolgreiches Altern'* ein neues Argument zur Begründung der Durchführungsnotwendigkeit von PZ-Studien eingeführt wird. Ohne nun näher auf dieses gerontopsychologische Konzept, welches wir bereits im Kapitel 2.6.7 hinlänglich erläutert haben, eingehen zu wollen, können wir an dieser Stelle erst einmal den Befund festhalten, dass die Motive, auf denen die ersten (west-)deutschen Zufriedenheitsforschungsarbeiten basierten, heterogener Natur waren. D.h., dass mit den Studien sowohl allgemein emanzipatorisch-philanthropische-, medizinisch-ethische-, medizinisch-therapeutische- sowie auch versorgungsqualitätsoptimierende Ziele verfolgt wurden. Diese Feststellung gewinnt nun – soviel sei mit Vorausblick auf das Kapitel 7 bereits verraten – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die nach 1993 in Deutschland publizierten PZ-Studien beinahe ausschließlich ökonomische-marketingtechnische sowie qualitätssichernde Ziele anvisieren, eine besondere Bedeutung.

Versuchen wir nun abschließend noch die letzte der obig aufgeworfenen theoretischen Fragestellungen, *nudis verbis* die Frage, ob und wenn ja was künftige PZ-Studien bezüglich der Konstruktoperationalisierung bzw. – treffender formuliert – hinsichtlich der abzufragenden Indikatoren aus den historischen Untersuchungen lernen können, so nimmt sich hauptsächlich die Erkenntnis, dass die Beziehung zu den Mitpatienten in einigen der tabellarisch wiedergegeben Forschungsarbeiten als besonders hilfreich eingeschätzt wurde[41], als berücksichtigungswert aus. Kurzum: Die bereits in den frühen Erhebungen gemachte Einsicht, dass die Beziehungen zu den Mitpatienten einen entschiedenen Faktor in der PZ-Genese darstellt, kann als weiterer Beleg für die vom Autor der vorliegenden Arbeit bereits in Kapitel 3 ausbuchstabierte Forderung, dass PZ-Fragebögen, die das psychometrische Kriterium der Inhaltsvalidität einzulösen trachten, nicht umhinkommen, die Dimension ‚Mitpatientenzufriedenheit' in ihren Fragekatalog aufzunehmen.

Ehe wir uns nun, nachdem wir im obigen Textkörper sowohl die Geschichte der systematischen PZF in (West-)Deutschland neu geschrieben als auch die zentralen Erkenntniszuwächse, die aus diesem *bis dato* gänzlich unberücksichtigten historischen Material für die zukünftige PZF gewonnen werden kann, hinreichend aufgezeigt haben, im Folgenden Kapitelunterpunkt 5.4 auf den Weg machen werden, die historische Entwicklung der systematischen PZF in der ehemaligen DDR, welche in der fachspezifischen Literatur bislang ebenfalls nicht eingehender aufgearbeitet wurde, nachzuzeichnen, seien dem Au-

[41] vgl. SONNENBERG 1964; BALKE & HINZ 1974; BIERMANN-RATJEN et al. 1977; KLAPP & SCHEER 1978; JELEN et al. 1979 und 1982; HAASE 1979; MOßLER 1981; SIEBER 1982; KOLCK 1984; KAMMERER & GOEBEL 1985; HUNZIGER 1985 sowie WINDGASSEN 1989 und FELDERHOFF DE DAMLAU 1991

tor der vorliegenden Arbeit abschließend noch zwei kurze Anmerkungen zu den voranstehend unternommenen Bemühungen einer wirklichkeitsgerechteren Nacherzählung der westdeutschen PZ-Geschichte gestattet. Zuerst sei grundsätzlich darauf hingewiesen, dass die in den obigen Zeilen vorgelegte Geschichtsschreibung keineswegs als abgeschlossen angesehen werden darf, da im Rahmen der vorgenommenen Literaturrecherche sicherlich nicht das gesamte historische Material an Studien, die sich vor dem Jahre 1993 mit der Erfassung des PZ-Konstrukts beschäftigten, aufgespürt werden konnte und somit auch in Zukunft *in puncto* ‚deutschsprachige PZF-Geschichte' noch genügend Forschungsbedarf besteht. Unter Rückgriff auf die innerhalb des Kapitelunterpunkt 5.2 bemühte Gleichsetzung der bisherigen PZ-Geschichtsaufarbeitung mit dem mythologischen Augiasstall kann die Leistung der vorliegenden Arbeit darin erblickt werden, innerhalb des zuvor äußerst chaotisch geführten ‚Augiasstalls der PZ-Geschichtsschreibung' – im Sinne kuhnschen Aufräumarbeiten[42] – für ein höheres Ordnungsmaß und ein mehr an Orientierung gesorgt zu haben. Wie nun dem Tenor dieser Ausführungen entnommen werden kann, ist der Verfasser der vorliegenden Arbeit keineswegs von der Hybris heimgesucht worden, den ‚Augiasstalls der PZ-Geschichtsschreibung' für alle Zeiten blitzblank geschrubbt zu haben. Es bleibt allerdings zu hoffen, dass sich folgende PZ-Forschergenerationen dieser herkulische Aufgabe widmen werden.

Zu guter Letzt sei der aufmerksame Leser, der sich sicherlich schon insgeheim gefragt hat, warum die Geschichte der deutschen PZF innerhalb des vorliegenden Kapitels nur bis in das Jahre 1993 nachgezeichnet wird, darüber in Kenntnis gesetzt, dass einerseits sämtliche der nach 1993 erschienen PZ-Studien in der im Kapitelunterpunkt 6.1 vorzunehmenden Dokumentenanalyse detailliert dargestellt werden sowie dass andererseits das Metaziel des hiesigen Kapitelunterpunktes darin bestand, die von BLUM und Kollegen vorgelegte Geschichtsschreibung zu falsifizieren. Prospektiv sein vor diesem Hintergrund noch angemerkt, dass das von BLUM und Mitarbeitern ausgegebene Jahr 1993 zwar getreu unserer obigen Ausführungen nun nicht mehr als Geburtsjahr der deutschen PZF angesehen werden kann, dass es aber in der geschichtlichen Entwicklung der nationalen Zufriedenheitsforschung insofern eine wichtige Rolle zuteil wird, als dass der Ausgangs des 19. Jahrhunderts von Max WINTER in Berlin ausgesäte Keim der PZF in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts – bedingt durch das Ende 1992 in Kraft tretende, Wettbewerb auslösende Gesundheitsstrukturgesetzt – explosionsartig zu wahrer Blüte erwachte.

5.4 Die historische Entwicklung der systematischen Patientenzufriedenheitsforschung in der ehemaligen DDR[43]

Bereits in den vorausgehenden Zeilen hatten wir *in nuce* die Problematik angesprochen, dass sich in der fachspezifischen Literatur keinerlei Hinweise finden, welche Entwicklung die PZF in der Deutsch Demokratischen Republik genommen hat. Dass dieser beklagenswerte Zustand nun jedoch nicht einfach mit der Erklärung beiseite geschoben werden kann, dass in der ehemaligen DDR gar keine PZ-Studien durchgeführt wurden, beweisen die in den Tabellen 68 bis 69 (siehe Anhang) nach den gewohnten Kriterien analysierten 18 Forschungsarbeiten, die sich der systematischen Erfassung des PZ-Konstrukts verschrieben hatten.

---

[42] vgl. KUHN 1976: 38

[43] Mein besonderer Dank gilt an dieser Stelle den Mitarbeitern des an der Technischen Universität Berlin ansässigen Archivs für Krankenhausbau des XX. Jahrhunderts (www.xxarchiv.de), welche mir überaus zeitnah und dazu noch kostenlos umfangreiche Materialien über in der DDR durchgeführte Patientenzufriedenheitsstudien zur Verfügung stellten.

Nachdem uns die im Anhang platzierten Tabellen erst einmal ganz allgemein über den Tatbestand aufgeklärt haben, dass in der DDR sehr wohl einige beachtenswerte Studien zur Ermittlung des PZ-Grades mit der erfahrenen Klinikbehandlung veröffentlicht wurden, so werden wir in den nachstehenden Zeilen – analog zum vorausgegangenen Kapitelunterpunkt – die Fragen zu beantworten versuchen, 1) welche Zwecke mit der Erhebung von PZ-Parametern in der DDR verfolgt wurden (Befragungsmotive), 2) auf welchem wissenschaftlichen Niveau sich die eingesetzten Fragebögen bewegten sowie 3) ob und wenn ja in welchem Ausmaß die Ergebnisse dieser Studien künftigen Zufriedenheitsuntersuchungen von Nutzen sein könnten.

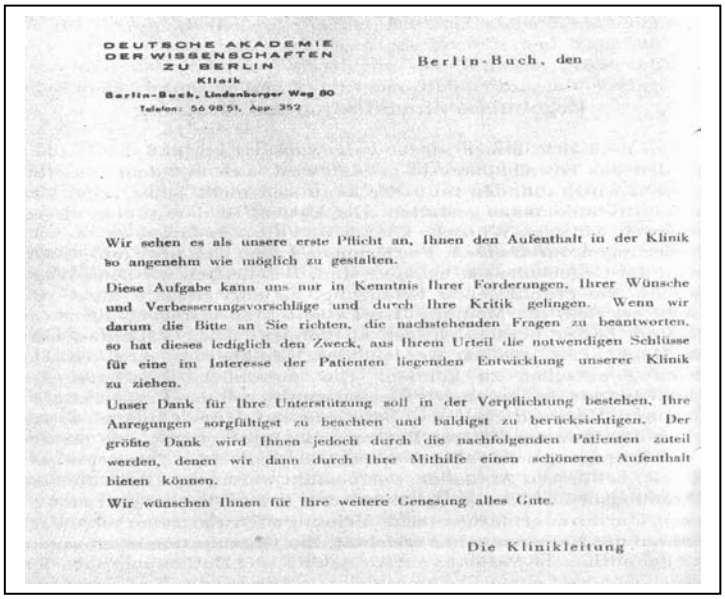
Betrachten wir nun in einem ersten Schritt die zentralen Befragungsmotive, welche den tabellarisch abgebildeten PZ-Studien zugrunde langen, so werden wir mit dem überaus interessanten Sachverhalten konfrontiert, dass die Zufriedenheit nicht allein aufgrund ihrer positiven medizinisch-therapeutischen Effekte (z.B. höhere Compliance, frühzeitiges Inanspruchnahmeverhalten, Akzeleration des Heilungsprozesses usw.[44]) in Erfahrung gebracht werden sollte, sondern dass der PZ-Grad darüber hinaus als eine bedeutende Größe innerhalb des sozialistischen Wettbewerbes gehandelt wurde. Konkret gesagt bedeutet dies, dass mit PZF in der DDR unter anderem das Ziel verfolgt wurde, unter den einzelnen Krankenhäusern *resp.* zwischen den einzelnen Stationen eines Krankenhauses einen Wettbewerb um den Ehrentitel *‚Kollektiv der sozialistischen Arbeit'* (siehe Abbildung 70) zu inszenieren[45], wobei diejenigen Krankenhäuser *resp.* Stationen mit den zufriedensten Patienten den anderen Abteilungen – im Sinne des Benchmarkings – als Vorbild dienlich sein sollten.[46] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass jene Stationskollektive, die ob ihrer zufriedenen Patienten mit dem staatlichen Ehrentitel *‚Kollektiv der sozialistischen Arbeit'*, welcher erstmals im Jahre 1962 verliehen wurde, auszeichnet wurden, nicht nur die nachstehend abgebildete Medaille samt Urkunde erhielten, sondern dass darüber hinaus jedes Mitglied des Stationskollektivs mit einer Zusatzprämie über insgesamt 500 DDR-Mark entlohnt wurde.[47]

Abb. 70: DDR-Ehrenmedaille *‚Kollektiv der sozialistischen Arbeit'*[48]

Richten wir nun unsere Aufmerksamkeit auf die Beantwortung der zweiten aufgeworfenen Frage, *nudis verbis* der Frage nach dem Wissenschaftlichkeitsgrad der in den DDR-PZ-Studien eingesetzten Fragebögen zu, so müssen wir leider zur Kenntnis nehmen, dass sich die entwickelten Fragebögen gewissermaßen echokinetisch zu den bis 1993 in Westdeutschland verwendeten Fragebögen verhalten. Zur Untermauerung dieser Einschätzung, sprich dass die in der DDR verwendeten PZ-Fragebögen unter methodologischen Gesichtspunkten mehrere Wünsche offen lassen, werden nachstehend die in den

[44] vgl. KURELLA 1976: 1240 sowie WIESNER 1982: 60ff.
[45] vgl. HÜTTNER 1982: 38-39 und KURELLA 1975: 175, 177
[46] vgl. GLOMB & GLOMB 2008a: 87 sowie HOFFMANNet al. 1984: 545
[47] vgl. BARTEL 1979
[48] entnommen aus TAUTZ 1980

Zufriedenheitsstudien von VOIGT (1959) sowie GLOMB & GÖLOMB (1979a) benutzten PZ-Fragebögen abgebildete und anschließend kritisch diskutiert.



DEUTSCHE AKADEMIE
DER WISSENSCHAFTEN
ZU BERLIN
Klinik
Berlin-Buch, Lindenberger Weg 80
Telefon: 56 98 51, App. 352

Berlin-Buch, den

Wir sehen es als unsere erste Pflicht an, Ihnen den Aufenthalt in der Klinik so angenehm wie möglich zu gestalten.

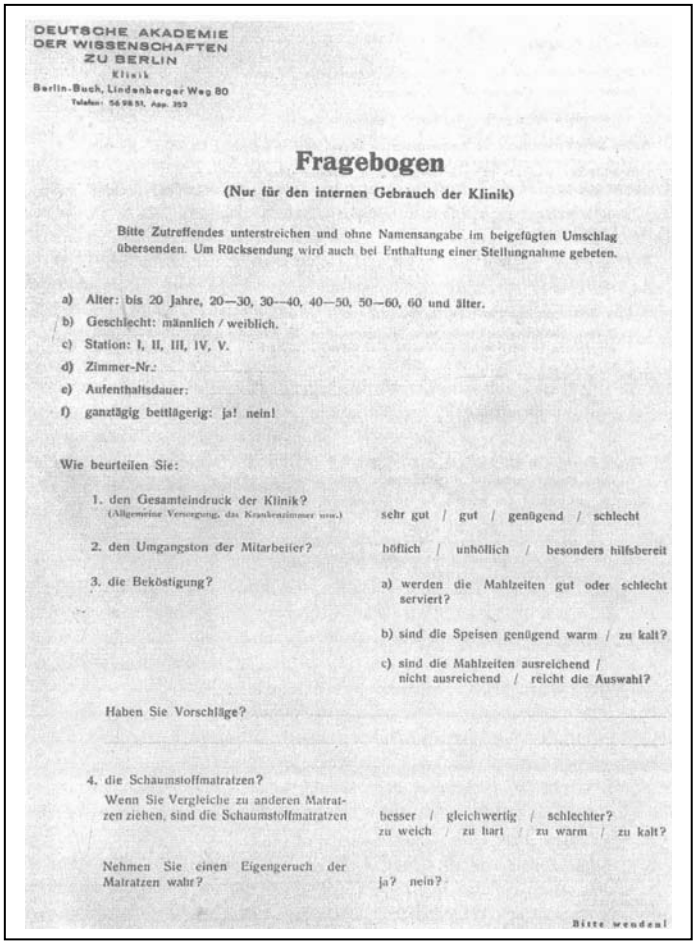
Diese Aufgabe kann uns nur in Kenntnis Ihrer Forderungen, Ihrer Wünsche und Verbesserungsvorschläge und durch Ihre Kritik gelingen. Wenn wir darum die Bitte an Sie richten, die nachstehenden Fragen zu beantworten, so hat dieses lediglich den Zweck, aus Ihrem Urteil die notwendigen Schlüsse für eine im Interesse der Patienten liegenden Entwicklung unserer Klinik zu ziehen.

Unser Dank für Ihre Unterstützung soll in der Verpflichtung bestehen, Ihre Anregungen sorgfältigst zu beachten und baldigst zu berücksichtigen. Der größte Dank wird Ihnen jedoch durch die nachfolgenden Patienten zuteil werden, denen wir dann durch Ihre Mithilfe einen schöneren Aufenthalt bieten können.

Wir wünschen Ihnen für Ihre weitere Genesung alles Gute.

Die Klinikleitung

Abb. 71: Einleitungstext zum Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959)[49]



DEUTSCHE AKADEMIE
DER WISSENSCHAFTEN
ZU BERLIN
Klinik
Berlin-Buch, Lindenberger Weg 80
Telefon: 56 98 51, App. 352

Fragebogen

(Nur für den internen Gebrauch der Klinik)

Bitte Zutreffendes unterstreichen und ohne Namensangabe im beigefügten Umschlag übersenden. Um Rücksendung wird auch bei Enthaltung einer Stellungnahme gebeten.

a) Alter: bis 20 Jahre, 20—30, 30—40, 40—50, 50—60, 60 und älter.
b) Geschlecht: männlich / weiblich.
c) Station: I, II, III, IV, V.
d) Zimmer-Nr.:
e) Aufenthaltsdauer:
f) ganztägig bettlägerig: ja! nein!

Wie beurteilen Sie:

1. den Gesamteindruck der Klinik? (Allgemeine Versorgung, das Krankenzimmer usw.) — sehr gut / gut / genügend / schlecht

2. den Umgangston der Mitarbeiter? — höflich / unhöflich / besonders hilfsbereit

3. die Beköstigung? — a) werden die Mahlzeiten gut oder schlecht serviert?
b) sind die Speisen genügend warm / zu kalt?
c) sind die Mahlzeiten ausreichend / nicht ausreichend / reicht die Auswahl?

Haben Sie Vorschläge?

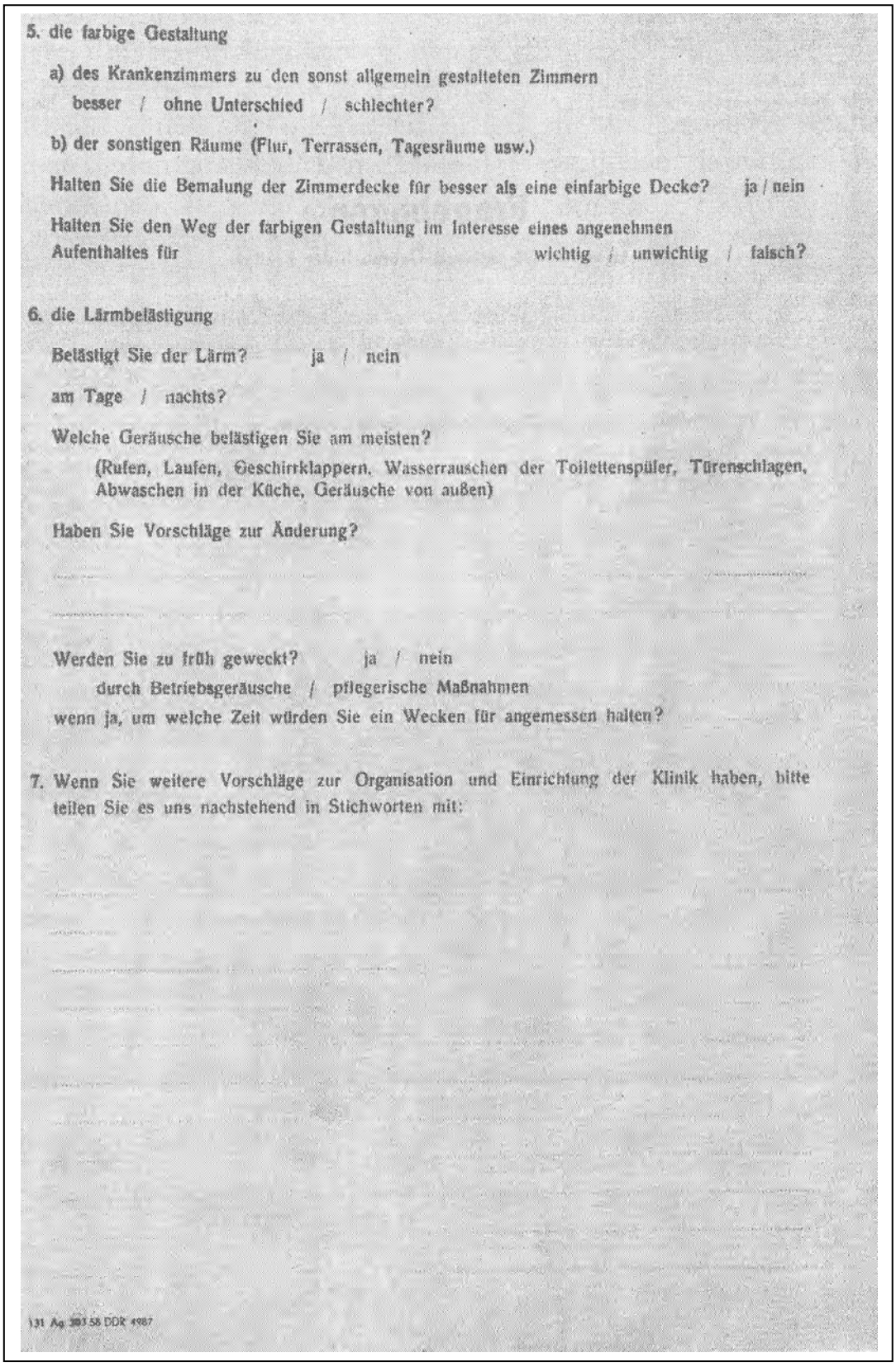
4. die Schaumstoffmatratzen?
Wenn Sie Vergleiche zu anderen Matratzen ziehen, sind die Schaumstoffmatratzen — besser / gleichwertig / schlechter? zu weich / zu hart / zu warm / zu kalt?

Nehmen Sie einen Eigengeruch der Matratzen wahr? — ja? nein?

Bitte wenden!

Abb. 72: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959) – Teil I[50]

[49] entnommen aus VOIGT 1959: 84
[50] entnommen aus VOIGT 1959: 91



5. die farbige Gestaltung

a) des Krankenzimmers zu den sonst allgemein gestalteten Zimmern
besser / ohne Unterschied / schlechter?

b) der sonstigen Räume (Flur, Terrassen, Tagesräume usw.)

Halten Sie die Bemalung der Zimmerdecke für besser als eine einfarbige Decke? ja / nein

Halten Sie den Weg der farbigen Gestaltung im Interesse eines angenehmen Aufenthaltes für wichtig / unwichtig / falsch?

6. die Lärmbelästigung

Belästigt Sie der Lärm? ja / nein

am Tage / nachts?

Welche Geräusche belästigen Sie am meisten?
(Rufen, Laufen, Geschirrklappern, Wasserrauschen der Toilettenspüler, Türenschlagen, Abwaschen in der Küche, Geräusche von außen)

Haben Sie Vorschläge zur Änderung?

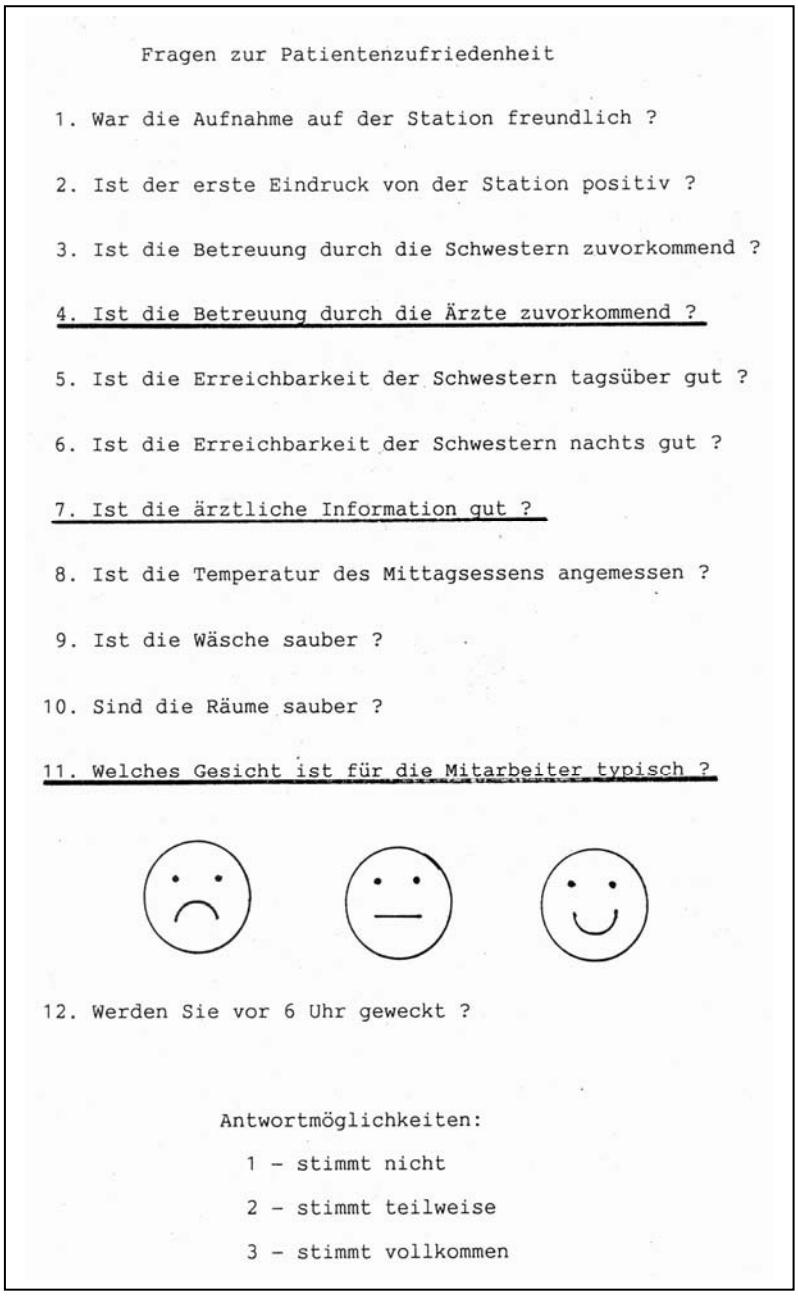
Werden Sie zu früh geweckt? ja / nein
durch Betriebsgeräusche / pflegerische Maßnahmen
wenn ja, um welche Zeit würden Sie ein Wecken für angemessen halten?

7. Wenn Sie weitere Vorschläge zur Organisation und Einrichtung der Klinik haben, bitte teilen Sie es uns nachstehend in Stichworten mit:

131 Ag 383.58 DDR 1987

Abb. 73: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von VOIGT (1959) – Teil II[51]

[51] entnommen aus VOIGT 1959: 92



Fragen zur Patientenzufriedenheit

1. War die Aufnahme auf der Station freundlich ?
2. Ist der erste Eindruck von der Station positiv ?
3. Ist die Betreuung durch die Schwestern zuvorkommend ?
4. Ist die Betreuung durch die Ärzte zuvorkommend ?
5. Ist die Erreichbarkeit der Schwestern tagsüber gut ?
6. Ist die Erreichbarkeit der Schwestern nachts gut ?
7. Ist die ärztliche Information gut ?
8. Ist die Temperatur des Mittagsessens angemessen ?
9. Ist die Wäsche sauber ?
10. Sind die Räume sauber ?
11. Welches Gesicht ist für die Mitarbeiter typisch ?

Abb. 74: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von GLOMB & GLOMB (1979a)[52]

Dass nun die auf den vorausgehenden Seiten abgebildeten PZ-Fragebögen aus den Studien von VOIGT (1959) und GLOMB & GLOMB (1979a) – welche, mit Ausnahme des etwas differenzierteren Fragebogens aus der Untersuchung von KURELLA (1975), durchaus als repräsentative Beispiele für die in der ehemaligen DDR eingesetzten Zufriedenheitserhebungsbögen angesehen werden können – die konventionellen Regeln einer wissenschaftlich fundierten Fragebogenkonstruktion nicht einzulösen vermögen, verrät bereits ein flüchtiger Blick auf die äußerst spärliche Gesamtitemzahl (ungenügende Inhaltsvalidität) sowie der allem Anschein nach mit heißer Nadel gestrickten Antwortskalierung (geringe Kritiksensitivität, unzureichende Bedeutungsäquivalenz der Kunin-Skala). Neben diesen zu monierenden Regelverstößen gegen eine *lege artis* vorgenommen Fragebogenkonstrukt kommt die wissenschaftliche Wankelmütigkeit der gesamten DDR-PZ-Fragebögen darin zum Vorschein, dass keines der in Betrieb genommenen Instrumente auf die klassischen psychometrischen Gütekriterien hin überprüft worden ist.

[52] entnommen aus GLOMB & GLOMB 2008a: 6

Versuchen wir nun abschließend die letzte der obig ausformulierten Fragestellungen, in Worten die Frage nach den möglichen Erkenntniszuwächsen *resp.* Lerneffekten, welche diese historischen Studien für künftige PZ-Erhebungsunternehmungen haben können, zu beantworten, so zeigt sich, dass angesichts der – euphemistisch gesprochen – nicht ganz ausgegorenen Qualität der eingesetzten Erhebungsinstrumente künftige PZ-Forschungen weniger auf der methodischen als vielmehr auf der theoretischen Ebene von den DDR-PZ-Arbeiten lernen können; da – wie im Kapitel 3 ausgiebig aufgezeigt wurde – allen voran der Studie von Stefan KURELLA (1975) der Verdienst zukommt, die in der nationalen Literatur zumeist synonym zueinander verwandten Begriffe ‚Patientenbedürfnisse' und ‚Patientenerwartungen' der Gestalt voneinander separiert zu haben, als dass die Patientenbedürfnisse als eine bedeutende Patientenerwartungsdeterminante fungieren.

Bevor wir uns nun im nachfolgenden Abschnitt mit der geschichtlichen Entwicklung patientenzufriedenheitskonstruktnaher Forschungszweige auseinandersetzen werden, sei vorab noch mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass mit den obigen Ausführungen die Tür zur Geschichte der DDR-PZF bestenfalls einen kleinen Spalt geöffnet werden konnte. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass diese Thematik künftigen PZ-Forschergenerationen noch genügend Archivmaterial bietet, welches es zugunsten einer möglichst wirklichkeitsnahen Rekonstruktion der historischen Entwicklung der PZF in der DDR auszuwerten gilt. *En passant* sei dem Verfasser in diesem Zusammenhang die Anmerkung gestattet, dass es zuzüglich zu der Aufarbeitung der systematischen DDR-PZF sicherlich ein ebenso spannendes wie erkenntnisreiches Forschungsunterfangen darstellen würde, wenn kommende Zufriedenheitsforscher den Versuch unternehmen würden, die unsystematische PZ-Geschichte der DDR anhand der Analyse von Patientenbeschwerdebriefen (so genannte Eingaben) nachzuzeichnen.

5.5 Seitenblicke auf die geschichtliche Entwicklung patientenzufriedenheitskonstruktnaher Forschungszweige in Deutschland

In den nachfolgenden Unterkapiteln 5.5.1 bis 5.5.3 werden wir in Gestalt des ‚*Einstellungs*-', ‚*Stationsklimas*-' sowie des ‚*Post-Session-Outcome-Konstruks*' drei deutsche Forschungszweige näher unter die Lupe nehmen, welche – wie zu beweisen sein wird – der PZF inhaltlich sehr Nahe stehen *bzw.* welche stellenweise mit dem PZ-Konstrukt zusammenfallen. Abgesehen von der knappen Konturierung des geschichtlichen Entstehungskontextes dieser drei Forschungsrichtungen stehen die kommenden Zeilen ganz im Zeichen möglicher Erkenntniszuwächse, die aus diesen Untersuchungsansätzen für künftige PZ-Studien abgeschöpft werden können.

5.5.1 Untersuchungen zur Einstellung gegenüber der psychiatrischen Institution

Wenngleich wir bereits im dritten Kapitel der vorliegenden sowohl die zentralen Unterschiede als auch die Wechselwirkungen zwischen den theoretischen Konstrukten ‚*Einstellung*' und ‚*Zufriedenheit*' hinlänglich herausgearbeitet haben und der Leser sich nun angesichts der jetzigen Titulierung des ‚Einstellungskonstrukts' als eines patientenzufriedenheitsnahem Konstrukts nicht zu unrecht die Frage stellen könnte, ob der Verfasser ihm hier vielleicht ein X für ein U vormachen will, sei einleitend erst einmal grundsätzlich angemerkt, dass in den nachstehenden Zeilen keineswegs an der Exaktheit und Gültigkeit der im dritten Kapitel kenntlich gemachten Konstruktabgrenzungskriterien gerüttelt werden soll. Dem entgegen werden wir nachstehend die methodischen Zugänge und Ergebnisse einer äußerst geringen An-

zahl von Studien, welche sich allesamt mit der empirischen Erfassung der Einstellung psychisch Kranker zur psychiatrischen Institution befasst haben, dahingehend inspizieren, inwieweit sie möglicherweise kommenden PZ-Untersuchungen zum Vorteil gereicht werden können.

Wenden wir uns nach diesen hinführenden Worten nun aber der psychiatrischen Einstellungsforschung zu, so zeigt sich, dass das Gros der Untersuchungen weniger die Einstellung der Patienten[53] oder der Bevölkerung[54] zur psychiatrischen Institution zu erfassen trachtete, sondern schwerpunktmäßig die Einstellung der Patienten[55] *resp.* der Bevölkerung[56] gegenüber psychisch Kranken zum Forschungsgegenstand erklärten. Die einzigen beiden in Rahmen der Literaturrecherche ausfindig gemachten deutsprachigen Untersuchungen zur Einstellung psychisch kranker Patienten zur psychiatrischen Institutionen stammen von LETTNER & SAUER (1981) sowie BÖCKER & EDERER (1988). Bevor wir nun die Ergebnisse dieser beiden Studien etwas genauer in Augenschein nehmen sei vorab darauf hingewiesen, dass diese Untersuchungen für die historische Entwicklung der psychiatrischen Patientenbefragung im Allgemeinen sowie für die psychiatrische PZ-Befragung im Besondern von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind, da sie den Patienten trotz ihrer Erkrankung die Fähigkeit zusprachen, eine hörenswerte Meinung zur psychiatrischen Institution auszubilden. Diese Kompetenzzuweisung ist nun insofern von historischer Bedeutsamkeit, als dass es sonst weitestgehend üblich war, sämtliche Äußerungen psychiatrisch erkrankter Menschen als reines Produkt ihrer Krankheit anzusehen, so dass „sein Wort" – mit FOUCAULT gesagt, in letzter Konsequenz – „für null und nichtig"[57] angesehen wurde.

Versuchen wir nun die patientenzufriedenheitsforschungsdienlichen Erkenntnisse aus der Untersuchung von LETTNER & SAUER im Jahre 1981 herausgegebenen Studie »*Die Einstellung zur Psychiatrie im Vergleich zwischen Laien und ehemaligen Patienten*« herauszudestillieren, so können wir das zentrale Ergebnis dieser Untersuchung, welches darin besteht, dass ehemalige Patienten, welche mit der Behandlung zufrieden waren, eine gegenüber der Bevölkerung signifikant positivere Einstellung zur Institution Psychiatrie sowie zur Einschätzung des in einer derartigen Institution zu erzielenden Therapieerfolges aufwiesen[58], zur weiteren Unterfütterung unserer im Kapitel 3 ausformulierten Annahme, dass sich die Zufriedenheit günstig auf die Einstellungsbildung auswirkt, herangezogen werden.

Legen wir nun zum Abschluss des vorliegenden Unterkapitels noch die aus der Feder des Autorenduos BÖCKER & EDERER stammende Forschungsarbeit mit dem richtungsweisenden Titel *»„Alte" oder „moderne", „kustodiale" oder „offene" Psychiatrie: Erscheinungsbild der Klinik und Einstellung psychisch Kranker zur stationären Einstellung«*, in welcher die beiden Forscher unmittelbar nach der Klinkaufnahme die Einstellung von insgesamt 550 Patienten bezüglich der stationären Therapie mittels eines 160 Items umfassenden Fragebogen befragten, unter das scharfäugige Okular der PZF, so gelangen wir zu der folgenden Einschätzung: Der Clou des Untersuchungsansatzes von BÖCKER & EDERER besteht nun darin, dass die Stu-

---

[53] Die Einstellung von aktuellen sowie ehemaligen psychiatrischen Patienten zur Psychiatrie wurde im deutschsprachigen Raum ausschließlich in den Studien von BÖCKER & EDERER (1988) sowie von LETTNER & SAUER (1981) untersucht. Auf der internationalen Forschungsbühne setzten sich unter anderem CAINE & SMAIL (1968), IMRE & WOLF (1962), LINN (1968) sowie SOULEM (1955) mit dieser Fragestellung auseinander.

[54] siehe dazu u.a. ANGERMEYER 2000, GRAUSGRUBER et al. 1989 und MARX 1973. Besonders frappierend mutet die von ANGERMEYER gemachte Einsicht an, dass insgesamt 55,9% der von ihm interviewten Bürger der Ansicht waren, dass es in der heutigen Psychiatrie noch Zwangsjacken im Einsatz sind. Nicht minder nachdenklich stimmen darüber hinaus die Angaben von weiteren 43,3% der Befragten, welche der Meinung waren, dass in der gegenwärtigen Psychiatrie ‚Gummizellen' anzutreffen seien (vgl. ANGERMYER 2000: 328).

[55] vgl. BEUTENMÜLLER 1972 sowie URBAN 1976 und 1980

[56] vgl. dazu u.a. ANGERMYER 1991, FAUST 1981; GAEBEL et al. 2002; JAECKEL & WIESNER 1967 und 1970; LAUX 1975, 1977 sowie STUMME & VOIGT 2001. Für einen ersten Überblick eignet sich besonderes das 1973 in der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie abgedruckte Sammelreferat »*Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Eine Übersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen*« von Helga REINHARDT-SCHNADT.

[57] FOUCAULT 1998: 12

[58] vgl. LETTNER & SAUER 1981: 175

die zu einem Zeitpunkt durchgeführt wurde, in welchem sich die Klinik in einer Phase des strukturellen Umbruchs (Renovierungsarbeiten) befand. Konkret formuliert bedeutet dies, dass nur 267 der 550 befragten Patienten die Vorzüge des offen und freundlich gestalteten Neubaus genießen konnten, während die verbliebenen 283 Patienten noch mit dem im kustodial anmutenden Altbau vorlieb nehmen mussten. Anhand der nachstehend abgebildeten Ergebnistabelle kann nun leichterhand abgelesen werden, dass bereits das äußerliche Erscheinungsbild einer psychiatrischen Klinik einen vorteilhaften *resp.* nachteilhaften Effekt auf die Ausbildung der patientenseitigen Therapieerwartungen ausüben kann.

„Was meinen *Sie selbst* zu Ihrem Aufenthalt hier in der Klinik?"

„trifft zu" in Prozent	*Altbau* n = 282	*Neubau* n=267	*Gesamt* n = 549	Chi²-Test, p <
Ich bin in die Klinik gekommen, weil ich Hilfe brauche	89	95	92	0,02
Ich glaube, ich bin hier in guten Händen	87	89	88	–
Die Klinikaufnahme erfolgte mit meiner Zustimmung	85	89	87	–
Mit meinem Aufenthalt hier bin ich einverstanden	80	91	85	0,0005
Ich glaube, mir kann nur hier richtig geholfen werden	65	68	67	–
Außerhalb der Klinik bin ich nicht mehr zurechtgekommen	57	58	57	–
Um gesund zu werden, brauche ich bloß mal abzuschalten u. auszuspannen	38	29	34	0,05
Ich kann nicht glauben, daß meine Beschwerden seelisch bedingt sind	29	26	27	–
Mit meinen Schwierigkeiten werde ich allein fertig	23	13	18	0,004
Ich kann genausogut vom Hausarzt ambulant behandelt werden	19	16	18	–
Ich verstehe gar nicht, was ich hier soll	21	13	17	0,02
Eigentlich fehlt mir nichts	19	14	17	–
Hier bin ich völlig fehl am Platz; ich gehöre überhaupt nicht hierher	21	10	16	0,002
Mit dem Aufenthalt hier bin ich nicht einverstanden	18	10	14	0,01
Bei mir ist alles in Ordnung	17	10	14	0,05
Ich glaube, ich bin in der falschen Klinik gelandet	18	8	13	0,0008
Einen Klinikaufenthalt finde ich völlig überflüssig	16	9	12	0,03
Die Klinikaufnahme erfolgte gegen meinen Willen	12	9	10	–

Tab. 70: Zentrale Ergebnisse aus der Einstellungsuntersuchung von BÖCKER & EDERER[59]

Für die PZF zeigt sich die obig aufgezeigte Erkenntnis nun in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: *Erstens* weisen die unterschiedlichen Einschätzungen von Alt- und Neubaubewohnern daraufhin, dass entgegen der von Kritikern angebrachten Argumentation, wonach die Urteile psychisch kranker Menschen stets Ausdruck ihrer Psychopathologie sind, psychiatrische Patienten sehr wohl dazu in der Lage sind, unabhängig von ihren jeweiligen psychischen Unbill eine angemessene Bewertung der sie umgebenden Örtlichkeit abzugeben. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang nochmals daran erinnert, dass die Patienten in der Untersuchung von BÖCKER & EDERER unmittelbar nach ihrer stationären Aufnahme, also zu einem Zeitpunkt, in dem die psychopathologische Beeinträchtigung im Vergleich zu den Folgephasen zumeist ihren Gipfel erreicht hat, befragt wurden. Dieses Faktum verleiht nun dem voranstehend aus der Studie von BÖCKER & EDERER herausdividierten Patientenbeurteilungskompetenznachweis ein zusätzliches Gewicht. *Zweitens* können die im Rahmen der Untersuchung von BÖCKER & EDERER zu Tage geförderten Erkenntnisse insbesondere innerhalb des flankierend zur Erfassung der Zufriedenheit bemühten Patientenerwartungsmanagements sinnvoll eingesetzt werden. So

[59] entnommen aus BÖCKER & EDERER 1988: 345

lässt sich nämlich aus der zur Diskussion stehenden Forschungsarbeit die Einsicht herausschöpfen, dass bereits ein freundlich, modern und offen wirkendes äußeres Erscheinungsbild einer psychiatrischen Institution auf der Patientenseite den unspezifischen therapeutischen Wirkfaktor namens ‚positive Erfolgserwartungen' aktivieren kann.[60] Dass nun jedoch nicht nur der rein physischen Klinikumgebung[61], sondern darüber hinaus auch der sozialen Klinikumwelt ein ungemein therapieförderliches Potenzial zu attestieren ist, gilt es nun im direkt anschließenden Kapitelunterpunkt nachzuweisen.

5.5.2 Empirische Studien zum Konstrukt „Stationsatmosphäre"

Gleichwohl die therapeutische Relevanz einer behaglichen Klinikumumwelt bereits im Jahre 1929 von dem deutschen Psychiater Hermann SIMON in seiner verdienstvollen Schrift »*Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*« schriftlich dokumentiert wurde, hüllte sich um dieses Wissen – welches auf französischen Boden in Gestalt der *‚psychothérapie institutionelle'* prächtig gedieh – in Deutschland mehr und mehr ein dichter Amnesienebel. Die sich im Lauf der Jahre sedimentär um den Forschungsgegenstand ‚Klinikumwelt' herum gebildete Nebelwand wurde von der deutschen Medizinpsychologie erst Anfang der 70er Jahre, vor dem Hintergrund der damals entfachten Hospitalismusdebatte, der verstärkten Rezipierung der milieutherapeutischen Ansätze von Bruno BETTELHEIM, Maxwell JONES und Loren MOSHER, dem erschütternden Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete sowie der Entwicklung der Ökopsychologie (environmental psychology), niedergerissen. Dabei knüpfte die deutsche Medizinsoziologie jedoch nicht etwa an den im angloamerikanischen Sprachraum zu dieser Zeit mehrheitlich durchgeführten Studien zum Einfluss der physischen Klinkumwelt (Natur und Gebäudestrukturen) auf das Wohlbefinden der Patienten[62], das Kontaktverhalten zwischen den Patienten[63] sowie das allgemeine Patientenverhalten (aktiv versus passiv)[64] an, sondern schärfte ihr methodisches Instrumentarium vielmehr an den bahnbrechenden Forschungsarbeiten des Pioniers der Stationsklimaforschung namens Rudolf H. MOOS. Dieser entwickelte zusammen mit seinen Mitarbeitern im Zeitraum zwischen 1966 und 1974 am Social Ecology Laborarory der Stanford University das international bekannteste und meist verwendete quantitative Erhebungsinstrument zur Messung des Stationsklimas: die so genannte ‚*Ward Atmosphere Scala* (WAS)'. Vermittels des Einsatzes dieses Messinstruments, welches – wie der Abbildung 75 (siehe Anhang) entnommen werden kann – aus insgesamt drei Basisdimensionen, die sich in 10 Subdimensionen mit jeweils 10 Items aufsplitten, besteht, konnten MOOS und Mitarbeiter eindrucksvoll Nachweisen, dass ein patientenseitig als positiv erlebtes soziales Stationsklima zu signifikant besseren Therapieergebnissen führte.[65] Aufgeweckt durch die international Furore machenden Erkenntnisse aus den Untersuchungen von MOOS und Kollegen wandte sich – wie bereits einleitend beschrieben wurde – Mitte der 70er Jahre auch die deutsche Me-

---

[60] Ebenfalls ist davon auszugehen, dass das bauliche Erscheinungsbild einen determinierenden Einfluss auf die Rollenerwartungen der Patienten hat. „Die Umwelt hat Symbolwert. (...) Eine Klinik, deren institutioneller Charakter baulich betont wird" – so HEEG – „signalisiert dem Patienten, welche Rolle von ihm erwartet wird" [HEEG 1994: 87]. „*Die Gebäudestruktur und -gestaltung sollten*" – HEEG zufolge – „*möglichst wenig Ähnlichkeit mit dem typischen Krankenhaus haben, damit die mit dieser Institution verknüpften Assoziationen (Anonymität, Hilflosigkeit, Versorgtwerden) nicht provoziert werden.* Die bauliche Gestaltung einer Klinik prägt" – so führt HEEG weiter aus – „die Vorstellung des Patienten darüber, *was er an diesem Ort zu erwarten hat und was von ihm erwartet wird.* Je weniger "klinisch" die therapeutische Einrichtung wirkt, desto leichter kann die Erwartung der Patienten abgebaut werden, *behandelt zu werden*, und deutlich gemacht werden, dass von ihm erwartet wird, eine *aktive Rolle* zu übernehmen" [ebenda: 103].

[61] eine überaus lesenwerte Einführung zur Dienstbarmachung architekturpsychologischer Erkenntnisse für psychiatrischen Institutionen bietet das Sammelreferat von Sibylle HEEG (1994). Besonders interessierten Lesern sei darüber die Lektüre der nach wie vor unerreichten Publikation »*Designing for therapeutic environment: a review of research*« des Forscherehepaares CANTER & CANTER (1979) anempfohlen.

[62] vgl. IZUMI 1965 und 1976

[63] vgl. MOßLER 1981

[64] vgl. ebenda

[65] vgl. BROMET / MOOS & BLISS 1976; CRONKITE & MOOS 1978; MOOS 1974a; MOOS & HOUTS 1968 sowie siehe MOOS & SCHWARTZ 1972. Zu analogen Ergebnissen, jedoch mit anderen Stationsklimaskalen, gelangten ferner ELLSWORTH & MARONEY 1972, PRATT et al. 1977 sowie SPIEGEL & JOUNGER 1972 und VOTH & ORTH 1973.

dizinpsychologie verstärkt diesem Gegenstand zu. Greifen wir nun auf das ominöse Jahr 1993, in dem laut dem Autorentrio BLUM / SATINGER & BUCK die systematische PZF in Deutschland das Licht der Welt erblickte, zurück und listen einmal all jene empirischen Forschungsarbeiten auf, die sich vor diesem Zeitpunkt mit der empirischen Erfassung des ‚Stationsklimakonstrukts' befasst haben, so beweist die im Anhang abgelichteten Tabellen 71 bis 72, dass im Zeitfenster zwischen 1978 und 1993 insgesamt 24 Studien zu eben diesem Thema in Deutschland durchgeführt worden sind. Wenden wir uns nun offenen Ohres mit der Fragestellung, was die PZF von der Stationsklimaforschung lernen kann, an die aufgelisteten Studien (siehe Tabellen 71 bis 72/Anhang), so erhalten wir alles in allem vier wesentliche Punkte, welche den Erkenntnishorizont der PZF erweitern können:

1) Das Stationsklimakonstrukt als Indikator des Metakonstrukts Patientenzufriedenheit: Durchmustern wir in einem ersten Schritt die in den deutschen Untersuchungen zum Stationsklima eingesetzten Fragebögen, so werden wir des Umstandes gewahr, dass ein Großteil der verwendeten Items (z.B. „Die Patienten können den Ärzten alles sagen", „Die Ärzte haben für jeden Patienten genug Zeit", „Auf dieser Station ist es besonders langweilig", „Die Ärzte sind immer für die Patienten da" etc.) so oder ähnlich auch in den allermeisten PZ-Fragebögen Anwendung finden. Diese auffällige inhaltliche Schnittmenge spiegelt sich ferner in den hohen Korrelationsmaßen zwischen diesen beiden Konstrukten wieder. Aufgrund dieser Einsichten kann nun – in Analogie zu den Ausführungen von KISCH & THILO (1991) – mit Fug und Recht die Behauptung aufgestellt werden, dass das Stationsklimakonstukt gewissermaßen einen zentralen Indikator des multidimensionalen Metakonstrukts PZ darstellt. Diese Subsumtion hat nun für die PZF insofern einen unstreitbaren Vorteil, als dass künftige PZ-Studien im Rahmen der Fragebogenkonstruktion stellenweise auf den ebenso reichhaltigen wie teststatistisch sattsam überprüften Itempool (z.B. zum Mitpatientenverhalten) zurückgreifen können.

2) Die Stationsklimageschichtsforschung als weiteres Argument zur Falsifizierung des anachronistischen Patientenzufriedenheitsgeschichsschreibungsversuchs von BLUM und Kollegen: Wenngleich auch die von BLUM / SATINGER & BUCK nachgezeichnete historische Entwicklung der (west-)deutschen PZF, demnach diese erst im Jahre 1993 zum Leben erwachte, bereits im Kapitelunterpunkt 5.3 in Bausch und Bogen widerlegt werden konnte, so können die insgesamt 24 ausfindig gemacht Studien zum Stationsklima nichtsdestotrotz aufgrund ihrer partiellen Überschneidungen mit dem PZ-Konstrukt *mutatis mutandis* als weiterer Beleg für die historische Unwahrheit der Ausführungen des Autorentrios BLUM / SATZINGER & BUCK herangezogen werden.

3) Die psychometrische Wertigkeit der Stationsklimafragebögen oder gab es vor 1993 wirklich nur wissenschaftlich unredliche ad-hoc-Fragebögen? Ohne nun der in Kapitel 6.1.1 vorzunehmenden Dokumentenanalyse von insgesamt 90 deutschen PZ-Fragebögen zu sehr vorgreifen zu wollen, lässt sich allein schon auf der Grundlage der in der obigen Tabelle enumerierten Stationsklimafragebögen, an denen zum Teil umfangreiche Reliabilitäts- und Validitätstests vorgenommen wurden, die von BLUM / SATZINGER & BUCK aufgestellte methodische Zeitdiagnose, dass sämtliche Versuche, die Meinung der Patienten vor dem besagten Jahr 1993 zu erfassen, allesamt durch ein mehr oder minder miserables methodisches Handwerk gekennzeichnet sind, in dieser Form nicht aufrecht erhalten werden kann.

4) Die SBB_{142}-Kontrollkskala – Ein früher methodischer Kunstgriff zur Entlarvung von Zustimmungstendenzen: Zu guter Letzt werden wir nachstehend in Gestalt der so genannten ‚*Halo-Subskala*'[66] einen unter methodi-

[66] vgl. ENGEL et al. 1983: 9

schen Gesichtspunkten interessanten Kniff etwas näher darstellen, welcher künftigen PZ-Studien eventuell als Modell zur Kenntlichmachung jener Fragebögen genutzt werden kann, denen ein unaufrichtiges Antwortverhalten im Sinne der Zustimmungstendenz (Aquienszenz) zugrunde liegt. Das Autorentrio ENGEL / KNAB & DOBELHOFF-THUN (1983), welches sich darum verdient gemacht hat, die WAS von MOOS unter dem Label ‚Stationsbeurteilungsbogen' (SBB) ins deutsche übersetzt zu haben, griff im Rahmen einer Vorstudie diese ursprünglich von MOOS konzipierte, jedoch in der Endversion der WAS nicht mehr berücksichtigte *‚Halo-Subskala'* (siehe Tabelle 73), zum Zwecke der Stichprobenbereinigung an. Wie nun der auf der nachstehenden Seite abgebildeten *‚Halo- resp. Kontrollskala'* entnommen werden kann, setzt diese sich aus insgesamt 10 Fragepaaren mit ähnlichem Inhalt zusammen.[67] Zeigten die befragten Patienten nun bei drei oder mehr Itempaaren ein diskordantes Antwortverhalten, so wurden diese Fragebogen als ungültig erklärt und aus der Studie herausgenommen.[68]

Item-Nummer	Schlüssel	Skala	Text
12	R	2	Auf dieser Station helfen die gesünderen Patienten bei der Betreuung der schwerer Erkrankten.
92	R	2	Wenn einer scher krank ist, kann er mit der Hilfe der gesünderen Patienten rechnen.
13	R	3	Die Patienten können den Ärzten alles sagen.
83	R	3	Die Patienten können mit den Ärzten über alles reden.
24	R	4	Die Patienten können anziehen, was sie wollen.
84	F	4	Die Patienten können sich nicht so kleiden , wie sie wollen.
44	R	4	Die Patienten können die Station verlassen, wann immer sie wollen.
74	F	4	Die Patienten müssen sagen, wo sie hingehen, wenn sie die Station verlassen.
27	F	7	Die Patienten auf dieser Station streiten sich selten.
77	F	7	Unter den Patienten dieser Station geht es friedlich zu.
8	R	8	Diese Station ist sehr gut organisiert.
98	F	8	Diese Station ist nicht sehr gut organisiert.
39	R	9	Die Patienten kennen die Stationsordnung genau.
69	R	9	Die Patienten kennen die Stationsregeln genau.
59	R	9	Auf dieser Station weiß jeder, wer gerade Dienst hat.
79	R	9	Man weiß immer, welcher Arzt gerade Dienst hat.
20	F	10	Die Patienten dürfen dem Arzt ins Wort fallen.
100	F	10	Man darf den Arzt unterbrechen.
40	F	10	Das Personal kommandiert die Patienten nicht herum.
80	R	10	Die Patienten werden vom Personal herumkommandiert.

Tab. 73: Die Fragenpaare der SBB-Kontrollskala[69]

Da wir nun – wie eingangs bereits erwähnt – der in Kapitel 6 zu noch zu entfaltenden Methodendiskussion an dieser Stelle nicht zu sehr vorgreifen wollen, sei hinsichtlich der möglichen Zweckdienlichkeit des Einbauens einer ähnlichen gelagerten, vielleicht im Umfang etwas abgespeckten Kontrollskala-Version in kommende PZ-Erhebungsinstrumente nur soviel angemerkt, als dass vermittels dieser Technik eventuell der Akquieszenz-Verzerrungseffekt besser kontrolliert und dadurch ein Scherflein zur künftigen Überwindung des derzeitigen methodischen Hauptproblems der nationalen wie internationalen PZF, in Worten das Problem der konstant exorbitant hohen Gesamtzufriedenheitswerte, beigesteuert werden kann.

5.5.3 Prozessforschung oder die Verwendung von Patientenzufriedenheitsitems in Post-Session-Outcome-Fragebögen sowie in Erhebungsinstrumenten zur Diagnostik der therapeutischen Beziehung

Während die nach wie vor in der nationalen wie internationalen Psychotherapieforschung dominierende Ergebnisforschung sich – salopp formuliert – mit der Frage beschäftigt, ob Psychotherapie wirkt *bzw.* welche psychotherapeutische Verfahren bei bestimmten Erkrankungen am besten wirken, befasst sich

[67] vgl. ebenda: 16
[68] vgl. ENGEL et al. 1983: 36
[69] entnommen aus ENGEL et al. 1983: 38

die *bis dato* noch als Stiefkind der deutschen Psychotherapieforschung bezeichnete Prozessforschung[70] mit den Wirkmechanismen, die für die therapeutischen Veränderungen verantwortlich zu machen sind. Demnach versucht die Prozessforschung also zu ergründen, wie Psychotherapie wirkt.[71] Vor dem Hintergrund dieser Metafragestellung wandte sich nun die amerikanische Psychotherapieforschung in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts dem unspezifischen Wirkfaktor der ‚therapeutischen Beziehung' zu.[72] Dabei konnte in etlichen empirischen Untersuchungen, in denen die patientenseitige Einschätzung der therapeutischen Beziehung mittels Fragebögen erfasst wurde, die Erkenntnis zu Tage gefördert werden, dass sich unter anderem auf der Grundlage der Variable „*Zufriedenheit mit der Beziehung zum Therapeuten*" eine robuste Vorhersage des späteren Therapieerfolges treffen lässt. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass sowohl die genuinen Forschungsarbeiten zur therapeutischen Beziehung als auch die Studien zum Therapiestundenerleben (‚Post-Session-Outcome') zu dem gemeinsamen Ergebnis gelangten, dass bereits in der initialen Therapiephase (zumeist werden in der Literatur 3 bis 6 Sitzungen genannt[73]) die Weichen zum gelingen oder misslingen der Therapie gestellt werden. Gelingt es dem Therapeuten innerhalb der frühen Therapiephase, so könnte man das Erkenntniskondensat der beiden obigen Forschungszweige faustformelhaft zusammenfassen, die Beziehung zum Patienten der Gestalt zu arrangieren, das letzterer sich in der Beziehung angenommen, respektiert, sicher, vertraut, wohl, verstanden und letztlich rundum zufrieden fühlt, so stellt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein günstiger Therapieausgang ein. Eine positiv-initale therapeutische Beziehung bildet somit die zentrale Voraussetzung dafür, dass die nachfolgend eingesetzten therapeutischen Verfahrensweisen zu den gewünschten Ergebnissen führen.

Betrachten wir nun die in den Tabellen 74 bis 75 (siehe Anhang) aufgelisteten deutschsprachigen Instrumente zu der obig skizzierten Thematik, so lässt uns schon ein flüchtiger Blick auf die Analysekategorie ‚*Interessante Aspekte resp. Erkenntnisse*' des Umstandes gewahr werden, dass die voranstehend explizierte Haupterkenntnis der amerikanischen Untersuchungen, sprich die Therapieerfolgsvorhersagetauglichkeit der frühen therapeutischen Beziehungsqualität, in mehreren der deutschen Studien repliziert werden konnte.

Nehmen wir nun zum Abschluss des vorliegenden Kapitelunterpunktes die in den Tabellen 74 bis 75 aufgelisteten Forschungsarbeiten zu den Gegenständen ‚*therapeutische Beziehung*' und ‚*Post-Session-Outcome*' unter patientenzufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten in Augenschein, so lassen sich aus den enumerierten Studien alles in allem drei wesentliche Erkenntnisbausteine herausschlagen, deren Rezeption innerhalb der PZF einige unstreitbare Vorteile nach sich ziehen würden. *Erstens* können die ersten 11 Studien, welche allesamt vor dem Jahre 1993 publiziert wurden, als weitere schlagende Argumente gegen den Patientenzufriedenheitsgeschichtsschreibungsversuch von BLUM / SATZINGER & BUCK verwandt werden, da sich in sämtlichen dieser Untersuchungen mindestens jeweils 1-Item zur Zufriedenheit mit der Therapeutenbeziehung, zum bisherigen Therapieerfolg oder aber zur globalen Zufriedenheit mit der Therapiestunde findet. *Zweitens* können insbesondere die Erkenntnisse zur Therapieerfolgsprädikatorfunktion der Variable ‚*initaile Beziehungszufriedenheit*' aus den Studien von GRAWE (1987), RUDOLF (1991) und PETZOLD et al. (1998) zur weiteren Unterfütterung der in Kapitelpunkt 3.6.2 anhand der Studie von

[70] vgl. SONNENMOSER 2002: 153
[71] vgl. BÄNNINGER-HUBER 2001
[72] eine sehr gute Übersicht über die geschichtliche Entwicklung der therapeutischen Beziehungsdiagnostik sowie der bekanntesten Messinstrumente bietet der Aufsatz von HANK & KRAMPEN (2008)
[73] vgl. BASSLER et al. 1995 : 23

PRIEBE (1992) aufgezeigten Nutzbarmachung von frühen Zufriedenheitsuntersuchungen zur Identifizierung von Risikopatienten herangezogen werden. Zu guter Letzt sei nun noch *drittens* darauf hingewiesen, dass zukünftige PZ-Fragebögen – der in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 8 zu entwickelnde miteingeschlossen – insofern von einigen der obig angeführten Instrumente (z.B. dem HAQ) profitieren können, als dass sie sich bei der konkreten Ausstaffierung des Indikators ‚therapeutische Beziehung' an dem qualitativ hochwertigen, theoriegeleiteten und empirisch sattsam überprüften Itemspektrum der tabellarisch aufgeführten Fragebögen (siehe Anhang) orientieren *bzw.* einige Items oder gar Subskalen aus diesen Instrumenten in das eigene Erhebungsinstrument einbauen können.

5.6 Kapitelsynopsis

Versuchen wir nun die Erkenntnisquintessenz aus den obigen Zeilen herauszudestillieren, so erhalten wir das folgende Bild: *Erstens* konnten wir in dem vorausgehenden Textabschnitt den Nachweis erbringen, dass die zarten Geburtsschreie der internationalen PZF nicht erst, wie in der Literatur fälschlicherweise behauptet wird, in den 50er Jahren des 20. Jh., sondern bereits im Jahre 1887, in welchem die *bis dato* in der PZF verkannte Humanistin Nellie BLY ihre Undercover-Reportage »*Ten days in a madhouse*« veröffentlichte, zu vernehmen waren. Ebenso konnte *zweitens* die Geschichte der deutschen PZF insofern revidiert werden, als dass zur Widerlegung der in der spezifischen Literatur meistbemühten Aussage, dass die systematische PZF in der BRD erst im Jahre 1993 einsetzte, in der Summe 150 Studien – welche allesamt vor dem besagten Jahre 1993 publiziert wurden – angeführt werden konnten. Darüber hinaus weisen *drittens* die in der bisherigen PZF unter die Aufmerksamkeitsschwelle gerutschten frühen PZ-Studien unter methodischen Gesichtspunkten einige höchst interessante Untersuchungsanlagen (z.B. projektive Testverfahren) auf, welche von künftigen PZ-Studien zur Überwindung bestehender Defizite (z.B. der konstant hohen PZ-Werte sowie des Verwertungsdefizits) fruchtbar eingesetzt werden könnten. *Dito* konnte *viertens* aufgezeigt werden, dass im Rahmen der Forschungsbemühungen zu den patientenzufriedenheitsnahen Konstrukten ‚*Einstellungen zur psychiatrischen Institution*', ‚*Stationsklima*' sowie des ‚*Post-Session-Outcomes*' eine Vielzahl psychometrisch hinreichend überprüfter Erhebungsinstrumente konstruiert wurde, anhand derer zukünftige PZ-Studien ihr Instrumentarium schärfen könnten. Zu guter Letzt sei *fünftens* darauf hingewiesen, dass mit der ‚*unsystematischen PZF-Geschichte*' ein gewissermaßen naturbelassenes Forschungsterrain ausbaldowert werden konnte, das ob seines Terra-Incognita-Charakters darauf harrt, von künftigen Patientenzufriedenheitsforschergenerationen genauer inspiziert zu werden.

Zufriedenheit

„Es handelt sich gewiss um eine bedeutsame Erkrankung, denn die Ärzte am Bett des Patienten setzen ihre allerenstesten Ärztegesichter auf: Es muss operiert werden!
Das linke Bein. Nein, das rechte. Der Streit endet erst, als man sich einigt, sicherheitshalber beide Beine zu amputieren. Narkose bitte. Später fühlt der Patient eine gewisse Erleichterung, die aber nicht vorhält. Schon stehen sie erneut um sein Lager: Das Blutbild sei hässlich. Ein Arm müsse ab. Und diesmal herrscht Einigkeit: der rechte soll es sein.
Und weil man so gut im Zug des Operierens und weil der Patient von besonders schöner und tiefer Bewusstlosigkeit ist, entfernt man ihm prophylaktisch die Geschlechtsteile, beide Ohren und die Haare von der Brust samt ihren Wurzeln. Der zweite stellvertretende Chefchirurg schlägt vor, bei der günstigen Gelegenheit noch die Schädeldecke wegzunehmen, dringt damit aber nicht durch.
Als der Patient nach Tagen erwacht, findet er sich als Rumpf wieder, an dem oben der Kopf sitzt und an der linken Schulter ein Arm nebst Hand, von welcher der dritte Unterassistent unbemerkt vier Finger abgetrennt hat. Der kleine Finger ist als einziger übriggeblieben.
Mit diesem tatest der Patient sorgfältig sein Gesicht ab; zuerst die Augen (der Augenarzt war im Urlaub), dann die Nase, die Lippen, die Zähne, die Zunge und kehrt zur Nase zurück. Diese wird mit der empfindsamen Kuppe von außen befühlt und vor allem von innen und das dazu mit bohrender Drehung.
Als die Ärzte wieder erscheinen, liegt der Patient still und ruhig da, den kleinen Finger in genüsslicher Bewegung, strahlend vor Zufriedenheit. Man findet: Die Operation ist vortrefflich gelungen.

Günter Kunert (1978)[1]

„Der Stand der [Patientenzufriedenheitsforschung, T.K.] (...) ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von schlecht untersuchten Erhebungsinstrumenten, Behandlungssettings und beliebigen Patientenpopulationen, so dass die meisten Studien nicht miteinander verglichen werden können; [sowie durch, T.K.] eine mangelhafte theoretische Fundierung des Konstrukts Zufriedenheit und [einer, T.K.] empirischen Begründung der Itemauswahl (...)."

A.M. Möller-Leimkühler (1995)[2]

„Rasender Stillstand"
Paul Virilio (1997)[3]

„Die Paradoxie des Rationalismus öffnet uns mit jeder Erweiterung unseres Wissens zugleich die Augen für das, was wir alles nicht wissen. Jede neue Erkenntnis produziert eine ganze Reihe neuer Wissenslücken. (...) Die Wissenschaft ersetzt heute so schnell alte Irrtümer durch neues Wissen, dass davon eigentlich nur das Wissen bleibt, nichts zu wissen. (...) Diese permanente Offenbarung unseres Nichtwissens kann auch zur Verzweiflung führen (...). Es ist jedoch einfacher (...) wenn gar nicht so viele Fragen gestellt werden."

Richard Münch (1991)[4]

„*Dem Fragen gehört wesenhaft Obszönität zu.*"
A.R. Bodenheimer (2004)[5]

6. Methodische Zugangswege und Probleme bei der empirischen Erfassung des Patientenzufriedenheitskonstrukts

Anhand der dem vorliegenden Kapitel vorangestellten fünf Sentenzen, die auf den Leser höchstwahrscheinlich eher irritierend den erhellend eingewirkt haben, soll nun nachstehend der Versuch unternommen werden, die erste der beiden Metafragestellungen, die im Rahmen des hiesigen Kapitels beantwortet werden sollen, näher zu konturieren. Bevor wir nun allerdings im Folgenden die obig ausbuchstabierten Zitate gewissermaßen als untersuchungsgangleitende Fixsterne ausweisen werden, sei vorab noch angemerkt, dass die nunmehr zu erklärende erste Metafragestellung nicht etwa aus einer einzelnen Frage sonder vielmehr aus einem dicht verästelten Fragebaum besteht, dessen Stamm sich aus der Frage „*Mit*

[1] KUNERT 1978: 100
[2] MÖLLER-LEIMKÜHLER 1995: 164
[3] VIRILIO 1997
[4] MÜNCH 1991: 29-30
[5] BODENHEIMER 2004: 9

welchen Methoden versuchte die bisherige PZF ihren Gegenstand zu erfassen?" zusammensetzt. Von dieser Stamm-Frage – um noch einen Moment in der gewählten Fragebaum-Metapher zu verweilen – spreizen sich nun weitere Fragezweige, wie zum Beispiel nach der methodischen Qualität der entwickelten Instrumente, ab, welche sich ebenfalls auf eine hinreichende Beantwortung in den kommenden Zeilen freuen dürfen. Ohne nun die untersuchungsganganleitende Leuchtkraft der ausgewählten Zitate durch diese einführende Worte schmälern zu wollen, sei ferner noch darauf hingewiesen, dass die zuletzt zu beantwortende Subfragestellung darin bestehen wird, zu klären, ob – wiederum auf die Fragebaummetapher zurückgreifend – die einzelnen Erkenntnisfrüchte, welche dieser auf dem Boden der PZF entstandene Baum über die Jahr hinweg hervorgebracht hat, von jenen Krankenhäusern, welche sich in der Vergangenheit für die Durchführung einer PZ-Befragung entschieden haben, auch ausreichend inspiziert *bzw.* in angemessener Weise abgeerntet wurden. Unmetaphorisch gesagt bedeutet dies, dass die erste Metafragestellung des vorliegenden Kapitels mit einer Bestandaufnahme über das Ausmaß der Umsetzung patientenzufriedenheitstheoretischer Erkenntnisse im aktuellen Krankenhausalltag ausklingen wird.

Wenden wir uns nach diesen hinführenden Worten nun aber den im Kapitelvorspann bemühten Zitaten samt ihrer strukturierenden Bedeutung für den nachfolgenden Untersuchungsgang zu. Aus der ebenso erheiternden wie nachdenklich stimmenden Kurzgeschichte von Günter KUNERT, die – mit der bissigen Tinte des Zynismus niedergeschrieben – sicherlich auf verschiedenen Ebenen gelesen werden kann, ist für unsere Belange insbesondere der vorletzte Satz, indem KUNERT die Zufriedenheit an dem eingeschränkten Ausdrucksgebaren des Patienten abliest, von Interesse. An dieser Passage entzünden sich nun gleich zwei entscheidende Fragestellungen: *Erstens* die Frage, ob die PZ wirklich valide anhand des nonverbalen ausdrucksgeschehen erfasst werden kann oder ob eventuell nicht andere Methoden zur sicheren Erfassung dieser Emotion herangezogen werden müssen. Neben dieser ersten zentralen Frage weist der besagte Passus, gesetzt den Fall dass wir nun auch noch den Schlusssatz, *nudis verbis* die ärztliche Aussage, dass die Operation gelungen sei, heranziehen, *zweitens* auf die kniffelige Frage hin, ob das Zufriedenheitsausmaß des Patienten als alleiniger Gradmesser für die Qualität der erbrachten medizinischen Dienstleistung herangezogen werden kann. Verknappt gesagt bedeutet dies, dass wir in den nachstehenden Zeilen die Kurzgeschichte von Günter KUNERT dahingehend als Untersuchungsgangsleitendenfixstern instrumentalisieren werden, als dass sie uns die erste zu beantwortende Fragestellung, in Worten die Frage, auf welchem Wege die bisherige PZF ihren Gegenstand zu erschließen versuchte, aufzeigt.

Das zweite Zitat, indem uns die renommierte deutsche PZ-Forscherin Annemarie M. MÖLLER-LEIMKÜHLER eine Bestandaufnahme der bis zum Jahre 1995 eingesetzten PZ-Erhebungsinstrumente präsentiert, wird unseren Forschungsgang nun dergestalt lenken, als dass auf der Grundlage dieser methodischen Zeitdiagnose die Frage beantwortet werden soll, ob diese Einschätzung, wonach das methodisch versierte Forschersubjekt in Anbetracht des Groß der kursierenden Erhebungsexponate in einer Art »*Anti-Prometheischen-Scham*«[6] erstarren müsste, auch gegenwärtig noch Gültigkeit besitzt. Mit anderen Worten gesagt soll im Kapitelunterpunkt 6.1 vermittels einer umfassenden Dokumentenanalyse, in dessen Rahmen insgesamt 90 deutschsprachige PZ-Fragebögen – die nach dem Jahre 1995 entwickelt wurden – unter anderem auf ihre psychometrische Qualität hin überprüft werden, die Frage geklärt werden, ob die zeitgenössische PZF nach wie vor einen Mangel an elaborierten Erhebungsinstrumenten leidet.

[6] Der Begriff "Prometheische Scham" stammt von dem Philosophen Günter ANDERS, der darunter die „(...) *Scham vor der ‚beschämend' hohen Qualität der selbstgemachten Dinge*" [ANDERS 2002: 23] verstand. Der gebildete Neologismus "*Anti-Prometheische-Scham*" soll nun – in Abkehr von ANDERS – dem schamhaften Gemütszustande im Angesichte miserabel konstruierter Zufriedenheitsbögen Ausdruck verleihen.

Die weiteren drei vorangestellten Textstellen aus den Werken von Paul VIRILO, Richard MÜNCH und Aron Ronald BODENHEIMER knüpfen nun insofern unmittelbar an den zuletzt abgesteckten Untersuchungsgang an, als dass – ohne nun bereits die Quintessenz des ersten Kapitelabschnittes gänzlich vorwegnehmen zu wollen – auf der einen Seite die von VIRILO in den wissenschaftlichen Diskurs eingeführte Metapher des »*rasenden Stillstandes*« mit Fug und Recht als Allegorie zur Beschreibung der methodischen Gegenwartssituation innerhalb der nationalen wie internationalen PZF dienstbar gemacht werden kann und dass auf der anderen Seite die beiden Zitate von MÜNCH und BODENHEIMER bereits auf die Frage hinweisen, die es im Kapitelunterpunkt 6.2 zu beantworten gilt. Da nun wir nun – wie bereits schon mehrfach betont – den in den nachstehenden Kapitelunterpunkten zu erzielenden Einsichten nicht zu sehr vorgreifen wollen, sei bezüglich des Kapitelunterpunktes 6.2 an dieser Stelle nur soviel angemerkt, als dass wir in diesem Kapitelunterpunkt der Frage nachspüren werden, ob und wenn ja in welchem Umfang die Praxis auf die theoretischen und methodischen Wissenskanon der PZF zurückgreift; wobei wir die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen von FLEISCHER (1996), LECHER / KLAPPER & KOCH (2002), BIRSCHEL (2004) und THIELL (2008), welche die psychometrische Güte der in deutschen Krankenhäusern Anwendung findenden PZ-Instrumente analysierten, ausgiebigst diskutieren werden.

Bevor wir nun zur Beantwortung der ersten der obig aufgeworfenen Fragestellungen, sprich der Frage nach den bislang in der PZF eingesetzten Erhebungsinstrumenten, hinüberschreiten werden, möchte der Autor der vorliegenden Arbeit noch *in nuce* anhand zweier weiterer Sentenzen aus den Werken des italienischen Dichters DANTE sowie des deutschen Soziologen Peter L. BERGER den Leser in groben Zügen darüber in Kenntnis setzten, durch welchen Inhalt die im Kapitelunterpunkt 6.3 einzulösende zweite Metafragestellung gekennzeichnet ist. Das vorrangige Ziel des Kapitelunterpunktes 6.3 wird nicht weniger als darin bestehen, dass bislang vor dem methodischen Eingangstore der PZF vorfindbare Hinweisschild, dass mit der defätistischen Notation „*Lasst, die ihr eintretet, alle Hoffnung fahren!*“[7] versehen ist, mit Stumpf und Stil herauszureißen und durch ein gänzlich neues Hinweisschild zu ersetzen, auf dem nunmehr in goldenen Lettern – als Hommage an Peter L. BERGER – der lateinische Mahnruf „*Cave Canem*“[8] (‚Achtung bissiger Hund’) geschrieben steht. Stellen wir nun die Ausdeutung dieses intendierten Schilderwechsels hintenan, so kann das zentrale Ziel des Kapitelunterpunktes 6.3 darin erblickt werden, die Vielzahl der methodischen Defizite insoweit abzuschwächen *resp.* zu überwinden, dass einerseits kommenden PZ-Forschergenerationen beim Anblick der methodischen Sachlage nicht gleich ihres Forschungswillens verlustig gehen und das andererseits zukünftige Kliniken, welche die Durchführung einer PZ-Befragung beabsichtigen, in der Literatur nun keineswegs mehr auf ein handzahmes, letztlich herrschaftsstabilisierendes Instrumentarium, sondern vielmehr auf ein bissiges, die Schwachstellen der Klinik unverfroren beim Namen nennendes Instrumentarium treffen.

6.1 Quantitative und qualitative Forschungsmethoden zur Erhebung der Patientenzufriedenheit

Wie bereits in den obigen Zeilen sattsam herausgearbeitet wurde, liegt der Schwerpunkt des vorliegenden Kapitelpunktes 6.1. in der Beantwortung der Fragen lokalisiert, mit welchen wissenschaftlichen Instrumenten die bisherige PZF ihren Gegenstand zu erfassen trachtete sowie welche methodische Güte den eingesetzten Instrumente gemeinhin zu eigen war. Da nun, soviel sei vorausblickend angemerkt, die in den

[7] DANTE 1986: 320
[8] BERGER 1977: 34

90er Jahren des 20. Jahrhunderts insbesondere von MÖLLER-LEIMKÜHLER (1995), SATZINGER (1998) und SITZIA (1999) ausformulierten methodischen Zeitdiagnosen – welche allesamt zu dem Ergebnis gelangten, dass die allermeisten der in PZ-Studien verwandten Instrumente vorrangig dadurch gekennzeichnet sind, dass sie

- eine mangelhafte theoretische Fundierung aufweisen;
- zumeist ad-hoc, das heißt ohne explorative Vorstudien, entwickelt wurden;
- vornehmlich nur sehr oberflächlich und global – im extremsten Fall mit einem 1-Item-Maß – die Zufriedenheit zu erfassen beabsichtigen;
- keine oder nur eine stark expertokratisch verkürzte Inhaltsvalidität aufweisen, da die abgefragten Zufriedenheitsdimensionen fast ausschließlich von Experten (Ärzte, Psychologen, Forscher usw.) und nicht etwa in Kooperation mit den Patienten *bzw.* auf der Grundlage explorativ erfasster Patientenprioritäten entwickelt wurden;
- überwiegend undifferenziert-dichotome Antwortkategorien (ja/nein) vorgeben[9];
- größtenteils gegen die elementaren Gesetzmäßigkeiten einer *lege artis* durchgeführten Fragebogenkonstruktion – z.B. Abfassung eines befragungszweckklärenden und zugleich motivierenden Einleitungstextes, Nutzung von Warming-up-Fragen, Berücksichtigung der Erkenntnisse zur Spannungskurve sowie zur Fragebogendramaturgie usw. – verstoßen;
- sowie dass sich das Gros der Erhebungsinstrumente darüber ausschweigt, in welchem Umfang die klassischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität eingelöst wurden –

vor dem Hinterrund der bis zum August des Jahres 2009 entwickelten PZ-Erhebungsfragebögen, wie nachstehend zu belegen sein wird, als obsolet angesehen werden müssen, endet der vorliegende Kapitelunterpunkt mit einem knappen Zwischenfazit, in welchem die aus den Federn von MÖLLER-LEIMKÜHLER (1995), SATZINGER (1998) und SITZIA (1999) stammende methodische Zeitdiagnose im Lichte der nach 1995 erschienen PZ-Fragebögen reformuliert wird.

Neben der Beantwortung der beiden Hauptfragestellungen zielt der nachfolgende Kapitelunterpunkt 6.1 ferner darauf ab, in Vergessenheit geratene Forschungsmethoden – so z. B. die projektive Bildertechnik als auch die Ausdruckserfassung – wieder ins Blickfeld der aktuellen PZF zu zerren, die durchaus das Potenzial aufweisen, nach wie vor bestehende methodische Schieflagen – *exempli causa* die bisweilen noch ausstehende Konstruktvalidierung mittels Multitrait-Multimethod-Matrix – auszumerzen. Zu guter Letzt sei der Leser noch *en passant* darauf aufmerksam gemacht, dass die in Kapitelunterpunkt 6.1.1.2 vorzunehmende Dokumentanalyse von insgesamt 90 PZ-Fragebögen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht ausnahmslos dazu dienlich sein wird, die obig beschriebenen methodischen Zeitdiagnosen zu falsifizieren. Vielmehr werden uns die Ergebnisse der Dokumentenanalyse – soviel sei prospektiv verraten – insbesondere bei der Entwicklung des in Kapitel 8 zu erstellen Fragebogens wertvolle Dienste erweisen. Über ihre konkrete Zweckdienlichkeit für die hiesige Arbeit hinausgehend soll die ausgedehnte Dokumentenanalyse ferner von Praktikern als eine Art „methodischer Fragebogenwerkzeugkasten" genutzt werden können. Dies meint, dass die tabellarische Abbildung der innerhalb der Dokumentanalyse ausgewerteten 90 Instrumente von Praktikern, die bestrebt sind in ihrer Institution eine PZ-Befragung vorzunehmen, im

[9] Darüber hinaus finden sich in der Literatur stellenweise einige höchst irritierende, in ihrer Wertigkeitsabstufung widersprüchliche Antwortskalen. *Pars pro toto* sei an dieser Stelle die von SCHIRL und Kollegen genutzte 4er Skala unkommentiert wiedergegeben: ‚etwas zufrieden' – ‚zufrieden' – ‚überwiegend zufrieden' – ‚sehr zufrieden' (SCHIRL et al. 2001: 204).

Idealfall als eine Art „*Handbuch-Fähnlein-Fieselschweif der PZF*“[10] verwendet werden könnte. Realiter würde sich dies dann so ausnehmen, dass Praktiker unterschiedlichster Couleur, die an einer PZ-Untersuchung interessiert sind, aus den Tabellen jenes Instrumentarium auswählen könnten, dass für ihren Untersuchungszweck augenscheinlich am besten geeinigt ist. Eine sich derart vollziehende Praxis hätte dann den unzweifelhaften forschungspragmatischen Vorteil, dass nicht immerzu ein gänzlich neues Instrument aus dem Boden gestampft werden müsste sowie dass die zu Tage geförderten Zufriedenheitsparameter – im Sinne des Benchmarking – eher miteinander verglichen werden könnten. Zugleich muss in diesem Zusammenhang allerdings mit Nachdruck die Gefahr des 'methodischen Prokrustesbettes' *resp.* – mit ADORNO gesprochen – des „Primats der Methode vor dem Gegenstand“[11] hervorgehoben werden, welche einem Damoklesschwert gleich permanent über der im vorausgehenden Satz skizzierten Nutzbarmachung der Dokumentenanalyse schwebt. Weiterhin sei mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass zeitgleich mit der Anpassung eines der enumerierten Instrumente an das klinikspezifische Versorgungsangebot auch die Validitäts- und Reliabilitätswerte hinfällig werden und der neu designte Fragebogen somit abermals auf seine psychometrische Güte überpüft werden muss.[12]

6.1.1 Standardisierte Fragebögen

Nehmen wir also nun sowohl die nationale als auch die internationale PZ-Literatur unter methodischen Gesichtspunkten näher in Augenschein, so stellt sich bereits nach einer flüchtigen, diagonale Lesart die Erkenntnis ein, dass die in den frühen Anfängen der PZF dominierenden qualitativen Forschungsmethoden (verdeckte Beobachtung, unstrukturierte Interviews, projektive Testverfahren usw.) ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts beinahe gänzlich durch die quantitativ ausgerichtete Erhebungsmethodik, in Worten die vollstandardisierte Befragung via Fragebogen, abgelöst wurde.[13] So gelangten *bspw.* die beiden Forscher John SITZIA und Neil WOOD im Rahmen ihrer im Jahre 1998 veröffentlichten Metaanalyse, in welcher sie insgesamt 210 PZ-Studien auswerteten, zu der Einsicht, dass sage und schreibe 184 der von ihnen untersuchten Forschungsarbeiten von der Fragebogenmethode Gebrauch machten.[14] Statt uns an dieser Stelle nun mit den vielerorts hinlänglich beschriebenen Gründen, welche für die methodische Vorherrschaft der Fragebogenmethode innerhalb der PZF verantwortlich zu machen sind, aufzuhalten, werden wir uns in den nachstehenden Kapitelunterpunkten ohne Umschweife der Frage nach dem methodischen Niveau der eingesetzten Fragebögen zuwenden.

6.1.1.1 Übersichtsarbeiten zur psychometrischen Qualität internationaler Patientenzufriedenheitsfragebögen

Bevor wir nun die zentralen Ergebnisse von insgesamt zehn internationalen Forschungsübersichtsarbeiten, die sich allesamt mit der Frage auseinandergesetzt haben, welche psychometrische Qualität die in vergangenen PZ-Studien angewandten Fragebögen aufwiesen, tabellarisch darstellen werden, sollen vorab zum Zwecke der Verständnisoptimierung nochmals *in nuce* die konventionellen psychometrischen Gütekriterien skizziert werden, welche ein *lege artis* konstruierter PZ-Fragebogen gemeinhin sein Eigen nennen können sollte. Ziehen wir dabei zur Umsetzung dieses Vorhabens die nachstehende Abbildung zur Rate,

[10] Anmerkung: Bei dem Handbuch-Fähnlein-Fieselschweif handelt es sich um ein fiktives Pfadfinderbuch, welches von den Disney-Comic-Figuren Tick, Trick und Track immer dann zur Rate gezogen wird, wenn sie sich vor eine scheinbar unlösbare Aufgaben gestellt sehen. Und wenn wundert es: Das schlaue Buch hat immer eine Lösung parat.
[11] ADORNO 1986f
[12] vgl. APPLEBAUM et al. 2004: 51, 100
[13] vgl. dazu APPLEBAUM et al. 2004: 88; CASTEL et al. 2005 und SITZIA 1999: 322
[14] vgl. SITZIA & WOOD 1998: 313

so können wir erst einmal ganz allgemein festhalten, dass ein getreu den methodologischen Übereinkünften als wasserdicht zu bezeichnender PZ-Fragebogen nicht nur die klassischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität hinreichend einzulösen im Stande sein muss, sondern dass er darüber hinaus auch noch den so genannten sekundären Gütekriterien der Fidelität, Praktikabilität sowie der Änderungs- und Problemsensitivität ausreichend Rechnung zu tragen hat. Da nun die primären psychometrischen Gütekriterien aufgrund ihrer sattsamen Erläuterung in den einschlägigen Standardwerken zur empirischen Sozialforschung als bekannt vorausgesetzt werden können, werden wir in den kommenden Zeilen ausnahmslos die vier sekundären Gütekriterien mit groben Strichen zu veranschaulichen versuchen. Gemäß des Beurteilungskriteriums der Fidelität, welches insbesondere von BOGUMIL & IMMERFALL (1985) sowie LIENERT (1969) in den Diskurs der quantitativen Sozialforschung eingespeist wurde, kann die Qualität eines Fragebogens – neben den primären Gütekriterien – daran abgelesen werden, inwieweit sich die mittels des Fragebogens eruierten Daten zur Problemlösung (Handlungsbezug) eignen. In Analogie zu diesem ersten sekundären Gütekriterium insistieren die beiden Qualitätsmerkmale der *Problem- und Veränderungssensitivität* darauf, dass PZ-Fragebögen nur dann das begehrte Label der „*psychometrischen Fundierung*" zu attestieren ist, soweit sie sich einerseits zur Aufdeckung bestehender Versorgungsdefizite sowie andererseits zur Abbildung von intertemporalen Veränderungen zwischen zwei verschiedenen Messzeitpunkten befähigt erweisen. Das letzte der angeführten sekundären Gütekriterien, *nudis verbis* das Praktikabilitätskriterium, macht sich nun darüber hinaus dafür stark, dass ein auch ein psychometrisch ausgiebigst getesteter Fragebogen erst dann als brauchbares Instrumentarium angesehen werden kann, wenn es die Feuertaufe des praktischen Alltagsgeschäfts unbeschadet überstanden hat. Kurzum: Getreu dieses finalen Gütekriteriums sollte ein PZ-Fragebogen dem Personal keine allzu große bürokratische Zusatzarbeit aufbürden.

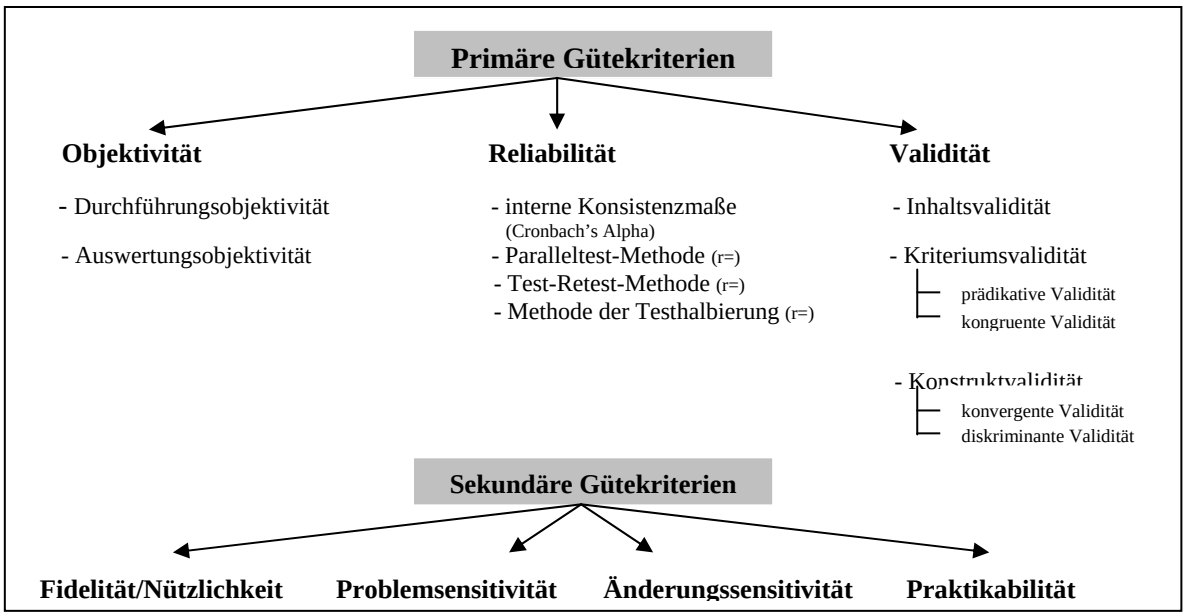


Abb. 76: Primäre und sekundäre Gütekriterien von Patientenzufriedenheitsfragebögen[15]

Nachdem wir uns nun noch einmal die psychometrischen Qualitätsmerkmale, die ein handwerklich sauber entwickelter PZ-Fragebogen aufweisen sollten, ins Gedächtnis gerufen haben, soll nachstehend anhand einer tabellarischen Aufbereitung von insgesamt zehn Übersichtsartikel die Frage geklärt wer-

[15] eigene Entwicklung des Autors auf der Basis der exzerpierten Literatur

den, wie es um die psychometrische Beschaffenheit der in der Vergangenheit angewandten internationalen PZ-Fragebögen bestellt ist.

Autor / Jahr	Anzahl der analysierten Studien	Psychometrische Kennwerte der eingesetzten Fragebögen
Ware et al. (1977)	111	• nur 11 der insgesamt 81 gesichteten Studien äußerte sich zur Reliabilität des eingesetzten Fragebogens
Mc Daniel & Nash (1990)	21	40% der Studien wiesen Angaben zur internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) auf
Rubin (1990a)	112	• nur in einer einzigen der 112 in Augenschein genommenen Studien wurden Reliabilitätswerte (Cronbach Alpha) angegeben; Zentrales Studienergebnis: „We found no instrument in the literature that met all following criteria for reliability and validity: 1) containing subsacles representing each of the major components of hospital care (admissions, nursing care, medical care, communication, hospital environment, discharge) derived from studies using open-ended patient inter views or questionnaires); 2) containing subscales with internal consistency or test-retest reliability > 0,70 in at least one sample; 3) containing subscales shown to measure distinct conceps; 4) containing subsacles each shown to be related to patients' view of quality of care or to any other measure of quality of care using at least one sample; 5) containing subsacles shown to have detected significant differences among any two groups of respondents receving care at different places, or times, or under known different condi tions. Our review confirmed a need for inpatient questionnaire meeting at least these minimal psychometric standards" [RUBIN 1990a: 9].
Wensing et al. (1994)	40	• nur 8 Studien wiesen Angaben zur internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) auf • Hinweise auf eine mangelhafte Inhaltsvalidität: - nur 5 der 40 Instrumente nutzen explorative Vorstudien; - die durchschnittliche Itemsgesamtzahl lag bei 8
Campen et al. (1995)	113	• 41 der analysierten Instrumente wurden entweder auf Reliabilität oder auf Validität geprüft
Thomas & Bond (1996)	14	• 2 Studien wiesen Angaben zur Reliabilität auf; • 3 Studien äußerten sich zur Inhaltsvalidität; • 2 Studien machten Angaben zur Kriteriumsvalidität
Weaver et al. (1997)	19	• nur 3 Studien wiesen Angaben zur internen Konsistenz auf; • eine durchschnittliche Itemgesamtzahl von 13 spricht nicht unbedingt für eine gegebene Inhaltsvalidität
Sitzia (1999)	195	• 34 Studien gaben Reliablitätswerte an: - 31 * Cronbachs Alpha (interne Konsistenz) - 8 * Test-Retest-Reliablität • 76 Studien äußerten sich zur Inhaltsvalidität; • 14 Studien machten Angaben zur Kriteriumsvalidität; • nur 4 Studien führten Tests zur Konstruktvalidität durch; • in nur 11 Studien wurde der Fragebogen sowohl auf seine Zuverlässigkeit (Reliabilität) als auch auf seine Gültigkeit (Validität) hin überprüft
Castel et al. (2005)	54	• 26 Studien wiesen interne Konstistenzmaße (Cronbachs Alpha) auf; • 11 Studien führten Test-Retest-Untersuchungen durch; • in 10 Studien fanden sich Angaben zur Kriteriumsvalidität; • 8 Studien äußerten sich zur Konstruktvalidität
Hawthorne (2006)	130	• nur ein Bruchteil der untersuchten Studien äußerte sich zu den konventionellen psychometrischen Gütekriterien

Tab. 76: Übersichtsarbeiten zur psychometrischen Güte internationaler Patientenzufriedenheitsfragebögen

Versuchen wir nun die Ergebnisse der in Tabelle 76 dargestellten zehn Übersichtsarbeiten, in denen nicht weniger als 809 quantitativ ausgerichtete Forschungsarbeiten zur PZ systematisch ausgewertet wurden, zusammenzufassen, so gelangen wir zu elegisch stimmenden Einsicht, dass nur eine verschwindend geringe Anzahl der eingesetzten PZ-Fragebögen den psychometrischen Mindestanforderungen gerecht wird. So konnte *exempli causa* Haya R. RUBIN in ihrer Literaturübersichtsarbeit, in der sie insgesamt 112 PZ-Untersuchungen, welche bis zum Jahre 1987 publiziert wurden, durchmusterte, keine einzige Forschungsarbeit ausfindig machen, in denen der in Betrieb genommene Fragebogen ausreichend auf die gesamten konventionellen Gütekriterien hin überprüft wurde.[16] Eine nur unwesentlich günstigere methodi-

[16] vgl. RUBIN 1990a: 9

schen Diagnose wurde der quantitativ ausgerichteten PZF geschlagene 9 Jahre nach der Übersichtsarbeit von RUBIN in der Metaanalyse von John SITZIA bescheinigt. In dieser besagten Studie konnte SITZIA nämlich nur 11 Forschungsarbeiten aufspüren, welche den von ihnen eingesetzten Fragebogen ausreichend auf Reliabilität und Validität getestet hatten.[17]

Ebenso interessant wie problematisch erscheint dem Autor der vorliegenden Arbeit nun der bereits eingangs des hiesigen Kapitels explizierte Sachverhalt, dass diese bitter aufstoßenden methodischen Zeitdiagnosen, welche sich einerseits vornehmlich auf die amerikanische und britische PZF beziehen und darüber hinaus andererseits schon etwas angestaubter – immerhin sind seit der meistzitierten Metaanalyse von SITZIA, in der insgesamt 195 Forschungsarbeiten, welche allesamt im Jahre 1994 erschienen sind, eingeschlossen wurden, bereits 16 Jahre ins Land gegangen – Natur sind, in der nationalen PZF bis in die Gegenwart hinein bemüht[18] und als primärer Legitimationsgrund zur Durchführung von Forschungsprojekten, welche sich die Entwicklung eines psychometrisch einwandfreien PZ-Fragebogen auf die Fahne schreiben, eingereicht werden. Wenngleich nun das von den amerikanischen und englischen Forschern diagnostizierte methodische Kardinaldefizit, demnach die Majorität der in der Vergangenheit in PZ-Studien eingesetzte Fragebögen in frappierender Weise die konventionellen Gütekriterien der empirischen Sozialforschung unberücksichtigt ließen, für die deutschsprachige PZF sicherlich – wie im Kapitelunterpunkten 5.3 und 5.4 gezeigt werden konnte – auch bis zum Jahre 1993 seine Berechtigung hat, soll im unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt vermittels einer eigens durchgeführten Dokumentenanalyse von 90 deutschsprachigen PZ-Fragebögen, die nach 1993 erstanden sind, überprüft werden, ob den tabellarisch aufgelisteten internationalen Zeitdiagnosen (siehe Tabelle 80) auch noch – wie in der Literatur praktiziert – im Jahre 2010 ein Aktualitätswert beigemessen werden kann.

Bevor wir nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt 6.1.1.2 mit der Auswertung von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Fragebögen beginnen werden, sei vorab noch angemerkt, dass der Autor der hiesigen Arbeit im Rahmen der Literatursichtung auf drei wesentliche Informationen stieß, welche die Gegenwartsbedeutsamkeit der nach wie vor in der nationalen PZ-Literatur im Munde geführten methodischen Zeitdiagnosen (siehe Tabelle 80) grundsätzlich in Frage stellen. Der erste der drei Hinweise, welcher den Autor an der Aktualität des psychometrischen Methodendefizits zweifeln ließ, bestand schlichtweg darin, dass in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts in Deutschland – ausgelöst durch einen zunehmenden Wettbewerb innerhalb des Gesundheitssystem sowie der sukzessive Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen – eine wahre Patientenfragebogenentwicklungswut einsetzte. Die beiden weiteren Informationsquellen, an denen sich der Zeitdiagnosenskeptizismus des Autor labte, finden sich in den deutschsprachigen Übersichtsarbeiten von Astrid KNERR (2005) sowie von Bettina BERGER und Matthias LENZ (2006). Während das zuletzt genannte Autorenduo vier deutschsprachige Fragebögen zur Erfassung der PZ mit der hausärztlichen Versorgung ausfindig machen konnten, die allesamt den psychometrischen Mindestanforderungen Rechnung trugen, so konnte Astrid KNEER in ihrer Studienarbeit mit dem Richtungsweisenden Titel »*Messung der Patientenzufriedenheit – Eine systematische Übersicht über Aufbau und Gütekriterien von Erhebungsinstrumenten*« gar 18 deutschsprachige PZ-Fragebögen benennen, die zureichend auf ihre psychometrische Qualität hin untersucht wurden. Kurzum: Diese drei Informationen führten in letzter Konsequenz zu der Überlegung, anhand einer ebenso umfänglichen wie systematischen Analyse

[17] vgl. SITZIA 1999: 324

[18] vgl. dazu unter anderem ADOLPH & HEINEMANN 2003: 2; APPLEBAUM et al. 2004: 19; BERGHOFER et al. 2006: 190; BLEICH et al. 2004; BRÜGGNIK 1991: 3-4, 14; MÖLLER 2002: 41; PUKIES 2001: 8; RUGGERI 1996 sowie SCHIRL et al. 2001: 25 und SPIEßL et al. 1995a & 1996

deutschsprachiger PZ-Fragebögen zu überprüfen, ob die methodische Achillesverse der PZF auch im Jahre 2010 – wie vielfach unreflektiert behauptet wird – noch darin zu erblicken ist, dass das Gros der *bis dato* konstruierten PZ-Fragebögen unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten als mehr oder minder desaströs zu bezeichnen ist.

6.1.1.2 Analyse von insgesamt 90 deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsfragebögen unter besonderer Berücksichtigung des Konstruktionsprozesses sowie ihrer psychometrischen Kennwerte

In Anlehnung an das klassische ‚Cardbook' von RASPE und Kollegen (1996), dessen Weiterentwicklung durch LECHER & KOCH (2002) sowie die von SCHMIDT und Mitarbeitern (2003) angefertigte Instrumentenanalysematrix werden in den nachstehenden Zeilen insgesamt 90 deutschsprachige PZ-Fragebögen, die nach 1993 konstruiert wurden, auf folgende 12 Komponenten hin untersucht:

1. Instrumentenlabel;
2. Fokus (thematischer Schwerpunkt der Arbeit);
3. Itemgesamtzahl;
4. Frageformat (ranking- oder reporting-Stil);
5. Antwortkategorien;
6. Stichprobengröße (N);
7. Rücklaufquote;
8. Erhebungszeitpunkt (perstationär – per-post-Verfahren – poststationär);
9. Patientenzufriedenheits-Dimensionen (Operationalisierung);
10. **Genealogie des Erhebungsinstruments / Angaben zur psychometrischen Güte**;
11. Abteilungen / Institutionen in denen der Fragebogen eingesetzt werden kann;
12. Autor(en) und Studienjahr.

Wie nun bereits schon in der Kapitelunterpunktsüberschrift angedeutet und mittels der Heraushebung des zehnten Fragebogenanalysekriteriums nochmals unterstrichen wurde, werden wir im kommenden Textabschnitt vornehmlich die Frage zu beantworten versuchen, welche psychometrischen Kennwerte die in Augenschein genommenen 90 Fragebögen aufweisen.

Bevor wir nun allerdings mit der Dokumentenanalyse beginnen werden, seinen dem Autor noch zwei bedeutsame Anmerkungen erlaubt. *Erstens* sei darauf hingewiesen, dass die Gesamte Dokumentenanalyse zum Zwecke der Textstraffung in den Dissertationsappendix verschoben wurde[19] und das *zweitens* die Ergebnisse der verbliebenen, in den nachstehenden Zeilen nicht im Fokus stehenden Analysekategorien uns sowohl im Kapitelunterpunkt 6.3 als auch in den Kapiteln 7 und 8 wertvolle, erkenntniserweiternde Dienste erweisen werden.

Zur Klärung der nunmehr unter den Nägeln brennenden Frage, auf welchem methodischen Niveau sich die deutschsprachigen PZ-Fragebögen bewegen, werden wir im Folgenden die im Rahmen der Dokumentenanalyse unter der zehnten Analysekategorie subsumierten Aussagen zum Fragebogenentwicklungsprozess sowie zur psychometrischen Qualität in eine separate Gütekriterien-Tabelle überführen. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang auf die ‚synchrone' Abstimmung der nachfolgenden Tabelle mit den im Anhang befindlichen Dokumentenanalysetabellen hingewiesen. Konkret gesagt bedeutet dies, dass die in der ersten Zeile der Gütekriterien-Tabelle aufscheinenden Ergebnisse in den Dokumentenanalysenanalysetabellen ebenfalls der ersten Zeile – in diesem Fall den Aussagen zum ZUF-8 von SCHMIDT und Mitarbeitern – entspricht.

[19] siehe dazu die im Anhang befindlichen Auswertungstabellen 77 bis 135

Fragebogenentwicklungsprozess		Reliabilität		Validität		
explorative Vorarbeiten	Pretesting	interne Konsistenz (Cronbach Alpha)	Test-Retest-Methode (r=)	Inhaltsvalidsität	Kriteriumsvalidität	Konstruktvalidität
		✓			✓	
		✓				
✓	✓		✓			
						✓
	✓					✓
	✓					
✓	✓	✓		✓		
		✓				✓
✓	✓	✓		✓		✓
✓	✓	✓		✓		✓
✓	✓✓	✓		✓	✓	✓
	✓	✓				
	✓					
✓						
✓	✓			✓		✓
	✓					
	✓					
	✓✓					
✓	✓	✓		✓	✓	
	✓✓					
✓		✓				
		✓		✓	✓	✓
		✓		✓	✓	
	✓	✓				✓
	✓	✓				
	✓					
✓	✓	✓		✓	✓	✓
✓		✓				✓
✓	✓✓	✓		✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓		
	✓	✓		✓		
✓	✓	✓				
		✓				
	✓✓					
	✓✓	✓		✓		
		✓				
				✓	✓	
✓	✓	✓		✓	✓	✓
	✓		✓✓ (split-half)	✓		
	✓	✓			✓	✓
		✓		✓	✓	
		✓				
		✓	✓			✓
		✓			✓	✓
	✓	✓			✓	
	✓	✓			✓	✓
	✓	✓		✓		✓
✓	✓	✓				
		✓				
✓	✓	✓		✓	✓	
✓	✓					
✓						
✓	✓	✓		✓		✓
	✓					
✓	✓			✓		
✓	✓	✓		✓	✓	
✓	✓	✓		✓	✓	✓
✓		✓		✓		
	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓						
	✓	✓		✓	✓	✓
		✓			✓	✓
✓				✓	✓	

Tab. 136: Psychometrische Kennwerte von 90 deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsfragebögen[20]

Betrachten wir nun die in der obigen Tabelle visualisierten Ergebnisse der Dokumentenanalyse im Lichte der zu Anfang des Kapitelpunktes 6.1 paraphrasierten Zeitdiagnose, so können wir dieser defätistischen methodischen Zeitdiagnose insofern ihren Aktualitätswert absprechen, als dass in der Dokumentenanalyse nachgewiesen werden konnte, dass in insgesamt 32 Studien (36%) Angaben zur Inhaltsvalidität, in 48 Studien Angaben zur Relaibilität (53%), in 22 Studien (24,5%) Angaben zur Kriteriumsvalidität

[20] Tabellen-Legende: Ein Doppelhaken unter der Rubrik ‚Pretesting' bedeutet, dass in der entsprechenden Studie zuzüglich zu einem Standardpretest Methoden des kognitiven Pretesting angewandt wurden.

und in 28 Studien (31%) Angaben zur Konstruktvalidität getätigt wurden. *In medias res* kann angesichts des im Rahmen der Dokumentenanalyse zu Tage geförderten Zahlenmaterial nun keineswegs mehr die bis in die Gegenwart hinein unreflektiert bemühte Zeitdiagnose aus den 90er Jahren, wonach die PZF unter methodischen Gesichtspunkten primär an einer Krankheit namens „*quick-and-dirty*", deren zentrales Symptom in der gänzlichen Außerachtlassung der konventionellen psychometrischen Gütekriterien zum Ausdruck kommt, laboriert. Wenngleich sich nun also die vielmundig beklagte Problematik, dass es innerhalb der nationalen PZF ein eklatantes Defizit an psychometrisch überprüften Erhebungsinstrumenten und daraus schlussfolgernd einen ausgeprägten Fragebogenentwicklungsforschungsbedarf gibt, im Anbetracht der obig referierten Ergebnisse als unhaltbar erwiesen hat, so bedeutet dies nun jedoch keineswegs, dass sich die aktuelle methodische Situation der PZF bar jedweder Kalamitäten präsentiert. Präzisiert formuliert bedeutet dies, dass die gegenwärtige PZF in methodischer Hinsicht allen voran daran mangelt, dass sie *erstens* – bis auf wenige Ausnahmen[21] – ausländische Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, nicht berücksichtigt (Exklusion von Migranten); dass sie *zweitens* vornehmlich generisch und nur in einer verschwinden geringen Anzahl spezifische, auf die Bedarfe und Behandlungseigenarten der Patientenzielgruppe zugeschnittene Instrumente – so ist *bspw.* die Tatsache, dass in der bisherigen PZF-Geschichte kein spezifischer PZ-Fragebogen für suchtmittelabhängige Patienten entwickelt wurde[22] für den Fortgang der vorliegenden Arbeit von außerordentlicher Bedeutung (siehe Kapitel 8) – einsetzt sowie dass sich *drittens* in der deutschsprachigen PZF *bis dato* nur eine einzige Studie, *nudis verbis* die Untersuchung von PFAFF und Mitarbeitern (2003), auf den Weg gemacht hat, die Konstruktvalidität der PZ mittels MTMM-M zu überprüfen.[23] Ohne nun vertiefend auf diese drei methodischen Gegenwartsprobleme der PZ näher eingehen zu wollen, sei an dieser Stelle mit Blick auf das in den Kapiteln 8 und 9 zu dokumentierende empirische Forschungsprojekt angemerkt, dass allen voran die beiden im vorausgehenden Satz zuletzt skizzierten Probleme in diesem besagten Teil der vorliegenden Arbeit einer Lösung zugeführt werden sollen.

6.1.1.3 Weitere Varianten der Befragung mittels vollstandardisiertem Fragebogen:

Von Telefonumfragen über assistierte- und Email-Befragungen bis hin zur computergestützten Befragungen

Da nun in die Dokumentenanalyse ausnahmslos jene PZ-Fragebögen eingeschlossen wurden, die von den Befragten auf klassische Weise in Eigenregie, sprich selbstständig, ausgefüllt wurden, sollen nachstehend der Vollständigkeit halber in Gestalt der telefonischen Befragung, der assistierten Befragung, der Email-Befragung sowie der computergestützen Befragung vier weitere Erhebungsmethoden vorgestellt werden, die zur Erfassung der PZ ebenfalls auf den standardisierten Fragebogen zurückgreifen. Ehe nun die jeweiligen Vor- und Nachteile dieser alternativen Erhebungsansätze näher beschrieben werden, sei der Leser vorab darüber in Kenntnis gesetzt, dass diese vier Befragungsmodi innerhalb der PZF vornehmlich mit der Absicht in Betrieb genommen wurden, eines der Hauptmankos der tradier-

[21] vgl. GERICKE et al. 2004; KLINGENBERG et al. 1996; LANGEWITZ et al. 2002; MATTEJAT & REMSCHMIDT 1988 sowie SEYFARTH-METZGER et al. 2002

[22] So wurden in den folgenden Forschungsarbeiten zur Erfassung der PZ von suchtmittelabhängigen Patienten ausschließlich generische Instrumente, die prinzipiell auch bei jeder anderen psychiatrischen Diagnosegruppe hätten angewandt werden können, verwendet: ADLER 2002; BRAIG et al. 2008; CARLSON & GABRIEL 2001; CERNOVSKY et al. 1997; CHAN et al. 1997; DEARING et al. 2005; DONOVAN et al. 2002; HÄFELE et al. 2007; HAWKINS et al. 2008; JANKE et al. 1999, 2001; MARDSEN et al. 2000; MAVIS & STÖFFELMAYER 1994; MC LELLAN & HUNKELER 1998; MORRIS & MC KEGANEY 2007; MORRIS & GANNON 2008; ROEB & ZOBEL 1994; ROHRER & HILSENTATH 1999; RÜSTER 2004; SANDERS 1998; SIEBER 2001a&b, 2002 und 2003; WETTACH 2005; WINNEFELD & NISCHAN 2002; ZHANG et al. 2008; ZIELKE 2001; ZIELKE et al. 2002a sowie 2006d.

[23] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass bereits LEBOW (1974) und LOCHMANN (1983) die ausstehende Überprüfung der Konstruktvalidität mittels MTMM monierten und als künftig zu behebendes Forschungsdefizit deklarierten.

ten schriftlichen Befragung, in Worten die zum Teil mangelhafte Rücklaufquote[24] und die dadurch bedingte Gefahr der Datenverzerrung (Nonresponse-Set[25]), einzuebnen. Ob nun die angesprochenen vier Alternativmethoden *realiter* eine höhere Ausschöpfungsquote erzielen, die Problematik der Nonresponder-Verzerrung bannen und somit letztlich validere Daten produzieren können, soll nun in den kommenden Zeilen geklärt werden:

1) Telefonische Befragung: Vermittels dieser Befragungsform, bei der ein Interviewer dem Interviewten auf fernmündlichem Wege die geschlossenen Fragen samt Antwortformaten des standardisierten Fragebogen vorliest, konnte in Untersuchungen zur PZ die Rücklaufquote signifikant gesteigert werden.[26] Diesen unstreitbaren Vorzug bezahlte die telefonische Befragung jedoch mit dem umso schwerer wiegenden methodischen Nachteil, dass die Patienten aufgrund des Interviewereinflusses weniger Kritik als in der schriftlichen Befragung äußerten.[27] Neben dieser gravierenden Problematik weist die telefonische Befragung noch einige weitere Kalamitäten auf, die ihre Anwendung im Rahmen von PZ-Studien gelinde gesagt in Frage stellen. Neben den im Vergleich zur schriftlichen Befragung entstehenden finanziellen und organisatorischen Mehrkosten[28] sprechen ferner die Präferenzen der Patienten eher gegen die Durchführung telefonischer PZ-Befragungen. So sprachen sich *bspw.* in einer PZ-Vorstudie von TROJAN & NICKEL, in der das Autorenduo die Patienten danach befragte, ob sie lieber telefonisch oder schriftlich befragt werden wollen, *circa* 90% für die schriftliche Methode aus.[29]

2) Assistierte Befragung: Diese Befragungsform, bei welcher der Interviewer dem Interviewten die Fragen und Antworten des standardisierten Fragebogens im Rahmen einer persönlichen face-to-face Situation vorliest und die Auskünfte des Befragten in die Antwortformate überträgt, wurde innerhalb der PZF einerseits zur Erhöhung der Rücklaufquote sowie andererseits zur Inklusion jener Patienten eingesetzt, die aufgrund physischer und/oder psychischer Beeinträchtigungen (z.B. Sehschwäche, Schreibunfähigkeit, funktionaler Analphabetismus usw.) nicht in der Lage sind, einen Fragebogen selbstständig auszufüllen.[30] Nehmen wir nun die Ergebnisse derjenigen PZ-Untersuchungen, die sich der assistierten Befragungsmethode bedienten, näher in Augenschein, so tritt ein ambivalentes Bild zutage. Die Zwiespältigkeit dieser Methode liegt nun – in Analogie zur Telefonbefragung – darin lokalisiert, dass sie im Vergleich zur schriftlichen Befragung zwar eine signifikant höhere Rücklaufquote verbuchen kann, auf der anderen Seite jedoch ein euphemistisches Antwortverhalten provoziert. *Exempli causa* konnten LEVOIS und Mitarbeiter (1981) nachweisen, dass die Patienten in der assistierten Befragung, im Gegensatz

---

[24] Zum Problem der zum Teil äußert geringen Rücklaufquoten von schriftlichen, insbesondere postalisch durchgeführten Patientenzufriedenheitsbefragungen siehe u.a. LEBOW 1983a und RUGGERI 1994b

[25] Hinweise, dass unzufriedene Patienten eher als zufriedene Patienten dazu neigen sich an Zufriedenheitsbefragungen nicht zu beteiligen finden sich u.a. bei BARKLEY & FUSE 1996; LEBOW 1983a; MAZOR et al. 2002; NGUYEN et al. 1983 und WESSEL 2007. In den Nonresponder-Analysen von LEY et al. 1976; HÜBNER & HÜBNER 1976 sowie WARE et al. 1991 konnte dieses Ergebnis allerdings nicht bestätigt werden. Zu einem paradoxen Befunden gelangten darüber hinaus LASEK et al. (1997), die in ihrer Untersuchung mittels postalisch zugesandten PZ-Fragebogen die Nichtantworter via Telefon befragten. Während nämlich die Durchschnittszufriedenheit der Nonresponder tendenziell etwas unterhalb des arithmetischen Mittels der Responder lag, so beantworteten die Nonresponder die Gesamtzufriedenheitsfrage signifikant positiver als die Responder. Ein ähnliches Ergebnis förderte ferner die Studie von FOWLER et al. (2002) zu Tage, der die Nichtantworter einer posatlischen Zufriedenheitsbefragung ebenfalls per Telefon interviewte. Dabei zeigte sich, dass die Nonresponder eine tendenziell höhere Zufriedenheit als die Responder aufwiesen (vgl. FOWLER et al. 2002: 194).

[26] vgl. BLUMENSTOCK et al. 2001: 86; BURROUGHS et al. 2001; HAREWOOD et al. 2001; HARRIS et al. 1997 sowie WALKER & RESTUCCIA 1984

[27] vgl. BLUMENSTOCK et al. 2001: 86; BURROUGHS et al. 2001; HALL 1995; STRAUB et al. 1996 sowie WALKER & RESTUCCIA 1984. Zu einem gegenteiligen Ergebnis gelangte ausnahmslos WESSEL 2007: 96. Keinen Unterschied in den Zufriedenheitswerten postalisch gegenüber telefonisch befragten Patienten konnte METERKO et al. (1990) feststellen.

[28] So gehen WALKER & RESTUCCIA davon aus, dass pro Telefonanruf circa 2 Dollar mehr ausgegeben werden als bei der klassischen postalischen Befragung (vgl. WALKER & RESTUCCIA 1984: 303). Ferner weist das Autorenduo darauf hin, dass bei telefonischen Umfragen enorme Zeitkosten entstehen, da einerseits die Telefonnummern der zu Befragenden schwieriger in Erfahrung zu bringen sind als deren Anschrift und andererseits die zu Befragenden häufig nicht beim ersten Anruf erreicht werden (vgl. ebenda: 305).

[29] vgl. SATZINGER & RASPE 2001: 49

[30] Getreu der Meta-Anlayse von SITZIA & WOOD, in welcher das Autorenduo insgesamt 210 Patientenzufriedenheitsstudien auswertete, wurde die assistierte Befragung in 54 Studien (26%) verwandt (vgl. SITZIA & WOOD 1998: 313). Deutschsprachige Forschungsarbeiten zur Patientenzufriedenheit die sich dieser Befragungsmethode verschieben haben: SCHRANK 2004 und SONNENBERG 2004.

zur schriftlichen Form (Selbstausfüllung), einen um *circa* 10% höheren Gesamtzufriedenheitswert angaben.[31] Gegenläufig zu dem Studienergebnis von LEVOIS und Kollegen (1981) konnten Udo KELLE, Christian NIGGEMANN und Britta METJE innerhalb ihrer multimethodisch ausgerichteten PZ-Befragung von Pflegeheimbewohnern in der assistierten Befragung insofern eine ausgeprägtere Kritik als in der schriftlichen Befragung erzielen, als dass die Befragten in der persönlichen Gesprächssituation gewissermaßen „zwischen den Zeilen" ein höheres Unzufriedenheitsbefinden durchklingen ließen. Lassen wir diesbezüglich das voranstehend angesprochene Autorenduo selbst zu Wort kommen: „So sprechen Befragte im Laufe des Interviews quasi nebenbei problematische Aspekte der Pflegesituation an, die mit Hilfe unserer ausführlichen Interaktionsprotokolle aufgezeichnet werden konnten: „*Ich kann nicht immer jemanden rufen zum Waschen, da mach ich halt so gut wie's geht...*" berichtet eine 94-jährige Bewohnern, die sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung für die Antwortkategorie „völlig" und im Kontext ein anderen Frage beklagt sie sich, das Pflegepersonal „*habe ... halt immer wenig Zeit...*". Befragte geben recht häufig positive Antworten, wenn sie mit einem standardisierten Fragebogen global nach ihrer Zufriedenheit gefragt werden, äußern aber gleichzeitig (sozusagen außerhalb des Protokolls) spezifische Kritik an der Einrichtung."[32] Wenngleich nun auch Gaby Ulrike AICHELE in ihrer Untersuchung zur Zufriedenheit operierter Patienten mit der anästhesiologischen Behandlung ebenfalls zu der Erkenntnis gelangte, dass jene Patienten (N=291), die hinsichtlich ihrer Anästhesiezufriedenheit mit einen standardisierten Fragebogen schriftlich befragt wurden, höhere Zufriedenheitswerte angaben als jene Patienten (N=129) die im Rahmen der Postanästhesie-Viste mittels assistierter Befragung untersucht worden waren[33], sprechen diese Ergebnisse nach Ansicht des Autor der vorliegenden Arbeit keineswegs dafür, dass die assistierte der schriftlichen Befragung den Rang abgelaufen hat. Ohne nun bereits an dieser Stelle der in den Schlusszeilen zum hiesigen Kapitelunterpunktes vorzunehmenden Kritik an dem in der PZ-Literatur kursierenden Mythos, dass bei der Verwendung der Fragebogenmethode grundsätzlich mit einem hohen Stichprobenausfall gerechnet werden muss, vorgreifen zu wollen, sprechen die obig angeführten Studien eher dafür, dass die schriftliche Befragung im Sinne einer Methodentriangulation durch qualitative Interviews ergänzt werden sollten. Mit andern Worten gesagt hat die assistierte Befragung sicherlich bei Patienten mit physiologischen und/oder psychischen Beeinträchtigungen ihre Berechtigung, doch vermag sie es nicht – unter anderem aufgrund der mit ihr einhegenden finanziellen und organisatorischen Mehrkosten sowie der nachstehend noch zu erläuternden Tatsache, dass die mangelhaften Rücklaufquoten der klassischen „*Paper and Pencil-Methode*" zumeist aufgrund handwerklicher Unzulänglichkeiten als selbstverschuldet angesehen werden können – die schriftliche Befragung zu adäquat zu ersetzen. Ehe wir nun noch die beiden letzten, alternativ zur tradierten schriftlichen Befragungsform verwandten Methoden der ‚elektronischen-' sowie der ‚computergestützen Befragung' eingehender besprechen werden, sei der Leser zuvorderst noch über einen recht interessanten methodisch Kunstgriff zur Reduktion des Interviewereinflusses im Rahmen der assistierten Befragung in Kenntnis gesetzt, welcher in den Studien von POLOWCZYK (1993) und CLARK et al. (1999) bemüht wurde. Im Sinne des so genannten »*user collaboration research*« – einem egalitären Forschungsansatz, in dem die Nutzer *resp.* Patienten gleichberechtigt an allen Phasen des Forschungspro-

[31] vgl. LEVOIS et al. 146. Ähnliche Ergebnisse konnten ADDINGTON-HALL und Mitarbeiter (1998) sowie STRAUB und Kollegen (1996: 39) feststellen.
[32] KELLE et al. 2008: 185. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch WINGENFELD & SCHAFFER 2001: 142.
[33] vgl. AICHELE 2001: 71

zesses beteiligt sind und spezielle Teile des Forschungsprojekts eigenständig durchführen können[34] – weihten sowohl POLOWCZYK (1993) als auch CLARK et al. (1999) einige ausgewählte Patienten in die Techniken der Interviewdurchführung ein und ließen sie anschließend eine assistierte Befragungen zur PZ durchführen. Dabei gelangten beide Studien zu der Erkenntnis, dass sich die Patienten gegenüber den Patienten-Interviewern kritischer äußerten als in den parallel durchgeführten Studien mittels Personal-Interviewer. *En passant* sei noch darauf aufmerksam gemacht, dass KAISER & PRIEBE (1999) in ihrer Untersuchung, in der sie die assistierte Befragung einmal von einem externen Interviewer und einmal von behandelnden Berater (Casemanager) durchführen ließen, einen ähnlichen Interviewereffekt ausfindig machen konnten, da die befragten Patienten dem externen Interviewer ein ausgeprägteres Unzufriedenheitsaufkommen berichteten.

3) E-Mail-Befragung: Hinsichtlich der seit ungefähr 10 Jahren verstärkt aufkommende elektronische Befragungsform, indessen Rahmen den Befragten der standardisierte Fragebogen via E-Mail zugeschickt wird, findet sich in der PZ-Literatur – trotz intensiver Recherche in den einschlägigen Forschungsdatenbanken – nur eine nennenswerte Studie, in der erste Erfahrungen mit dieser Forschungsmethode beschrieben werden. In der besagten Untersuchung, welche von HAREWOOD und Kollegen durchgeführt und im Jahre 2001 unter dem richtungsweisenden Titel »*Prospective comparison of endoskopy patient satisfaction surveys: e-mail versus standard mail versus telephone*« in einer amerikanischen Fachzeitschrift für Magen- und Darmerkrankungen veröffentlicht wurde, zeigte sich, dass die E-Mail-Befragung mit einer Rücklaufquote von immerhin 70% – was aufgrund der Tatsache, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass jeder Patient einen Internetzugang *bzw.* eine Email-Adresse besitzt (so geannnter *Coverage-Effekt*) eine erstaunlich hohe Quote darstellt – im Vergleich zu den simultan durchgeführten telefonischen und schriftlichen Befragungsformen (90% und 80%) die geringste Ausschöpfungsquote aufwies. Obzwar nun auch die E-Mail-Befragung in der Studie von HAREWOOD und Mitarbeitern die kostengünstigstes der drei angewandten Methoden darstellte, so bringt diese Methode der PZ-Messung nach Ansicht des Verfassers der vorliegenden Arbeit – in Abhängigkeit von den sozioökonomischen Merkmalen der Untersuchungspopulation (z.B. alte Patienten, Patienten mit geringem Einkommen, Patienten ohne festen Wohnsitz, ländlich wohnende Patienten usw.) – momentan mehr Nach- den Vorteile, da einerseits die E-Mail-Kultur in Deutschland sicherlich noch nicht so verbreitete ist wie in Amerika und deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit eine mittels E-Mail-Befragung in Deutschland vorgenommene PZ-Befragung weit geringere Rücklaufquote als in die obig zitierte amerikanischen Studie erreichten (*Coverage-Effekt*) sowie weil andererseits eine Vielzahl der vorausgehend in Klammern gesetzten Patientengruppen von vornherein aus einer derartigen Untersuchung ausgeschlossen wäre.

4) Computergestützte Befragung: Betrachten wir nun abschließend die computergestützte Befragung (CSAQ[35]), bei der die befragten Patienten den standardisierten Zufriedenheitsfragebogen entweder anhand eines fest auf der Station installierten[36] Computers oder aber vermittels eines transportablen Tablet-PCs[37] – zumeist nach einem kurzen Bedienungsbriefing – in Eigenregie ausfüllen können, so zeigt sich, dass in der nationalen PZF *bis dato* nur drei Forschungsarbeiten, namentlich PALM (1998),

---

[34] vgl. KRUMM & BECKER 2006: 61

[35] Das englische Akronym CSQA steht für »*Computerized Self Administered Questionnaire*«. Diese Methode „(...) baut auf die direkte Mitarbeit der Befragten: Vom Interviewer lediglich in der Bedienung des Computerprogramms unterwiesen, das über den Bildschirm „Fragen an sie richtet", geben die Probanden unbeobachtet von anderen Personen und damit in anonymer Form ihre Antworten selbst ein" [MÜLLER & KESSELMANN 1996: 192].

[36] vgl. FREUDMANN & SPITZER 2001

[37] vgl. SIGLE & VIETHEN 2008a: 13

FREUDENMANN & SPITZER (2001) sowie SIGLE & VIETHEN (2008a-c), veröffentlicht wurden, in denen diese Befragungsmethode zur systematischen Erfassung der PZ angewandt wurden.[38] Von diesen drei aufgespürten Studien soll im Folgenden vornehmlich die Forschungsarbeit von FREUDENMANN & SPITZER (2001) etwas detaillierter besprochen werden, da die Zufriedenheitserfassung in der Studie von PALM (1998) nur eine untergeordnete Rolle spielt und in den Veröffentlichungen von SIGLE & VIETHEN (2008a-c) ausnahmslos der technische Umsetzungsprozess, jedoch keine Untersuchungsergebnisse beschrieben werden. In der Pilotstudie von FREUDENMANN & SPITZER (2001) wurden die Patienten zweier psychiatrischer Stationen der Universitätsklinik in Ulm dazu aufgeforderter, jeden Tag zu einer bestimmten Uhrzeiten (16-18 Uhr) u.a. ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung, ihre Bewertung des derzeitigen Stationsklimas usw. (60 Items) an einem Computerterminal mit berührungsempfindlichem Bildschirm (Touchscreen) selbstständig einzugeben (Visuelle Analogskalen). Dabei zeigte sich, dass die Befragungsform von den Patienten (N=137) sehr gut akzeptiert wurde[39], obwohl ganze 56% der befragten Patienten bis zum Untersuchungszeitpunkt noch nie mit einem Computer umgegangen war.[40] Der besondere Vorzug dieser Befragungsmethode besteht nun laut den Autoren in der schnellen Verfügbarkeit der Befragungsergebnisse, da die bei schriftlichen Befragungen übliche Übertragung der Fragebogendaten in den Computer bei dieser Methode entfällt.[41] Aufgrund dieses unstreitbaren Vorteils der computergestützten Befragung (CSAQ), vermittels dessen eine zentrale logistische Ursache für das im nachfolgenden Kapitelpunkt 7 zu diskutierende Verwertungsdefizit, *nudis verbis* die zuhauf zu beklagende ‚*zeitliche Lücke*' zwischen der empirischen Studiendurchführung und der Ergebnispräsentation, ohne größere Kraftanstrengungen überwunden werden kann, stellt diese Befragungsmodus nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit eine höchst progressive Methode der PZ-Messung dar, die in künftigen PZ-Untersuchungen insbesondere zur Analyse des perstationären Zufriedenheitsverlaufs als auch zur Identifizierung kritischer Therapieverläufe (Therapieabbruchprävention) eingesetzt werden kann.

Wie nun bereits im voranstehenden Textkörper mehrfach betont wurde, möchte der Autor in den kommenden Zeilen – unter primärer Bezugnahme auf die äußerst instruktive Dissertation »*Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen*« von Dominique C. FREISE (2003a) – *in nuce* zu der in der nationalen wie internationalen PZ-Literatur häufig ungeprüft bemühte Aussage, dass bei der schriftlichen PZ-Befragung – ganz gleich ob diese per-, per-post- und postationär durchgeführt wird – grundsätzlich mit einer geringen Rücklaufquote und einer damit unweigerlich einhergehenden Datenverfälschung im Sinne des so genannten Nonresponse-Bias gerechnet werden muss. Diese defätistische Einschätzung konnte nun von FREISE im Rahmen ihrer Dissertation unter Berufung auf eine stringente theoretisch und empirisch Argumentationsführung als handfester Mythos entlarvt werden. *Pars-pro-toto* konnte FREISE *bspw.* in einer eigens durchgeführten postalischen PZ-Befragung die Rücklaufquote durch die Verwendung mehrmaliger Mahnaktionen im Sinne der von Don DILLMA entwickelten ‚*Totel Design Method*'[42] (vierstufiges Kontaktverfahren) einen in der gängigen Zufriedenheitsliteratur nicht für möglich gehaltenen Prozentsatz von knapp 70% erzielen.[43] Da nun der überwiegende Teil der von FREISE auf

[38] vgl. FREUDENMANN 1998a; Ders. et al. 1999a&b sowie FREUDENMANN & SPITZER 2001
[39] vgl. FREUDENMANN & SPITZER 2001: 43. Zu einem analogen Ergebnis gelangte LARSSON (2006).
[40] vgl. FREUDENMANN & SPITZER 2001: 45-47
[41] vgl. ebenda: 40, 41, 50
[42] vgl. DILLMAN 1978
[43] vgl. FREISE 2003b: 95

theoretischer und befragungstechnischer Ebene gegen die vorausgehend ausbuchstabierte Einschätzung ins Feld geführten Argumente (u.a. Abhängigkeit der Retournierungswilligkeit vom perzipierten Kosten/Nutzen-Verhältnis der Befragung) im Zuge der in Kapitel 8 vorzunehmenden Fragebogenentwicklung noch ausgiebigst besprochen werden, soll an dieser Stelle aus Gründen der Textstraffung von einer eingehenderen Erörterung dieser Kritikpunkte abgesehen werden. In der Summe können wir diesbezüglich jedoch zur Kenntnis nehmen, dass die in der Literatur vielfach beklagte Problematik der mangelhaften Rücklaufquoten schriftlicher PZ-Befragung zu einem Großteil hausgemachter Natur (z.B. keine vorherige Kontaktaufnahme[44], fehlendes oder unmotivierendes Begleitschreiben[45], keine Verwendung materieller oder immateriell-altruistischer Gratifikationen[46], mangelhafte Einbindung und Motivation der Mitarbeiter[47], Verzicht auf mehrmalige Nachfassaktionen[48], fehlerhafte Berechnung der Rücklaufquote[49] usw.) sind.

6.1.2 Qualitative Interviewformen

Lassen wir nun nochmals sowohl die in Kapitel 5 als auch die in der obigen Dokumentenanalyse dargestellten PZ-Studien vor unserem inneren Auge unter dem Gesichtspunkt der Erhebungstechnik Revue passieren, so wird sich das Gesicht des um die Vorzüge der qualitativen Methodik wissenden Lesers angesichts der Tatsache, dass der Königsweg der Sozialforschung – wie Rene KÖNIG einst die qualitative Interviewform nannte[50] – in der Vergangenheit von PZ-Forschern nur vereinzelt beschritten und zumeist als Abkürzung auf dem Weg zur quantitativen Methode benutzt wurde, berechtigterweise in Sorgenfalten legen. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass die Vielzahl der in der einschlägigen Literatur zur Verfügung stehenden qualitativen Interviewformen[51] in der nationalen wie internationalen PZF bislang vornehmlich in der explorativen Phase der Fragebogenentwicklung – zum Zwecke einer optimierten Inhaltsvalidität – eingesetzt werden.[52] Ohne nun über die Gründe für diesen – mit LAMNEK gesprochen – inferioren Status der qualitativen Interviewformen in der PZF-Geschichte schwadronieren zu wollen *resp.* die in der Literatur zur qualitativen Sozialforschung sattsam beschriebenen Ursachen für die bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts reichende wissenschaftliche der qualitativen Methodik vor Ort und Stelle abermals konturieren zu wollen, werden wir uns nachstehend ausnahmslos auf jene Forschungsarbeiten konzentrieren, in denen die qualitative Interviewform ihre bisher zugeteilte Nebenrolle des reinen Datenlieferanten für die Ausstaffierung des quantitativen Protagonisten abstreift und in das Gewand der methodischen Hauptrolle schlüpfte.

---

[44] So lag bspw. die Retourniertenquote der Experimentalgruppe in der Studie von SKIPPER & ELLISON (1966), zu welcher die Autoren vor der Fragebogendistribution einen intensiven persönlichen Kontakt aufgebaut hatten, bei 85%. Die Kontrollgruppe wies hingegen eine Rücklaufquote von nur 57,5% auf.

[45] zum Einfluss eines umsichtig verfassten Begleitschreibens auf die Rücklaufquote siehe allen voran die äußerst erkenntnisreichen Ausführungen von RICHTER 1970.

[46] So konnten bspw. METERKO uns Kollegen (1990) die Rücklaufquote durch die Mitlieferung eines Füllers um 10% anheben. Zum Einfluss von unterschiedlichster Gratifikationen (Incentives) auf die Rücklaufquote siehe insbesondere die folgende Literatur: ARZHEIMER & KLEIN 1998; BERGER 2006; CHURCH 1993; HARKUESS et al. 1998; JOBBER et al. 2004; PORST 1999; REIBAND 1993; SCHNEIDER 1995; SINGER 1998; SINGER et al. 2000 sowie STADTMÜLLER & PORST 2005.

[47] In den Untersuchungsergebnissen von BITZER und Mitarbeitern lag die Rücklaufquote jener Arztpraxen, in denen das Personal eine positive Einstellung zu der Patientenbefragung hatte, mit 60% deutlicher höher als in jenen Praxen, in denen das Personal gegenüber der Patientenbefragung eher negativ eingestellt war. Diese wiesen eine Rücklaufquote von nur 49% auf (vgl. BITZER et al. 1999: 168).

[48] So konnte FREISE anhand der von ihr durchmusterten Literatur aufzeigen, dass postalische Patientenzufriedenheitserhebungen mit einem Befragungskontakt (Zusendung des Bogens) einen durchschnittliche Rücklaufquote von 25 bis 40% erzielten (vgl. FREISE 2003a: 78). Im Kontrast dazu lag die Rücklaufquote jener Studien, die von einem mehrmaligen Erinnerungsverfahren Gebrauch machten, konstant über der 70% Marke (vgl. ebenda: 89ff.).

[49] Laut FREISE werden die ohnehin schon geringen Rücklaufquoten insofern „künstlich" weiter nach unten reguliert, als dass in Patientenzufriedenheitsstudien zumeist die unbereinigte Bruttoausschöpfungsquote als Rücklaufquote angegeben wird (vgl. FREISE 2003b: 39ff.).

[50] vgl. KÖNIG 1966: 27

[51] vgl. FRIEBERSHÄUSER 1997 und LAMNEK 2005: 356 ff.

[52] So zum Beispiel in den Untersuchungen von HOLCOMB et al. 1989

Durchmustern wir nun also sämtliche PZ-Studien in denen qualitative Interviews die erste methodische Geige spielten, so erkennen wir ersterhand, dass neben dem befragungstechnisch bewusst offen gehaltenen leitfadengestützten Interview die spezifische Interviewform der ‚kritischen Ereignismethode' (*Critical Incident Technique*), bei der die Patienten zu ihren negativsten und positivsten Erlebnissen während ihres Krankenhausaufenthaltes befragt werden[53], sich in der jüngeren PZF einer besonderen Beliebtheit erfreut.[54] Da es nun nicht das Ziel dieses Kapitelunterpunktes sein kann, die unterschiedlichen Formen des qualitativen Interviews, welche in der PZF-Geschichte Anwendung gefunden haben[55], minutiös aufzulisten und auf ihre Vor- und Nachteile hin zu bewerten, werden wir uns nachfolgend darauf beschränken, die methodische Quintessenz aus diesen Studien herauszudestillieren. Hinsichtlich des Stellenwertes qualitativer Interviewformen herrscht in der PZF mittlerweile dahingehend weitestgehend Einigkeit, dass diese Methode trotz ihrer nicht wegzuleugnenden Nachteile (immense finanzielle Kosten und im Vergleich zur schriftlichen Befragung, tendenziell höhere Zufriedenheitswerte[56]) insofern eine fruchtbare Bereicherung ihres Methodenarsenals darstellt, als dass sich dieses Erhebungsformat insbesondere für kleinere Befragungsprojekte eignet, in denen spezifische Komponenten der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung genauer inspiziert werden sollen. Besonders empfehlenswert erscheint der Einsatz qualitativer Interviews – wie im Kapitelunterpunkt 6.1.7 noch genauer zu erläutern sein wird – als Nachhut der quantitativen Methodik. Dies bedeutet, dass mittels qualitativer Interviews die im Rahmen der vorausgegangenen Fragebogenaktion ans Tageslicht gezerrten Schwachstellen (z.B. Unzufriedenheit mit dem Krankenhausessen) eingehender untersucht (was genau kritisieren die Patienten am Essen?) und daraufhin konkrete Handlungsempfehlungen (z.B. Aufkündigung des Vertrages mit der örtlichen Bäckerei, da das gelieferten Brot laut den Patienten eher einem Backstein denn einer Backware gleichkäme). Ohne nun dem Untersuchungsgang zu sehr vorgreifen zu wollen, sei angemerkt, dass nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit ein derartiges multimethodisches Vorgehen, bei dem *vice versa* die Nachteile der quantitativen durch die Vorteile der qualitativen Methode ausgeglichen werden, in besonderer Weise dazu befähigt erscheint, dem omnipräsenten Verwertungsdefizit auf methodischer Ebene Paroli bieten zu können; da auf der Grundlage spezifischer Interviewdaten – wie bereits obig angemerkt wurde – eher konkrete Handlungsempfehlungen deduziert werden können als aus den zumeist recht allgemeinen Fragebogendaten.[57]

6.1.3 Die Methode der Gruppendiskussion (‚Focus-Groups')

Obzwar die qualitative Forschungsmethode der Gruppendiskussion Mitte der 50er Jahren des 20. Jahrhunderts in Deutschland – ausgelöst durch die geschichtsträchtige Untersuchung »*Gruppenexperiment. Ein Studienbericht*« von Friedrich POLLOK (1955) – eine kurzzeitige Konjunktur erfuhr[58], fristete diese Er-

[53] vgl. GELBRICH 2007: 624ff. sowie STAUSS 1994a

[54] vgl. BEECH & NORMAN 1995; CARTER 1959; ECKHARDT-ABDULLA et al. 2008; GUSTAFSON et al. 2001; KEMPPAINEN 2000; KENT et al. 1996 ; LEWIS & WILLIAMSON 1995; REDFERN & NORMAN 1999; REUSCHENBACH & MOHR 2005 und TOLSON et al. 1998.

[55] Beispiele für die Anwendung unterschiedlicher Interviewformen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit: Tiefeninterviews (COYLE 1999a&b; EDWARDS et al. 2004; JAEGER & BOVELET 2007; MARCINOWICZ et al. 2009), problemzentrierte Interviews (JACOB 2002), narrative Interviews (ELLINGSON & BUZZANELL 1999; THIELHORN & MÜLLER 2002; MÜLLER & THIELHORN 2000), leitfadengestützte Interviews (BECKER et al. 1998; DOHERR et al. 2003; ERDWIEN 2005; MOßLER 1981; SHAW et al. 2000; SCHEIDT et al. 2001)

[56] vgl. MOLINA et al. 2009; SCHMIDT 2003; WARE et al. 1996 und WILLIAMS et al. 1998

[57] Darüber hinaus sei nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass sich die Interviewtechnik insbesondere zur Befragung von Personen eignet, die – wie zum Beispiel behinderte Menschen – aufgrund kognitiver und/oder motorischer Handicaps nicht in dazu fähig sind, einen Fragebogen auszufüllen. Jene Leser, die sich mit der systematischen Erfassung der Zufriedenheit von behinderten Menschen beschäftigen möchten, sei allen voran die Lektüre der nachstehend angeführten Schriften empfohlen: BARLOW & KIRBLY 1991; HAGEN 2002; GREGORY et al. 2001; LEONHARDT & SIEBECK 2002; GROMANN 1996b, 1998 und 2002; GROMANN & NIETHOFF-DITTMANN 1999; SCHÄFER 2008; SCHWARZ & RABINOVITZ 2003 sowie SEIFERT 2006 und SONNENBERG 2004.

[58] vgl. LAMNEK 1998: 18ff.

hebungsmethode sowohl in der empirischen Sozialforschung im Allgemeinen als auch in der PZF im Speziellen bis vor kurzem ein bedauernswertes Schattendasein.[59] Das Außenseitertum dieser Befragungsmethode lässt sich nun innerhalb der PZF daran ablesen, dass diese Methode beinahe ausnahmslos im explorativen Frühstadium zur Gewinnung eines patientennahen Itempools eingesetzt wurde.[60] In der jüngsten Vergangenheit zeichnet sich jedoch in der PZF gleichsam ein emanzipatorisches aufbegehren dieser Methode ab, in dem die Gruppendiskussionsmethode ihre bisher zugewiesene Rolle als servile Magd der etablierten quantitativen Methodik abzustreifen beginnt und nunmehr den Anspruch erhebt, die Erhebung von PZ-Daten nicht mehr nur vorzubereiten, sondern diese selbstständig durchzuführen. Aus den in Erfahrung gebrachten Forschungsarbeiten, die zur Erfassung der PZ die Gruppendiskussionsmethode einsetzten[61], werden wir nachstehend einige zentrale Ergebnisse aus der von Dirk RICHTER & Bernard FLEER (2004) vorgelegten Studie »*Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung*« exemplarisch darstellen. Aufgrund der in Kapitelunterpunkt 6.3 noch genauer zu beäugenden Sachlage, dass die in der Praxis zuhauf verwandten globalen Zufriedenheitsfragebögen – deren prominentester Vertreter der ZUF-8 bildet – sich nicht nur Visibilisierung von Veränderungspotenzialen und damit auch nicht für das Qualitätsmanagement eignen[62], führte das obig genannte Autorenduo ergänzend zur quantitativen Befragung im jährlichen Turnus Fokusgruppen zur Erfassung der PZ durch. Die Befragungssituation gestaltete sich derart, dass eine maximale Gruppengröße von acht Patienten in einer *circa* 60-90minütigen Sitzung anhand eines Leitfadens zu ihrer Zufriedenheit mit insgesamt 15 Dimensionen befragt wird.[63] In der Summe gelangten die Autoren dabei zu der Einsicht, dass die Fokusgruppenmethode als PZ-Erfassungsinstrument einerseits sowohl von den Patienten als auch vom Personal sehr gut angenommen wurde, sowie das andererseits mit dieser Methode Versorgungsschwachstellen abgebildet werden konnten, von denen die globalen Zufriedenheitsfragebögen keine Notiz genommen hatten.[64] Die Trümpfe, welche sich mit der Fokusgruppenmethode ausspielen lassen, bestehen nun laut RICHTER & FLEER insbesondere darin, dass mit dieser Methode *erstens* „(...) prinzipiell Menschen erreicht und befragt [werden können, T.K.], die einer standardisierten Befragung (...) nicht zuträglich sind“[65] sowie das *zweitens* die Daten im Vergleich zur schriftlichen Befragung gemeinhin um ein vielfaches schneller zu Verfügung stehen. „Aus eigenen Erfahrungen mit der Organisation und Auswertung von Patientenumfragen in einem Krankenhaus“ – so RICHTER & FLEER – „entstehen [zwischen der Erhebung und der Datenrückmeldung, T.K.] teilweise Verzögerungen von bis zu 6 Monaten. Die Ergebnisse der Fokusgruppen stehen jedoch innerhalb von zwei bis drei Wochen zur Verfügung.“[66] Überaus kritisch ist allerdings die Tatsache zu bewerten, dass RICHTER & FLEER es in ihrer Studie leider versäumen, auf die im Kontext einer Gruppendiskussion denkbarer Weise obwaltenden Verzerrungsmechanismen (z.B. Konformitätsdruck[67], Soziale Erwünschtheit, Interviewer-Effekt usw.) dezidiert einzugehen. Der einzigste, jedoch um so wertvollere,

---

[59] vgl. ebenda: 11

[60] Ohne den Anspruch auf Vollzähligkeit erheben zu wollen, seien nachstehend einige quantitative PZ-Studien angeführt, die im Rahmen der Fragbogenentwicklung auf die explorativen Dienste der Gruppendiskussion zurückgriffen: BITZER et al. 1994, 1997; BITZER & DIERKS 1995; BISCHOF & DECK 2002; ELBECK 1992; ELBECK & FECTAU 1990; FRETER & GLASMACHER 1996; GIGANTESCO et al. 2003; KILIAN et al. 2009; MAVADDAT et al. 2009; MC KINLEY et al. 1997 sowie METERKO et al. 1990; PADDOCK et al. 2000 und STEVEN 1999.

[61] siehe dazu u.a. die Studien von AHLMÉN et al. 2005; CONNERS & FRANKLIN 2000; JUN et al. 1998; KAPP & PROPP 2004; NEWSOME & WRIGHT 2000; SCHWARZ et al. 2000 und SHELTON 2000: 176ff.

[62] vgl. RICHTER & FLEER 2004: 237

[63] vgl. ebenda: 237-238

[64] vgl. ebenda: 236, 239-240

[65] ebenda: 240

[66] ebenda

[67] siehe dazu die klassischen, sozialpsychologischen Studien von ASCH (1969) und NOELLE-NEUMANN (1980)

von den Autoren selbst eingestandene Kritikpunkt besteht darin, dass RICHTER & FLEES die vom therapeutisch-medizinischen und pflegerischen Personal vorgenommene Auswahl der an den Gruppendiskussionen teilnehmenden Patienten beanstandeten. Dass die Autoren mit eben dieser Vermutung einen neuralgischen Punkt getroffen haben, offenbart die Studie von Udo KELLE und Mitarbeitern (2002 und 2008), in welcher der Nachweis erbracht werden konnte, dass die Leiter der befragten Pflegeheime dazu neigten, den Forschern nur die „netten und gut gestellten Bewohner" und nicht etwa die „notorischen Nörgler" zu Interviewzwecken zur Verfügung zu stellen (*negativer Gatekepping-Effekt*).[68] Gleichwohl nun angesichts der in den beiden vorausgehenden Sätzen kenntlich gemachten Defiziten künftig noch Forschungsarbeit zu leisten ist, können wir nichtsdestotrotz *ad notam* nehmen, dass der PZF mit der Gruppendiskussion eine überaus progressive Methode an die Hand gegeben wurde, kraft derer sie – in Kombination mit der quantitativen Methodik – die auf methodischer Ebene für das persistierende Verwertungsdefizit verantwortlich zu machenden Gründe konstruktiv überwinden könnte.

6.1.4 Unterschiedliche Beobachtungsverfahren

Aufgrund der Tatsache, dass die Beobachtungsmethode, welche den methodischen Ausgangspunkt der ersten systematischen PZ-Untersuchung von Nellie BLY (1887) bildete, auf der einen Seite bereits in den vorausgehenden Kapitelunterpunkten mehrfach beschrieben wurde und auf der anderen Seite im empirischen Part der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen werden soll, einen Ausdruckstest zur Erfassung der LZ zu entwickeln und auf seine empirische Tauglichkeit zu überprüfen, sind die nachstehenden Ausführungen – zur Vermeidung unnötiger Litaneien – bewusst mit wenig Tinte niedergeschrieben worden.

Versuchen wir nach diesen einleitenden Worten nun in komprimierter Weise die in der PZ-Geschichte zur Erfassung ihres Gegenstandes angewandten Beobachtungsverfahren zu beschreiben, so kristallisieren sich insgesamt drei unterschiedliche Beobachtungsansätze heraus:

1) Die Methode der verdeckt-teilnehmenden Beobachtung: Diese Methode, bei der sich die Forscher entweder als Pseudopatienten[69] oder als konspirativ arbeitende Mitarbeiter[70] in die Institutionen des Gesundheitswesens begaben, wurde – wie in Kapitel 5 geschildert – insbesondere in den Anfängen der systematischen PZF verstärkt angewandt und stieß stellenweise – so z.B. die Undercover Arbeiten von Nellie BLY (1887) und Frank FISCHER (1969) – bedeutende Reformen der Versorgungssituation an. Da nun diese frühen beobachtungsgestützten PZ-Untersuchungen auf der einen Seite in den Kapitelunterpunkten 3.1.1.1.2.1 sowie im Kapitel 5 ausgiebigst besprochen wurden, werden wir nachstehend einen ausführlicheren Blick auf die gegenwärtig Verwendung dieser Methode, die unter dem Label des »*Myste-*

[68] „Bei Studien mit institutionalisierten älteren Menschen müssen sich Untersucher oft auf das Pflegepersonal für eine Auswahl der Befragung stützen (...). Die Beurteilung der Interviewfähigkeit durch das Personal unterliegt aber oft starken subjektiven Einflüssen und stellt somit eine Quelle der Stichprobenselektivität. Gründe für die Auswahl bestimmter Bewohner, die nach Meinung der Mitarbeiter für ein Interview in Frage kommen, können neben deren Basisfähigkeiten zur Interaktion, einer besonderen Kommunikationsfreudigkeit oder einem höheren Bildungsniveau auch Sympathie oder die positive Grundhaltung des Bewohners der Einrichtung gegenüber sein. Wie der Ergebnisse im Folgenden zeigen, kann es dabei sogar zur Rolle des „Vorzeigebewohners" kommen. (...) Nach einer ersten Auswertung von drei Interviews, die mit Bewohnern eines Heimes in kirchlicher Trägerschaft geführt worden waren, informierte ich (C.N.) Herrn X., den Heimleiter, über die offensichtlich positiven Einschätzungen der Interviewten, die das Haus mit seinen Mitarbeitern und der Ausstattung nahezu uneingeschränkt gelobt hatten. Auf die (scherzhaft gemeinte) Frage, ob nur die „freundlichsten und nettesten Bewohner" für ein Interview ausgewählt worden waren, wurde sofort die Möglichkeit für einen zweiten Besuch angeboten, bei dem „kritischere Bewohner" zum Zuge kommen würden. Der Heimleiter räumte ein, für den ersten Termin „erst einmal die netten und gut gestellten Bewohner" ausgewählt zu haben, um ein positives Bild von der Einrichtung zu vermitteln" [KELLE & NIGGEMANN 2002: 114-115].

[69] vgl. BLY 1887; FRENCH et al. 1972; HEINZE-MASFELD 1950; JORM 1973; WALLRAFF 1975; ZIEGLER 1950; HEITKAMP 1987; ROSENHAN 2000; SCHMIDT 1992 sowie VAN DER GEEST & SARKODIE 1998

[70] vgl. BREITSCHEIDEL 2005; FISCHER 1969; HEMPRICH & KISKER 1968; MARCOTTY 1965 sowie SCHWEDIAUER 1984

ry Research« eine Renaissance zu erfahren scheint[71], werfen. Vergleichen wir nun die derzeit reißenden Absatz findenden Instrumente des *‚Mystery Research'*, indessen Rahmen die Forscher die angebotene therapeutisch-medizinische Dienstleistung einer Einrichtung in der Rolle des verdeckt arbeitenden Pseudopatienten entweder persönlich (Mystery shopping), per Telefon (Mystery Calling) oder aber via E-Mail (Mystery Mailing) kurzzeitig nutzen, mit den frühen verdeckt teilhabenden Beobachtungsstudien, so erweisen sich die neueren Methoden unter strengen methodischen Gesichtspunkten insofern als wissenschaftlich fundierter, als dass in allen drei Spielarten des *‚Mystery Research'* Beobachtungsbögen eingesetzt und somit Möglichkeiten der psychometrischen Gültigkeitsprüfung offeriert werden.[72] Obgleich sich nun die drei Mystery-Research-Verfahren zur Aufdeckung von Verbesserungspotentialen in den unterschiedlichen Institution des gesundheitlichen Versorgungssystem bewährt haben, sind dieses Instrumente aus der Warte der Zufriedenheitsforschung dahingehend zu kritisieren, dass mit diesen Instrumenten nicht die genuine Perspektive der Patienten erfasst wird, da die Forscher trotz ihres äußerlichen vollzogenen Rollenwechsels auf der kognitiv-emotionalen Ebene unabänderlich an ihre professionellen Relevanz- und Deutungsmuster gebunden bleiben. Führt man diesen kritischen Gedankengang mit der letzter Konsequenz zu Ende, so gelangt man unweigerlich zu der Einsicht, dass mit den Instrumenten des *Mystery-Research* nicht das subjektive Konstrukt PZ abgebildet wird, sondern das vielmehr die Unter- oder Überschreitungen von vorher festgelegten Qualitätszielen (z.B. dass die telefonische Warteschleife nicht länger als 2 Minute dauern sollte oder dass die Arzthelferinnen den Patienten immer höflich die Hand schütteln sollte) in Erfahrung gebracht werden können (Aufspürung von Soll-Ist-Divergenzen).

2) Die Methode der offen-teilnehmenden Beobachtung: Betrachten wir nun in welcher Art und Weise diese Beobachtungsform, bei welcher – *nomen est omen* – sowohl das Personal als auch die Patienten vorher darüber informiert wurden, dass sie beobachtet werden, in der Vergangenheit zur Feststellung des Zufriedenheitsgrades der Patienten eingesetzt wurde, so finden sich im deutschen Sprachraum alles in allem fünf Studien[73], in denen vermittels der offen-teilnehmenden Beobachtungsmethode unter anderem die Zufriedenheit *bzw.* das allgemeine Wohlbefinden institutionalisierter Patienten in Erfahrung gebracht werden sollte. Wenn nun auch in diesen genannten fünf Studien teilweise exzellente Ergebnisse, auf die wir in den nachfolgenden Kapiteln noch einige Male Bezug nehmen werden, zu Tage gefördert wurden, erweist sich die in diesen Forschungsarbeiten Methode der offen-teilnehmenden Beobachtung *in globo* als unfähig, das Konstrukt PZ valide zu erfassen; wobei den angeführten Studien zugute gehalten werden muss, dass sie nicht mit dem primären Ziel der Zufriedenheitsmessung angetreten waren. Dass die Ermittlung der PZ in diesen Studien nur ein untergeordnetes Ziel darstellt ändert jedoch nichts an der prinzipiellen Insuffizienz der gewählten Methodik. Pointiert formuliert disqualifiziert sich die offen-teilnehmende Beobachtungsform zur Erfassung der PZ nämlich dadurch, dass die Einschätzung des patientenseitigen Zufriedenheitsausmaßes nicht anhand von luzider nonverbaler Ausdrucksindikatoren (z.B. Grad der Mundwinkelstellung, Oberkörperhaltung, Stimmparameter usw.), sondern vielmehr unter Rückgriff auf subjektiver, nicht näher explizierter Kriterien erfolgte.

---

[71] vgl. BORFITZ 2001; CARDELLO 2001; DITTRICH 2005; HARTMANN et al. 2008; HÖRMANN 2005; LAZARUS 2009; MORIARTY et al. 2003; NELSON et al. 1997: 242 sowie SHELTON 2000: 186-199 und THEINE 2001

[72] siehe dazu bspw. den im Anhang des von SHELTON herausgegebenen Buches »*Measuring and improvig patient satisfaction*« abgedruckten Beobachtungsbogen (vgl. SHELTON 2000: 193-199).

[73] vgl. BÜHLER 1984; FENGLER & FENGLER 1980; FLOETH 1991; HEMPRICH & KISKER 1968 sowie KOCH-STRAUBE 2002.

3) Die Methode der nonverbalen Ausdrucksanalyse: Durchmustern wir nun die PZ-Literatur nach Untersuchungen, die zur Erfassung der patientenseitigen Zufriedenheit einen ähnlich gestrickten Ausdruckstests verwandten, wie er von Elisabeth NOELLE-NEUMANN zur Abbildung der allgemeinen Lebenszufriedenheit erfolgreich benutzt wurde[74], so werden wir *mirabile dictu* mit der elegisch stimmenden Befundlage konfrontiert, dass in mittlerweile 123 Jahren PZ-Geschichte nicht ein einziges systematisch angelegtes Beobachtungsverfahren zur nonverbalen Zufriedenheitsoperationalisierung und –erfassung entwickelt wurde. Zur Substantialisierung dieser defizitären Einschätzung sollen in diesem Zusammenhang lediglich drei Forschungsarbeiten, die stellvertretend für viele andere Studien stehen, etwas genauer in Augenschein genommen werden. Die *erste* der ausgewählten Untersuchungen, an denen sich das obig skizzierte Manko ablesen lässt, wurde von APPLEBAUM und Mitarbeitern vorgelegt. In dieser Studie findet sich nämlich der ausnahmslos anekdotische Hinweis, dass die Autoren die Zufriedenheit der Patienten aus dem Gesichtsausdruck abgeleitet hätten.[75] Hinsichtlich der brennende Frage, anhand welcher konkreten mimischen Ausdrucksindikatoren das Ausmaß der PZ in dieser Studie dokumentiert wurde, schwiegen sich die Autoren dann allerdings aus. Im Rahmen der *zweiten* ausgewählten Studie wurde das ursprünglich von dem amerikanischen Sozialpsychologen Tom KITWOOD entwickelte Beobachtungsverfahrens namens ‚*Dementia Care Mapping*', welches vorgibt die Zufriedenheit von demenzerkrankten Menschen via Ausdrucksbeobachtung erfassen zu können, ins Deutsche übertragen. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich nun allerdings, dass das *'Dementia-Care-Mapping-Verfahren*' den Beobachtern keine genauen nonverbalen Ausdrucksparameter präsentiert, anhand derer die Zufriedenheit der Patienten einzuschätzen wäre. Vielmehr sind die Beobachter bei der auf einer 6-stuftigen Ordinalskala abzugebenden Zufriedenheitseinschätzung darauf angewiesen, sich auf ihr intuitives Gespür zu verlassen.[76] Dass nun einer derartige Methode unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht bestehen kann, scheint logisch evident und somit nicht weiter erläuterungsbedürftig. Betrachten wir nun abschließend die *dritte* Studie, in welcher LAWTON und Mitarbeiter (1996) ein standardisiertes Beobachtungsinstrument (*Apparent Emotion Rating Scale*) zur Einschätzung negativer (Ärger, Angst, Traurigkeit) und positiver Emotionen (Zufriedenheit, Vergnügen, Interesse) bei demenziell erkranken Menschen entwickelten, so zeigt sich, dass auch dieses Erhebungsverfahren – obzwar es insofern über die beiden vorausgehend dargestellten Methoden hinausweist, als dass die Autoren den Beobachtern mit den Beobachtungskategorien ‚*bequeme Haltung*', ‚*entspannte Gesichtsmuskulatur*', ‚*entspannte Gliedmaßen und Hals'* sowie ‚*langsame Bewegungen*' nonverbale Zufriedenheitsindikatoren an die Hand gaben[77] – alles in allem unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten deshalb nicht überzeugen kann, da einerseits die Zufriedenheitsindikatoren theorielos hergeleitet wurden und sich andererseits die Zufriedenheitskategorie in der praktischen Instrumentanwendung nicht bewährte und somit in der modifizierten Version der *Apparent Emotion Rating Scale* keine Berücksichtigung mehr fand.[78] *Summa summarum* müssen wir an dieser Stelle also festhalten, dass in der bisherigen nationalen wie internationalen PZF die Chance versäumt wurde, durch die Generierung eines sensitives Ausdruckstests einerseits die Validität bestehender PZ-Fragebögen extern abzusichern sowie andererseits ein sicheres Zufriedenheitsbild jener Patienten zu gewinnen, die aufgrund ihrer

[74] siehe dazu insbesondere NOELLE-NEUMANN 1974b; 1977; 1996; 2006; NOELLE-NEUMANN & PETERSEN 2005:189-190; sowie RING 1967; 1992
[75] vgl. APPLEBAUM et al. 2004: 48
[76] zur deutschen Version der ‚*Demetia Care Mapping-Methode*' siehe u.a. INNES 2004 sowie MÜLLER-HERGEL 1998, 2000 und 2004. Eine kritische Übersichtsarbeit zu dieser Methode legte Dawn BROOKER (2005) vor.
[77] vgl. LAWTON et al. 1996: 6 und SNYDER et al. 1998
[78] vgl. LAWTON et al. 1999 sowie HÄNDLER-SCHUSTER et al. 2010: 54

Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, ihren emotionalen Zustand schriftlich oder verbal zu kommunizieren. Dieses Versäumnis, soviel sei mit Blick auf den in den Kapiteln 8 und 9 vorzunehmenden empirischen Untersuchungsgang prospektiv angemerkt, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit nachzuholen versucht werden.

6.1.5 Projektive Bildererzähltests

In den nachstehenden Zeilen werden wir nun ein nach Ansicht des Autors höchst interessantes qualitatives Erhebungsverfahren, in Worten die Anlehnung an den von den Harry A. MURRAY im Jahre 1935 entwickelten ‚*Thematischen Apperzetptiontest*' (TAT) konzipierten projektiven Bildererzähltests[79], näher vorstellen, welches vornehmlich – ausgenommen die von Andrea MOßLER (1981) eingereichte Dissertation sowie des von MÜHLICH-VON STADEN und Mitarbeitern (1982) vorgelegten Forschungsberichts »*ein bett ist keine wohnung*« – im frühen Entwicklungsstadium der PZF angewandt[80] und danach leider nicht weiter verfolgt wurde. Bevor wir nun die in den ausfindig gemachten Untersuchungen, welche die Methode des projektiven Bildertests zur Erfassung der PZ einsetzten, verwandten Bildmaterialien ausführlich erläutern werden, soll vorab in einem ersten, vorbereitenden Schritt *in nuce* die Frage beantwortet werden, was unter einem projektiven Bildertests gemeinhin zu verstehen ist. Setzen wir zur Umsetzung dieses Vorhaben das Adjektiv ‚projektiv' vorerst für einen kurzen Moment in Klammern, so gestaltete sich die klassische Untersuchungssituation derart, dass den befragten Personen im Rahmen eines persönlichen face-to-face-Interviews Bilderkarten mit der simultan ausgesprochenen Auforderung vorgelegt werden, zu eben diesem Bild eine Geschichte zu erzählen. Der befragungstaktische Idee, welche sich hinter diesem Prozedere verbirgt, werden wir nun teilhaftig, wenn wir das psychoanalytische Adjektiv ‚projektiv' aus dem Klammergriff befreien. Ausgehend von dem FREUDSCHEN Diktum, demnach die „Projektion (...) das Verfolgen eigener Wünsche in anderen [Personen, T.K.]"[81] darstellt, wurde das Bildertestverfahren mit der Intention entwickelt, dass der Befragte sich mit einer der auf den Bildertafeln abgebildeten Personen identifiziert und somit – durch die Umgehung der bewussten Zäsur (Abschwächung von Befragungswiderständen[82]) – mehr von sich preisgibt als in der regulären Interviewform. Vor dem Hintergrund der empirisch hinlänglich nachgewiesenen Tatasche, dass insbesondere institutionalisierte Patienten aus Furcht vor Repressalien (Sanktionsangst) dazu neigen, gegenüber Interviewern ihre Unzufriedenheit mit der zur Disposition stehenden Institution zu verschweigen, griffen nun in der Geschichte der Patientenzufriedenheitsforschung LIBO (1953, 1957), CAUDILL (1958), REZNIKOFF et al. (1959, 1961), BIRCH & WOLFE (1972)[83], MOßLER (1981) sowie MÜHLICH-VON STADEN et al. (1982) mit der primären Absicht, kritische Patientenurteile zu stimulieren, auf die Methode des projektiven Bildererzähltestes zurück. Da nun aus Gründen des Platzmangels nicht alle der im vorausgegangenen Satz aufgelisteten Studien angewandten Bildertafeln – zusammengerechnet sind dies immerhin 31 unterschiedliche Bildvorlagen (siehe Abbildungen 77 bis 92/Anhang) – im vorliegenden Text abgebildet werden können, werden wir nachstehend zur Veran-

[79] vgl. MURRAY & MORGAN 1934 und MURRAY 1943. Eine fundierte deutsprachige Einführung zur Geschichte, Anwendung und Auswertung des TAT-Tests biete die Buch von REVERS (1973)

[80] siehe dazu Kapitel 5

[81] FREUD 2000g: 24

[82] vgl. SCHAIPP & PLAUM 1995: 17

[83] Auf die leider nicht publizierte Studie von BIRCH & WOLFE weist Jay L. LEBOW in einem seiner im Jahre 1974 in der Zeitschrift ‚Medical Care' abgedruckten Aufsatz hin: „Birch and Wolfe, however, did test for concurrent validity. They used a projective evaluation of care by getting patient reactions to Thematic Apperception Test like cards depicting medical-care-giving situations. The authors found that the projectiv test indications of satisfaction with care were lower than the direct questioning indications" [LEBOW 1973: 333].

schaulichung der obig beschrieben Methode nur eine Bildtafel aus dem psychiatriesoziologischen Klassiker »*The Psychiatric Hospital as a Small Society*« von William CAUDILL ablichten.

Abb. 93: Die vierte caudillsche Bildtafel: A patient at the front door of the hospital[84]

In Anbetracht des Umstandes, dass im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit ein eigner projektiver Bildertest zur methodischen Überwindung des in Kapitel 6.3 zu thematisierenden Problems der konstant hohen Zufriedenheitswerte entwickelt und eingesetzt wird, sei an dieser Stelle aus Gründen der Redundanzvermeidung nur noch soviel angemerkt, als dass sich die Methode der projektiven Bildererzähltechnik in den angegebenen PZ-Studien zur Aufdeckung von Versorgungsschwachstellen überaus bewährt hat und es angesichts der Effektivität dieses Erhebungsinstrumentariums umso überraschender ist, dass diese Methode in den letzten 30 Jahren innerhalb der PZF gänzlich in Vergessenheit geriet.

6.1.6 Unkonventionelle Methoden aus dem Metier der qualitativen Sozialforschung

Suchen wir nun der methodischen Vollständigkeit halber die PZ-Geschichte abermals nach ebenso untypischen wie erkenntniserweiternden Methoden ab, so zeichnet sich insofern ein äußerst karges Bildnis ab, als dass innerhalb der PZF nur höchst selten auf augenscheinlich – insbesondere zur Erforschung des Zufriedenheitsgrades von Kindern – doch nahe liegende Methoden wie Bilder- *resp.* Zeichentests oder Aufsatzanalysen zurückgegriffen wurde. Zu einem noch höheren Maß an Unverständnis führt darüber hinaus die Feststellung, dass im Rahmen der Literaturrecherche nicht eine einzige Studie ausfindig gemacht werden konnte, die sich zur Rekonstruktion der PZ einer nonreaktiven Messtechnik – z.B. in Gestalt von Tagebuchanalysen – verschrieb. Zur partiellen Entlastung des in den vorausgehenden Zeilen implizit erhobenen Vorwurfs, dass es der bisherigen PZF an methodischen Esprit – wie ihn *bspw.* die legendäre Marienthalstudie verspürte – mangelte, sei der Leser an das in Kapitel 3.1.1.1.2.1 vorge-

[84] entnommen aus CAUDILL 1958: 138

stellte Erhebungsinstrument namens '*Planspiele*' erinnert, bei dem die untersuchten Patienten aus einem insgesamt acht Möbelstücke und 32 Einrichtungsgegenstände in puppenformat umfassenden Sortiment[85] u.a. ihr Lieblingskrankenhauszimmer zusammenstellen konnten. Eine ähnliche, im Vergleich zu der ‚Planspiel-Technik' jedoch eher als schlicht zu bezeichnende Methode zur Erfassung krankenhauszimmerbezogenen Idealvorstellungen, wandte Mirko KURZE in seiner Dissertation an, in welcher er den befragten Patienten im Interview u.a. fünf unterschiedliche Zimmerzeichnungen vorlegte, aus denen die Patienten dasjenige Zimmer auswählen sollten, was ihnen am besten gefällt.[86] *In toto* ändern jedoch auch diese beiden kreativen Methoden[87] nichts an der defizitäre Sachlage, dass die bisherige PZF *in puncto* methodischer Fantasie einiges schuldig geblieben ist.

6.1.7 Multimethodisch ausgerichtete Studien (Mixed-Method-Design)

Im vorliegenden Kapitelunterpunkt soll nun abschließend untersucht werden, inwieweit sich die seit Ende der 90er Jahre innerhalb des Diskurses der empirischen Sozialforschung unter dem Label ‚Methodenintergartion' *resp.* ‚Methodentriangulation'[88] sukzessive vollziehende Zusammenführung des tradierten Schiasmuses zwischen quantitativer und qualitativer Forschungsmethodik[89] auch in der PZF widerspiegelt. Mit anderen Worten gesagt soll nachstehend ausgelotet werden, ob und wenn ja in welchem Ausmaß in der bisherigen Geschichte der PZF Untersuchungen durchgeführt wurden, die zur Erfassung des PZ-Konstrukts quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden komplementär zueinander einsetzten. Mit Nachdruck sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Folgenden ausnahmslos jene Studien berücksichtigt werden, in denen sich quantitative und qualitative Methoden gewissermaßen "auf Augenhöhe begegnen". Unberücksichtigt bleiben somit Studien, in denen die Anwendung qualitativer Methoden auf die Explorations- und Pretestphase beschränkt blieb.

Während WARE und Kollegen in ihrer im Jahre 1977 veröffentlichten Übersichtsarbeit über die amerikanische *‚patient-satisfaction-Forschung*', in der sie insgesamt 111 Studien genauer unter die Lupe nahmen, lediglich zwei multimethodisch ausgerichtete Arbeiten ausfindig machen konnten, so offenbaren die in der nachstehenden Tabelle abgelichteten Ergebnisse der eigenen Literaturrecherche, dass sich die Anzahl methodenkombinierender Forschungsarbeiten zur PZ mittlerweile um das vierzehnfache erhöht hat; wobei allerdings eingeräumt werden muss, dass eine Methodenverknüpfung zwischen und nicht etwa innerhalb der beiden Forschungsschulen in „nur" 26 verzeichnet werden konnte.

---

[85] vgl. MÜHLICH-VON STADEN et al. 1982: 107-114, 265-275

[86] vgl. KUNZE 1994: 157-159

[87] Zwei weiteren Interviewtechniken, denen durchaus das Adjektiv ‚innovativ' vorangestellt werden kann, finden ferner sowohl in der im Jahre 1958 herausgegebenen Studie des Instituts für Demoskopie zur Einstellung der Bevölkerung zum Gesundheits- und Krankenhauswesen als auch in der von Lotti HÖNER im Jahre 1984 vorgelegten Patientenzufriedenheitsdissertation. Wie der Leser dem Appendix der vorliegenden Arbeit entnehmen kann, legten die Interviewer in dieses beiden Studien den befragten Patienten Bildertafeln vor, auf denen sich mehrere Personen mit unterschiedlichen Meinungen (Sprechblasentext) vorfanden. Die Patienten wurden nach der Vorlage dieser Bildblätter dazu aufgefordert, diejenige Person anzuzeigen, deren Meinung ihrer eigenen am nächsten stände.

[88] Jene Leser, die sich mit dem von DENZIN (1978) in die Nomenklatur der empirischen Sozialforschung eingeführten Begriffs der *‚Methodentriangulation*' eingehender beschäftigen möchten, sei allen voran die Lektüre der drei bedeutendsten deutschen Methodenkombinationsverfechter, namentlich Uwe FLICK (1992 und 2007), Udo KELLE (2002, 2008; KELLE & ERZBERGER 1999 und KELLE & KLUGE 2001) sowie Philipp MAYRING (2005) nahe gelegt.

[89] Eine lesenwerte Aufarbeitung der zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung in der Vergangenheit statthabenden Grabenkämpfe (‚paradigma wars') findet sich bei SEIPEL & RIEKER 2003: 14ff.

Autor(en) / Jahr	(egalitär) kombinierte Erhebungsinstrumente	Autor(en) / Jahr	(egalitär) kombinierte Erhebungsinstrumente
Perreault & Leichner (1993)	• Fragebogen und Interviews	Jacob (2002)	• Fragebogen und Interviews
Nelson et al. (1993)	• Interview und Fragebogen	Russo & Fink (2003)	• Interviews und Fokus-Gruppen
Lewis & Williamson (1995)	• Fragebogen und Critical-Incident Technik	Merkouris et al. (2003)	• Fragebogen und Interviews
Meredeth & Wood (1996)	• teilnehmende Beobachtung, Interviews, Fragebogen	Collins et al. (2004)	• Fragebogen und Interviews
Niles et al. (1996)	• Fragebogen und Fokus-Gruppe	Raftopoulos (2005)	• Tiefeninterviews, Fokus-Gruppen und Beobachtung
Böll (1996)	• Sequentielle Ereignismethode und Fragebogen	Hallensleben & Jaskulewicz (2005)	• Fragebogen, Interviews, Fokus-Gruppen und Dementia-Care-Mapp ing (DCM)
Etter & Pernerger (1997)	• Fragebogen und Interviews	Philipsen (2007)	• Fragebogen und Interview
Tolson et al. (1999)	• Fragebogen und Critical-Incident Technik	Hensen et al. (2006)	• standardisierter und teilstandardisierter Fragebogen
Hyrkäs et al. (2000) sowie Ders. & Paunonen (2000)	• Fragebogen und qualitative Interviews	Rowell & Polipnick (2008)	• Fragebogen und qualitative Interviews
Lumby & England (2000)	• Fragebogen und Interviews	Eckhardt-Abdulla et al. (2008)	• Fragebogen und Critical-Incident Technik
Dougall et al. (2000)	• teilnehmende Beobachtung, Interviews und Fragebogen	Kelle et al. (2008)	• Fragebogen und Interviews
Borde (2001, 2002)	• Interviews und Fragebogen	Meyer et al. (2008, 2009)	• Fragebogen und Interviews
Tasso et al. (2002)	• teilnehmende Beobachtung u. Interviews	Wood et al. (2009)	• Fragebogen und Fokus-Gruppen
Wilson et al. (2002)	• Fragebogen und Interviews	Borbé et al. (2010)	• Interviews, Fokus-Gruppen und Fragebogen

Tab. 137: Patientenzufriedenheitsstudien mit multimethodischem Forschungsdesign[90]

Versuchen wir nun in einem ersten Schritt, ehe die in der obigen Tabelle aufgeführten Studien einer kritischen Lesart unterzogen werden sollen, die zentralen Erkenntnisse, welche in den multimethodisch angelegten Forschungsarbeiten gemacht werden konnten, in komprimierter Form dazustellen, so zeigt sich, dass die Majorität der Studien schlussendlich zu der Einsicht gelangt, dass sich qualitative Forschungsmethoden insbesondere dazu eignen, die vorab mittels Fragebogen grob kenntlich gemachten Versorgungsdefizite tiefgreifender zu verstehen („*Wo genau drückt der Schuh?*“) und somit konkrete Ansätze zur Optimierung der Versorgungsqualität verabschieden zu können.[91]

Ungeachtet der über alle Maßen begrüßenswerten Tendenz, dass die egalitäre Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden in der nationalen wie internationalen PZF gegenwärtig an Fahrt zu gewinnen scheint, gestaltet sich die in den obig aufgelisteten Studien gemeinhin praktizierte Methodentriangulation in zweierlei Hinsicht als problematisch. Zum einen ist zu bemängeln, dass in keiner der insgesamt 26 Forschungsarbeiten, in denen qualitative und quantitative Daten miteinander in Beziehung gesetzt wurden, Aussagen darüber getroffen werden, inwiefern die beiden Forschungsparadigma, welche auf methodologischer Ebene von diametral entgegengesetzten Epistemiologien ausgehen, wissenschaftstheoretisch harmonisiert werden können. Zu dieser *bis dato* unterbelichteten grundlagentheoretischen Problematik gesellt sich nun zweiterhand der Kritikpunkt, dass in den multimethodisch ausgerichteten Forschungsarbeiten bisher leider die Chance versäumt wurde, die Konstruktvalidität des PZF-Konstrukts mittels Multitrait-Multimethod-Matrix abzusichern.

[90] eigene Zusammenstellung auf Grundlage einer in den gängigen medizinisch, soziologischen Datenbanken durchgeführten Literaturrecherche
[91] vgl. ferner JONES et al. 1993

6.2 Zur methodischen Güte der im Krankenhausalltag verwandten Patientenzufriedenheitsfragebögen

Konnte im obigen Kapitelabschnitt die in der PZ-Literatur häufig bemühte Diagnose, der zufolge die PZF einen Mangel an psychometrisch hinreichend getesteten Fragebögen leidet, als obsolet ausgewiesen werden, so soll im vorliegenden Kapitelabschnitt die Frage geklärt werden, inwieweit die innerhalb der PZF erzielten methodischen Fortschritte im Rahmen außerwissenschaftlich – zumeist zum Zwecke der Erlangung eines Qualitätszertifikates – durchgeführter Befragungsprojekte berücksichtigt werden. Pointiert formuliert werden wir in den unmittelbar nachfolgenden Zeilen anhand der empirischen Forschungsarbeiten von FLEISCHER (1996), LECHER & KOCH (2002), BIRSCHEL (2004) und THIELL (2008) aufzuzeigen versuchen, wie es um das psychometrische Niveau der in deutschen Krankenhäusern routinemäßig Einsatz findenden PZ-Fragebögen bestellt ist.

In der ersten der genannten vier Studien versandte der Autor Helmut FLEISCHER an insgesamt 100 Krankenhäuser des Bundeslandes Baden-Würtenberg einen mit 25 Items gespickten Fragebogen, welcher insbesondere über Aufkommen und Güte von PZ-Befragungen Auskunft geben sollte. Zur Überprüfung der methodischen Niveaus der verwandten Instrumente erbat FLEISCHER ferner die Zusendung der benutzen Fragebögen.[92] Die für unseren Untersuchungsgang bedeuternsten Ergebnisse dieser Studie bestehen nun darin, dass FLEISCHER unter anderem aufzeigen konnte, dass

- die Krankenhäuser sich verstärkt seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts der Erfassung der PZ zuwandten;
- 93% der befragten Kliniken zur Messung der PZ die schriftliche Befragungsform wählten;
- 90,7% der befragten Krankenhäuser den PZ-Fragebogen selbst entwickelten;
- an der Planung, Entwicklung und Umsetzung in erster Linie das Verwaltungs- und Pflegepersonal beteiligt war;
- in *circa* 50% der Fälle der PZ-Fragebogen bereits bei der Aufnahme ausgehändigt wurde;
- sämtliche der übersandten PZ-Fragebogen in deutscher Sprache verfasst waren;
- Schwachstellenanalyse und Qualitätssicherung als primäre Gründe der PZ-Befragung angegeben werden;
- sich kleinere Krankenhäuser (< 200 Betten) eine PZ-Befragung häufig nicht leisten konnten;
- von den 27 ausgewerteten PZ-Fragebögen immerhin sechs ein DIN A6 Format aufwiesen;
- ein Drittel der zugesandten Fragebögen von einer äußerst kleine Schrift (<10pt) Gebrauch machte;
- in 40,8% der ausgewerteten Bögen nur 1 bis 10 Fragen gestellt wurden;
- in 55% der ausgewerteten Bögen eine Antwortskala mit max. 3 Kategorien genutzt wurde;
- den Fragebögen äußerst selten erläuternde Begleitschreiben vorgingen;
- in sich in den allermeisten Fragebögen sich keine ‚Dankesformeln' für die Mitarbeit der Patienten fand sowie dass
- in den gesichteten Fragebögen zumeist nach der Zufriedenheit mit der Hotelleistung (45%) sowie nach der erlebten Pflegequalität (25%) gefragt wurde.

Ohne nun detailliert auf die größtenteils für sich selbst sprechenden Erkenntnisse eingehen zu wollen, können wir in der Summe festhalten, dass die im Krankenhausalltag gängige Praxis der PZ-Erfassung laut den Untersuchungsergebnissen der von FLEISCHER vorgelegten Studie als hochgradig unwissenschaftlich einzuschätzen ist, da offenkundiger Weise selbst elementarste Gesetzmäßigkeiten der empirischen Sozialforschung gänzlich unberücksichtigt blieben.

Ob diese katastrophale methodische Bestandsaufnahme aus dem Jahre 1993 nun auch noch knappe acht Jahre später Bestand hatte, werden wir nachfolgend anhand der von Silke LECHER / Bernadette KLAPPERER & Uwe KOCH im Zeitfenster zwischen September 2000 und März 2001 via Telefonbe-

[92] Angemerkt sei, dass insgesamt 27 Kliniken den von ihnen genutzten Fragebogen zusandten (vgl. FLEISCHER 1996: 62).

fragung[93] und Dokumentenanalyse[94] durchgeführten Studie zu Verbreitung und Qualität von PZ-Befragung in deutschen Krankenhäusern zu beantworten versuchen. Nach der gründlichen Analyse der insgesamt 52 zugesandten PZ-Fragebögen, gelangte das Forschertrio LECHER / KLAPPER & KOCH zu der folgenden, niederschmetternden Einschätzung:

> „Beim Vergleich der verschiedenen Patientenbogen zeigt sich ein heterogenes Bild, und es ließ sich kaum ein qualitativer Unterschied durch die Entstehungsquelle (Eigenproduktion vs. Beratungsproduktion) ablesen. Erstaunlich ist insgesamt, wie wenig die Ergebnisse der Zufriedenheitsforschung der vergangenen Jahre in die Fragebögen Eingang gefunden haben. Nach wie vor wird global nach Zufriedenheit gefragt, obwohl es als gesichert gilt, dass sich auf diese Weise ausschließlich positive Beurteilungen ermitteln lassen. Die Eignung der meisten Fragebögen für die qualitätsoptimierende Befragung der Patienten ist fraglich und orientiert sich wenig an den Standards zur Entwicklung von Fragebögen. Eine Schlussfolgerung für die Praxis kann daher nur sein, die Entwicklung von Fragebögen stärker als bisher in die Ausbildung von Qualitätsbeauftragten einzubeziehen, damit die Güte der selbstentwickelten Befragungsinstrumente oder die Auswahl und Adaption extern entwickelter Fragebögen optimal erfolgt.“[95]

Da nun auch in den Studien von WALTHER (2001)[96], NAUMANN und Mitarbeiter (2001[97]), BIRSCHEL (2004)[98], KLEMM & NIETHAMMER (2005)[99] sowie THILL (2008)[100] ähnlich unerquickliche Erkenntnisse hinsichtlich der methodischen Qualität der im Befragungsalltag vorfindbaren Messinstrumente zu Tage gefördert werden konnten, bedarf das bereits im vorausgehenden Kapitelabschnitt generalüberholte Methodendefizit der PZF nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit einer weiteren Ergänzung um die obig ausbuchstabierte Problematik, dass das innerhalb der PZF mühselig zusammengetragene Wissen um die notwendigen Komponenten eines ‚kritiksensitiven' Zufriedenheitsfragebogen jene Akteure, die von der Institution zur Durchführung von PZ-Befragungen auserkoren wurden, nicht erreicht. Ob sich hinter dieser *prima facie* irrational anmutenden Handlung nun möglicherweise nicht doch ganz und gar rationale Überlegungen verbergen, wird im nachfolgenden Kapitel 7 unter Bezugnahme auf die vom Neo-Institutionalismus entwickelten Analyseschablonen zu diskutieren sein.

---

[93] Die leitfadengestützten Telefoninterviews wurden mit den jeweiligen Qualitätsmanagementansprechpartnern der insgesamt 95 Kliniken, die sich an der Befragung beteiligten, geführt (vgl. LECHER / KLAPPER& KOCH 2002: 5-6).

[94] Insgesamt 52 Kliniken sandten den von ihnen benutzen Fragebogen dem Autorenduo zu (vgl. ebenda: 5).

[95] ebenda: 7-8

[96] Die Autorin wertete insgesamt 90 Patientenzufriedenheitsfragebögen, die in den Krankenhäusern des Bundeslandes Baden-Württemberg eingesetzt wurden, aus. Dabei gelangte WALTHER zu der Einsicht, dass der Großteil der in Augenschein genommenen Instrumente eine äußerst geringe Itemgesamtzahl aufwies, so dass in keiner Weise von einer angemessenen Inhaltsvalidität gesprochen werden kann (vgl. WALTHER 2001).

[97] „Um einen Überblick über die Praxis (...) [der Patientenzufriedenheitserfassung von Kindern und Jugendlichen, T.K.] zu erhalten, befragten wir alle 153 stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen in Deutschland. Nach einmaliger telefonischer Erinnerung antworteten insgesamt 76 Prozent, von denen wiederum 29 Prozent einen Fragebogen zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit einsetzten. 20 von diesen 34 Institutionen, die aktuell einen Zufriedenheitsfragebogen verwenden, haben ihn selbst entworfen“ [NAUMANN et al. 2001: 253].

[98] In ihrer Untersuchung zur Verbreitung von Patientenbefragungen im südwestlichen Bundesgebiet – an welcher sich insgesamt 38 Krankenhäuser beteiligten – konnten die beiden Forscherinnen aufzeigen, dass 65% der Fragebögen in Eigenregie von den Klinikmitarbeitern entwickelt wurden, dass 63% der Fragebögen einen Umfang von maximal 40 Fragen aufwiesen sowie dass in 37% der Fälle die Fragebogenübergabe schon während des Patientenaufnahmeprozedere geschieht.

[99] vgl. BIRSCHEL 2004

[100] Nach der Analyse einer nicht genau angegebenen Anzahl von Patientenzufriedenheitsfragebögen, die in deutschen Hausarztpraxen Anwendung faden, gelangte THILL aufgrund der Tatsachen, dass nur 23% der Bögen einen Begleittext aufwiesen, dass in 64% der Fälle eine ungeeignete Skalierung (Ja-Nein-Antwortkategorien) benutzt wurde, dass 37% der Bögen als leseunfreundlich zu bewerten waren sowie dass lediglich 51% der Fragebögen die Anonymität der Befragten ausdrücklich wahrte, zu folgendem Fazit: „Patientenzufriedenheitsanalysen sind ein notwendiges Instrument, die Patientenorientierung des Praxismanagements zu überprüfen und auszurichten. Die Umsetzungsrealität im Alltag zeigt jedoch, dass viele Befragungen aufgrund einer zu geringen Methodenkenntnis und einer unsachgemäßen Anwendung des Instruments falsche Ergebnisse ermitteln, die Patientenzufriedenheit gar nicht oder nur unzureichend abbilden und zu Fehlschlüssen in Bezug auf Veränderungen der Praxisleistung führen“ [THILL 2008: 12].

6.3 Das methodische Kardinalproblem der Patienztenzufriedenheitsforschung: *Die exorbitant hohen Gesamtzufriedenheitswerte*

Dass die im Rahmen von Zufriedenheitsstudien befragten Personen in der Regel ein aus der Außenperspektive überraschend hohes, mitunter gar astronomisch anmutendes Zufriedenheitsbefinden bekunden, stellt ein seit den Anfängen der systematischen Zufriedenheitsforschung bekanntes und seither vielerorts kontrovers diskutiertes Phänomen dar, vor dessen Hintergrund nicht nur die Aussagefähigkeit von PZ-, sondern darüber hinaus auch von Lebens-[101], Arbeits-[102], Kunden-[103] und Wohnzufriedenheitsstudien[104] – kurzum von sämtlichen empirischen Zufriedenheitserkundungsbemühungen – grundsätzlich angezweifelt wird. Diesem Phänomen, welches in der einschlägigen Fachliteratur zumeist unter dem Terminus des ‚Zufriedenheitsparadoxes'[105] verhandelt wird, werden wir uns im vorliegenden Kapitelunterpunkt schwerpunktmäßig aus zweierlei Richtungen nähern: Zuerst sollen im Abschnitt 6.3.1 verschiedene methodische als auch theoretische Gründe vorgestellt werden, die in der Literatur gemeinhin für das obig skizzierte Phänomen der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte verantwortlich gemacht werden *bzw.* dieses begünstigen. Daran anschließend werden im Kapitelunterpunkt 6.3.2 einige ausgewählte methodische Finessen, die in der nationalen wie internationalen PZF zur Negation des Artefakts der falsch hohen Zufriedenheitswerte entwickelt wurden, eingehender dargestellt und mit Argusaugen auf ihre Funktionsdienlichkeit hin überprüft. Im ausklingenden Unterpunkt 6.3.3 wird der Autor der vorliegenden Arbeit dann nochmals kritisch zu der Diskussion um die konstant hohen Zufriedenheitswerte (Artefaktverdacht) Stellung beziehen.

Bevor wir nun allerdings mit der Inaugenscheinnahme unterschiedlichster Ansätze zur Erklärung des Phänomens der fortwährend hohen Gesamtzufriedenheitswerte beginnen werden, soll dem Leser der vorliegenden Arbeit vorab anhand einiger numerischer Größen aus fünf Forschungsarbeiten *ad oculos demonstriert* werden, in welchen Höhen sich die eruierten Gesamtzufriedenheitswerte innerhalb der PZF – unabhängig von Erhebungsmethodik und -kontext – zumeist bewegen. *Exempli causa* gelangten MC PHEE und Kollegen (1975) auf der Basis einer an insgesamt 48 psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführten Zufriedenheitsuntersuchung zu dem Ergebnis, dass die Zufriedenheitsangaben der Patienten zwischen 72% und 100% osszilierten.[106] Analoge Ergebnisse konnten in den Metaanalysen von WEINSTEIN (1979)[107], LEHMANN & ZASTOWNY (1983)[108], LEBOW (1983a)[109] sowie HALL & DORNAN (1988a)[110], denen zufolge der durchschnittliche Gesamtzufriedenheitswert oberhalb der 70% Marke angesiedelt ist, nachgewiesen werden. Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der Autor der vorliegenden Arbeit im Verlauf der Literatursichtung 13 deutschsprachige

---

[101] vgl. HERSCHBACH 2002 und STAUDINGER 2000

[102] vgl. BUNZ et al. 1974; KERN & SCHUMANN 1970; KRAMPEN 1978: 56; LEPSIUS 1960: 42 sowie NEUBERGER 1977b: 145

[103] vgl. STAUSS & NEUHAUS 1996: 129

[104] vgl. HÄUßERMANN & SIEBEL 1996: 218-219

[105] siehe dazu die Ausführungen in der Fußnote 910 des zweiten Kapitels der vorliegenden Arbeit

[106] vgl. MC PHEE et al. 1975: 400-401. Weitere Studien mit ähnlich hohen Zufriedenheitswerten: u.a. FRANK 1974 und FRANK et al. 1977

[107] Die Metaanalyse von WEINSTEIN gelangte zu dem Ergebnis, dass den 38 analysierten PZ-Studien ein durchschnittlicher Gesamtzufriedenheitswert von 78,9% zugrunde lag (vgl. WEINSTEIN 1979: 248).

[108] Die beiden Autoren gelangten nach der Durchmusterung von insgesamt 52 PZ-Studien zu der Einsicht, dass sich durchschnittlich 70,6% der Patienten zufrieden und bloß 18,9% unzufrieden äußerten (vgl. LEHMANN & ZASTOWNY 1983: 267).

[109] In den 49 Studien, welche Angaben zur Gesamtzufriedenheit machten, lag der durchschnittliche Gesamtzufriedenheitswert der Patienten bei 79% (vgl. LEBOW 1983a: 79).

[110] Die Gesamtzufriedenheit der 221 von den beiden Autoren gesichteten Studien zur Patientenzufriedenheit bewegte sich zwischen 76 und 84% (vgl. HALL & DORNAN 1988a: 642).

Studien zur PZ ausfindig machen konnte, in denen der Gesamtzufriedenheitswert gar jenseits der 90% Hürde lag.[111]

An dem Phänomen der generell hohen Gesamtzufriedenheitswerte, welchem wir in den vorausgehenden Zeilen ein empirisches Gesicht verleihen konnten, entzünden sich nun allen voran fünf problemschwangere Fragen, die dem Unternehmen PZF die Existenzberechtigung zu entziehen drohen:

1) *Artefaktverdächtigkeit:* Kann von den Zufriedenheitsangaben der Patienten tatsächlich auf eine subjektiv vorhandene Zufriedenheit zurückgeschlossen werden?[112] Oder verhält es sich nicht vielmehr der Gestalt, dass die hohen Zufriedenheitswerte durch den Einsatz des Erhebungsinstruments (Hawthorne-Effekt) erst konstruiert wurden und die somit im Rahmen von PZ-Studien erzielten Ergebnisse – einer Cargo-Kult Wisssenschaft gleich – reine Messartefakte darstellen?
2) *Kritik der patientenseitigen Urteilskompetenz:* Angesichts der durchweg hohen Zufriedenheitswerte wird in der Literatur die grundsätzliche Frage aufgeworfen, ob Patienten als medizinische Laien überhaupt dazu befähigt sind, eine aus der Expertenperspektive als defizitär zu bezeichnende Versorgungssituation zu erkennen und mit entsprechender Unzufriedenheitsbekundung im Fragebogen zu quittieren. Mit anderen Worten gesagt geht es hier um die Frage, inwieweit PZ-Angaben als sichere Qualitätsindikatoren verwendet werden können.
3) *PZ-Studien als herrschaftsstabilisierendes den qualitätsverbesserndes Instrumentarium*: Des Weiteren sind in der Literatur kritische Stimmen zu vernehmen, laut derer PZ-Studien, mit dem sicheren Wissen hohe Zufriedenheitswerte zu erlangen, von Krankenhäusern – unter dem Deckmantel des in diesem Zusammenhang philanthropisch konnotierten Qualitätsverbesserungsschlagwort – zur Verdeckung realer Versorgungsmissstände instrumentalisiert werden können.[113] Gemäß dieser Argumentation pervertiert die ursprüngliche Intention der PZF, die ja gewissermaßen mit der Absicht antrat, die dem Gesundheitssystem inhärenten Herrschafts- und Gewaltverhältnisse aufzudecken, zu einer den *status quo* absichernden – mit MARCUSE gesprochen – Technik der ‚repressiven Toleranz'.
4) *Zur ethischen Bedenklichkeit von PZ-Studien*: Betrachten wir die empirisch sattsam zu Tage geförderte Tendenz, dass in PZ-Studien beinahe ausnahmslos (falsch) hohe Zufriedenheitswerte erzielt werden, im Lichte der Selbstzweckformel des kantianischen Imperativs[114], so kann der PZF insofern ihre ethische Rechtschaffenheit abgesprochen werden, als dass sie den Patienten als reinen Datenlieferanten missbraucht. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass die angesichts der augenscheinlich hohen Zufriedenheitsergebnisse zumeist ausbleibenden Verbesserungsmaßnahmen (Verwertungsdefizit) zu dem unter ethischen Gesichtspunkten unhaltbaren Zustand führt, dass ausnahmslos die Klinik – *bspw.* im Sinne einer öffentlichtlichkeitswirksamen Vermarktung der positiven Ergebnisse – nicht jedoch die Patientenschaft von der Befragung profitiert.[115]

---

[111] Zu deutschsprachige Zufriedenheitsstudien, in denen die Patienten einen Zufriedenheitswert von gleich oder über 90% angaben, siehe u.a. die folgenden Untersuchungen: AICHELE 2001; BOTHNER 1996; HÄRTER et al. 2004; KELLER et al. 2001; KERSTING 1991; MARCH et al. 2004; ROSNER & SCHLAWIN 1993; RÜSTER 2004; SATZINGER et al. 1995; SCHMIDT et al. 1989; SCHNEIDER 1987; SCHULZE 2001 sowie SEGLEKE 1997

[112] vgl. NEUGEBAUER & POSRT 2001: 25

[113] vgl. KELLE et al. 2008: 164-165

[114] Diese lautet: „*Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zwecke, niemals bloß als Mittel brauchest*" [KANT 2000: 79]

[115] vgl. HOFFMANN 2004: 265

5) *Zur rechtlichen Fragwürdigkeit von PZ-Studien*: Gesetzt des Falles, dass – wie es das Problem der nomologisch hohen Zufriedenheitswerte nahe legt – Patienten nicht in der Lage sind, zwischen einer objektiv guten und einer objektiv schlechten Versorgungsqualität zu differenzieren, verstoßen die via PZ-Befragung generierten und verbreiteten Daten insofern gegen das Gesetz des unlauteren Wettbewerbs, als dass sich Kliniken mit suboptimaler Versorgungsqualität auf dem Wege der PZF einen Vorteil gegenüber der medizinisch-therapeutisch besser aufgestellten Konkurrenz erschleichen können und der Verbraucher dadurch in tadelungswürdiger Weise genasführt wird.

Im unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt 6.3.1 soll nun der Versuch unternommen werden, durch eine minutiöse Diskussion der zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen PZ-Werte in der Literatur angeführten Faktoren die erste der obig aufgeworfenen Frage, in Worten die Frage ob PZ-Befragungen *realiter* das messen, was sie zu messen vorgeben, beantwortet werden.

6.3.1 Erklärungsmodelle zur Genese der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte

Die in den kommenden Zeilen vorzunehmende Auflistung und Diskussion sämtlicher in der nationalen wie internationalen Literatur zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen Gesamtzufriedenheitsparameter feilgebotenen Ansätze, soll nun auf der einen Seite – wie obig geschildert – eine Antwort auf die Frage liefern, ob es sich bei den im Rahm von PZ-Untersuchungen zu Tage geförderten Daten nun um soziale Tatbestände oder aber um Messartefakte handelt. Darüber hinaus soll auf der anderen Seite mit der Enumeration möglicher Datenverzerrungsquellen *en passant* sowohl ein Scherflein zur Erhöhung des methodischen Niveaus künftiger Zufriedenheitsstudien beigesteuert als auch ein Beitrag zur Systematisierung des zur Disposition stehenden Problems, welches in der einschlägigen Literatur *bis dato* nur äußerst rhapsodisch besprochen wurde, geleistet werden.

6.3.1.1 Methodische Einflussfaktoren

In den unmittelbar folgenden Unterpunkten werden wir nun insgesamt 14 zentrale methodische Einflussgrößen detailliert vorstellen, die sowohl in der PZ- als auch in der Lebens-, Kunden und Arbeitszufriedenheitsforschung für das Phänomen verantwortlich gemacht werden, dass das ermittelte Zufriedenheitsbild in positiver Richtung verzerrt wird.

6.3.1.1.1 Non-Response-Bias

Die bereits in Kapitelunterpunkt 6.1.3 angeschnittenen Problematik, dass das Gros der schriftlich durchgeführten PZ-Befragungen zumeist nur eine Ausschöpfungsquote von 60 bis 70% erzielt, wird nun in der Literatur der Gestalt zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte herangezogen, als dass angenommen wird, dass die Ausfallursache mit dem Befragungsgegenstand zusammenhängt. Konkret formuliert bedeutet dies, dass in der Literatur häufig die empirisch nicht weiter analysierte Hypothese vertreten wird, dass sich hinter den Nichtantwortern jene Patienten verpuppen, die im Gegensatz zu den Antwortern mit der in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung verstärkt unzufrieden waren.[116] Betrachten wir nun allerdings die Forschungsergebnisse derjenigen Studien, welche die Zufriedenheitswerte der Responder mit denen der

[116] vgl. SPIEßL & KLEIN 1995a: 614

Nonresponder verglichen, so gelangen wir zu einem inkonsistenten Bild. Während nämlich die Ergebnisse der Nonresponderanalysen von NGUYEN et al. (1983), LEBOW (1983a), SCHMIDT et al. (1989), BARKLEY & FUSE (1996), ETTER et al. (1996), MAZOR et al. (2002) und WESSEL (2007) die im vorausgehenden Satz geschilderte Vermutung tendenziell stützen konnten, wichen die in den Untersuchungen von LEY et al. (1976), HÜBNER & HÜBNER (1976) sowie WARE et al. (1991) ermittelten Nonresponderzufriedenheitswerte nicht von denen der Responder ab. Zu einem gänzlich entgegengesetzten Ergebnis gelangten darüber hinaus die Studien von LASEK et al. (1997) und FOWLER et al. (2002), in denen die Nonresponder tendenziell höhere Zufriedenheitswerte als die Responder aufwiesen. Aufgrund dieser widersprüchlichen empirischen Befundlage, kann an dieser Stelle nur dafür plädiert werden, durch eine Berücksichtigung etablierter Rücklaufsteigerungsverfahren (z.B. materieller oder immaterieller Gratifikationen, ansprechendes Fragebogenlayout, die Verfassung eines Reziprozitätsnormaktivierenden Begleitbriefes, mehrstufige Mahnschreiben usw.) die Ausfallquote auf ein Minimum zu reduzieren, damit der optional zufriedenheitstreibende Einfluss des so genannten Nonresponse-Bias so gering wie möglich gehalten wird.

6.3.1.1.2 Selektionseffekte

Neben dem bereits im Kapitelunterpunkt 6.1.3 unter Rückgriff auf die Studie von Udo KELLE und Mitarbeitern diskutierten *‚negativen Gatekeepingeffekt'*, demnach psychosoziale Einrichtungen dazu neigen, nur jene Patienten für die Befragung auszuwählen, von denen sie zu wissen meinen, dass sie sich mit der sie bergenden Institution gut stellen, könnten die hohen Gesamtzufriedenheitswerte auch dadurch erklärt werden, dass aufgrund des Tatbestandes, dass die bisher in Deutschland durchgeführten PZ-Untersuchungen beinahe ausschließlich in deutscher Sprache abgefasste Fragebögen einsetzen, so dass insbesondere ausländische Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, aber auch – aufgrund der Fragebogendominanz – motorisch eingeschränkte Patienten von vornherein aus der Untersuchung ausgeklammert werden. Da nun auf der Basis empirischer Daten angenommen werden kann, dass gerade ausländische Patienten sowie motorisch stark gehandicapte Patienten in den Institutionen des deutschen Gesundheitssystems in erhöhtem Maße negative Erfahrungen machen, kann nach Ansicht des Autors durchaus davon ausgegangen werden, dass die hohen Gesamtzufriedenheitswerte zu einem kleinen Teil darauf zurückgeführt werden können, dass allen voran die ausländischen Patienten, welche die deutsche Sprache nicht beherrschen, aus den Studien gemeinhin ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten von Thea BORDE (2001, 2002) sowie Isaac BERMEJO und Kollegen (2009) passen dieser Überlegung insofern „in den Streifen", als dass in beiden Studien nachgewiesen werden konnte, dass Patienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen eine signifikant geringere Zufriedenheit aufwiesen.[117] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass GARRETT und Kollegen im Rahmen ihrer im Jahre 2008 unter dem richtungsweisenden Titel "*The Happy Migrant Effect*" veröffentlichten Studie zu einer von der obigen Argumentation abweichenden Einschätzung gelangten. *Nomen est omen* konnten die Forscher den Beweis erbringen, dass sich die Majorität der von ihnen mittels Fokus-Gruppen zu ihren Krankenhauserfahrungen befragten Patienten (N=49) – welche kein oder nur äußert wenig Englisch sprechen konnten – trotz bestehender Versorgungsprobleme mit der Behandlung im Großen und Ganzen zufrieden zeigte.

[117] Zu ähnlichen Ergebnissen zwischen ‚english-speakers' und ‚non-english speakers' gelangten CARRASQUILLO und Mitarbeiter (1999), wobei erstere einen Zufriedenheitswert von 70% und letztere einen Wert von 52% aufwiesen. Siehe ferner die Untersuchungsergebnisse von SAHA 2003.

6.3.1.1.3 Positives Antwortverhalten provozierende Itemformate

Ungeachtet der streitbaren – im Kapitelpunkt 6.3.2 zu besprechenden – ‚Frageformulierungskunstgriffe' herrscht in der PZ-Literatur hinsichtlich der Deckeneffekt begünstigenden Auswirkungen von Itemenformaten in den beiden folgenden Punkten weitestgehend Einigkeit: *Erstens* konnte in einer myriadenartig anmutenden Studienanzahl nachgewiesen werden, dass die Patienten um so höhere Zufriedenheitsangaben machten, je globaler die Frage (z.B. „*Wie zufrieden waren Sie alles im allen mit der Beziehung zu ihrem Therapeuten?*") formuliert wurde. Wurden hingegen zuzüglich zu den globalen Items auch spezifische Fragen (z.B. „*Fühlten Sie sich von Ihrem Therapeuten respektiert?*") gestellt, so zeigte sich, dass die spezifischen Items von den Patienten signifikant kritischer beantwortet wurden.[118] Aus dieser Erkenntnis wurde in der Zufriedenheitsforschung die logische Schlussfolgerung gezogen, dass einerseits ein hoher Gesamtzufriedenheitswert nicht mit der Abwesenheit von negativen Erfahrungen gleichzusetzen ist[119] und dass andererseits globale, eindimensionale Messinstrumente – wie z.B. der etablierte ZUF-8 – als Instrumente des Qualitätsmanagements gänzlich unbrauchbar sind.[120] Neben dem Itemspezifitätsgrad konnte *zweitens* in mehreren Forschungsarbeiten aufgezeigt werden, dass klassische Zufriedenheitsfragen („*Wie zufrieden waren Sie mit dem Essen?*") positivere Ergebnisse als Statements („*Mit dem Essen war ich zufrieden*") erzielten.[121]

6.3.1.1.4 Kontexteffekte (Halo-Effekt)

Sowohl in der AZ[122]- und KuZ-F[123] als auch in den Schriften zur LZ-F[124] konnte auf empirischen Wege festgestellt werden, dass – simplifiziert formuliert – die Position, welche dem Gesamtzufriedenheitsitem innerhalb des Fragebogens zugewiesen wird, einen entscheidenden Einfluss auf das Antwortverhalten des Befragten ausüben kann. Zur Verdeutlichung des Fragereihenfolgeeffekts sollen nachstehend zwei Studien des sich um dieses Forschungsthema verdient gemachten Kognitionspsychologen Norbert SCHWARZ dargestellt werden: In der ersten Untersuchung konnte SCHWARZ demonstrieren, dass jene Personen, die im Rahmen eines Interviews zu ihrer Einstellung gegenüber der CDU befragt wurden, eine positivere Meinung über diese Partei bekundeten, denen mittels einer vorausgegangenen Frage in Erinnerung gerufen wurde, dass Richard von Weizsäcker dieser Partei angehört (positiver Ausstrahlungs- *resp.* Assimilationseffekt). Befragten, denen diese zusätzliche Frage nicht gestellt wurde, fühlten sich der CDU in signifikanter Weise weniger zugeneigt.[125] In einer weiteren Untersuchung zur LZ konnte SCHWARZ feststellen, dass Personen, die vor der Frage nach der allgemeinen LZ darüber befragt wurden, wie zufrieden sie mit ihrer "*Rendezvoushäufigkeit*" sind, entschieden geringere Gesamtlebenszufriedenheitswerte berichteten als jene Befragungspersonen, denen diese Frage nicht vorgelegt wurde.[126] Ohne nun an dieser Stelle auf die tieferliegenden Gründe, die für Fragereiheneffekt verantwortlich zu machen sind, eingehen zu können, sei nichtsdestotrotz darauf hingewiesen, dass der zufriedenheitsreibende als auch unzufriedenheitserhöhende Verzerrungseinfluss dieses Effekts in PZ-Fragebögen dadurch minimiert werden kann, dass auf der einen Seite die Fragen nach der Gesamtzu-

[118] vgl. EBERHART et al. 2004; ERZBERGER et al. 1989; GEERTSEN et al. 1976; GREENWOOD et al. 1999; KUELLA 1975; MC KILLIP et al. 1992; RASPE et al. 1996; SPIEßL & KLEIN 1995a sowie WEINSTEIN & CALNAN 1991b
[119] vgl. WILLENBORG 1999
[120] vgl. BERMEJO et al. 2008; MÖLLER-LEIMKÜHLER et al. 2002b: 23 und ROSS et al. 1995
[121] vgl. MÖLLER-LEIMKÜHLER et al. 2002b: 20; WENSING et al. 1994: 50
[122] vgl. BORG 2003
[123] vgl. WIRTZ 1996, 2002, 2001 sowie WIRTZ & BATESON 1995
[124] vgl. SCHWARZ 1991a&b
[125] vgl. SCHWARZ 1991b: 72-75
[126] vgl. SCHWARZ 1991a: 3ff.

friedenheit erst am Ende des Fragebogens gestellt und dass auf der anderen Seite den Gesamtzufriedenheitsitems – zur Abschwächung positiver oder negativer emotionaler Ausstrahlungseffekte – einige ‚Pufferfragen' vorausgeschickt werden sollten.

6.3.1.1.5 Bejahungstendenzen (Aquieszenz)

Ein weiterer methodischer Verzerrungsmechanismus, der in der Literatur insbesondere von WARE (1978) und ROSS et al. (1995) zu Erklärung des Phänomens der konstant hohen PZ-Werte herangezogen wird, stellt die so genannte Bejahungs- oder Zustimmungstendenz dar, der zufolge Befragungspersonen ihre Antwort ohne Ansehung der konkreten Frageinhalte *per se* am positiven Ende der Antwortskala platzieren. Betrachten wir nun die Studienergebnisse der beiden im vorausgehenden Satz angeführten Autoren, welche das Ausmaß der Bejahungstendenz dadurch zu erfassen suchten, dass sie 11 *resp.* 7 Itempaare mit analogen Inhalten einmal in positiver (z.B. „*Mit dem Essen war ich zufrieden*") und einmal in negativer Form („*Mit dem Essen war ich unzufrieden*") stellten, so findet sich der positiv verzerrende Einfluss der Bejahungstendenz insofern bestätigt, als dass in der Studie von WARE *circa* 10% der Befragten vier oder mehr Itempaare inkonsistent beantworteten[127] und in der Forschungsarbeit von ROSS et al. (1995) gar 18%[128] der befragten Patienten zu drei oder mehr Itempaaren unlogische Antworten abgaben.[129] Besonders interessant erscheint dem Autor der vorliegenden Arbeit in diesem Zusammenhang die Feststellung, dass diejenigen Patienten, die in den beiden voranstehenden Studien durch eine erhöhte Bejahungstendenz auffielen, vornehmlich durch zwei Merkmale, nämlich hohes Alter und geringe Bildung[130], charakterisiert waren. Diese beiden Erkenntnis lässt vermuten, dass die Fragebogenmethode für Patientengruppen, welche eines oder beide der genannten Merkmale aufweisen, kein geeignete Instrumentarium darboten. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass sich die von WARE vorgeschlagene Technik zur Reduktion des Acquiescenz-Bias, *nudis verbis* die Verwendung ausbalancierter Fragebatterien, sich in der PZF nicht durchsetzen konnte, da sich die Patienten in mehren Studien über die kognitiven Mehrkosten dieser Variante beklagten.

6.3.1.1.6 Positives Antwortverhalten provozierende Antwortkategorien

Gemäß den Ergebnissen einer äußerst instruktiven Forschungsarbeit von HIPPLER und Mitarbeitern (1986) über den »*Einfluss numerischer Werte auf die Bedeutung verbaler Skalenpunkte*« spielen allen voran jene numerischen Wertebereiche, denen im positiven Bereich der Antwortskala ein Pluszeichen und im negativen Skalenbereich ein Minuszeichen vorangestellt wird (z.B. von –3 bis +3) dem Phänomen der geringen Unzufriedenheitsbekundungen in die Karten. Zur empirischen Überprüfung ihres Ausgangsverdachts, demnach unterschiedliche numerische Werte, bei gleichen verbalen Skalenpunkten, einen ausgeprägten Einfluss auf die Antwortverteilung ausübten, griffen HIPPLER und Mitarbeiter auf ein im Jahre 1988 vom Allensbachinstitut durchgeführtes Experiment zurück, in dem einen Teil der Befragten zur Beantwortung des Items „*Wie erfolgreich waren Sie bisher in Ihrem Leben?*" eine Skala von 0 ("überhaupt nicht erfolgreich") bis 10 ("außerordentlich erfolgreich") und dem restlichen Teil der Befragten eine

---

[127] vgl. WARE 1978: 333

[128] vgl. ROSS et al. 1995: 400

[129] Ein anderes Verfahren zur Identifizierung von Antworttendenzen nutze BERGER-SCHMITT, die im Rahmen ihrer Vergleichsuntersuchung zwischen dem Wohlfahrtssurvey und Sozioökonomischen-Panel Antworttendenz dann als gegeben ansah, wenn ein Befragter mehr als die Hälfte aller Zufriedenheitsfragen mit ein und derselben Antwortkategorie beantwortete (vgl. BERGER-SCHMITT 1988: 376). Zentrales Ergebnis ihrer Studie: „Antwortstile schlagen vor allem bei „inhaltsarmen" Fragen durch, dass heißt bei Fragen mit sehr allgemeinem, unpräzisen oder zweideutigen Inhalt" [ebenda: 380].

[130] vgl. WARE 1978: 334 sowie ROSS et al. 1995: 392

Skala von –5 ("überhaupt nicht erfolgreich") bis +5 ("außerordentlich erfolgreich") vorgelegt wurde. Die Ergebnisse waren eindeutig: Die Befragten, welche ihre Antwort auf der von –5 bis +5 reichenden Skala einzutragen hatten, schätzen ihren bisherigen Lebenserfolg signifikant höher ein als jene Befragten, die mit der von 0-10 reichenden Skala vorlieb nehmen mussten.[131] Von analogen Ergebnissen berichtet auch HUBER, der im Rahmen eines Experiments zum Einfluss unterschiedlicher Antwortformate auf das Befragungsverhalten ebenfalls zu der Einsicht gelangte, dass die Befragten auf der in diesem Fall über den Wertebereich von –3 bis +3 erstreckenden Antwortskala die höchsten Zufriedenheitsangaben angaben.[132]

6.3.1.1.7 Positiv verzerrende Einflüsse der Fragebogenqualität

Neben ROSS und Mitarbeitern konnten allen voran HALL & DORNAN (1998a) in ihrer Metaanalyse den Nachweis erbringen, dass die mit „heißer Nadel gestrickten" ad hoc-Fragebögen – HALL und DORNAN sprechen auch von so genannten „homemade-questionnaires" – gegenüber wissenschaftlich ausgearbeiteten Fragebögen eine signifikant höhere Gesamtzufriedenheit zu Tage fördern; wobei die mangelnde Kritiksensitivität der von den Kliniken in Eigenregie entwickelten Fragebögen insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass die Instrumente eine äußerst schmale Itemgesamtzahl (in der Regel unter 10 Fragen) aufweisen und dass zudem die wenigen Items noch im globalem Format gehalten sind.

6.3.1.1.8 Soziale Erwünschtheit

Der in der nationalen wie internationalen PZ-Literatur am häufigsten zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen Zufriedenheitswerte angeführte methodische Verzerrungsmechanismus stellt der so genannte „Social-Desirability-Response-Set" dar, demnach sich die befragten Patienten in der Regel deshalb jubilisatorisch zufrieden geben, weil ein derartiges Artwortverhalten mit den sozialen Erwartungen der Patientenrolle harmonisiert. Betrachten wir nun allerdings die Ergebnisse jener PZ-Studien, die zur Überprüfung der Einflussstärke neben der Zufriedenheit auch die soziale Erwünschtheit – zumeist mittels Crowne-Marlow-Skala[133] – ermittelten und in Beziehung zueinander setzten, so zeigt sich, dass die auf der theoretischen Ebene vielstimmig beschworene Kontamination der Daten durch sozial erwünschtes Antwortverhalten auf der praktisch Ebene nicht[134] oder aber nur in äußerst abgeschwächter Form[135] nachgewiesen werden konnte.

6.3.1.1.9 Mangelhafte Anonymität (Deanonymisierungsängste)

Eine elementare Voraussetzung zur Abschwächung des sozialen Erwünschtheitseinflusses besteht allerdings – wie nachfolgend anhand einer von SOELLING & NEWELL durchgeführten Studie aufgezeigt werden soll – in einer vertrauenswürdigen Anonymitätszusicherung. So konnte das obig genannte Autorenduo in ihrer Untersuchung, in der eine Befragtengruppe den Fragebogen unter anonymen und eine andere unter nicht-anonymen Bedingungen ausfüllten, aufzeigen, dass jene Patienten, die auf den Fragebogen ihren Namen notieren sollten, signifikant höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen als die Patienten, welche den Fragebogen unerkannt bearbeiten und abgeben konnten.[136] Der zufriedenheitsschüren-

[131] vgl. HIPPLER et al. 1986: 56-57
[132] vgl. HUBER 1983: 57
[133] vgl. CROWNE & MARLOW 1964. Eine deutsprachige Version dieser Skala legten LÜCK & TIMAEUS (1969) vor.
[134] vgl. GASTON & SABOURIN 1992; WETTACH 2005 sowie WOLF 1980
[135] vgl. HAYS & WARE 1986 und SABOURIN et al. 1989
[136] vgl. SOELLING & NEWELL 1983

de Effekt unzureichender Anonymitätszusicherung konnte in der ähnlich angelegten empirischen Forschungsarbeit von Ross J. RAPAPORT repliziert werden.[137] Keine signifikanten Unterschiede konnten hingegen LEONHARD und Mitarbeiter, welche die Zufriedenheitswerte von Patienten, die den Fragebogen unter vollständig anonymen Bedingungen bearbeiteten und jenen, die den Fragebogen in einer vertrauensvollen, jedoch nicht-anonymen Umgebung beantworteten, feststellen.[138]

6.3.1.1.10 Sponsorship-Effekt

Unter dem so genannten ‚Sponsorship-Effekt' wird in der empirischen Sozialforschung die datenverzerrende Tendenz subsumiert, dass der Befragte in einem ersten Schritt darüber Vermutungen anstellt, wer die Untersuchung leitet (Sponsor) und daran anschließend in einem zweiten Schritt sein Antwortverhalten an die Erwartungen des vermeintlichen Fragestellers anpasst.[139] Das auch PZ-Befragungen von der verfälschenden Einflussnahme dieses Effekts auf die Datengüte nicht gefeit ist, konnte allen voran ETTER und Mitarbeiter dokumentieren, die im Rahmen ihrer Forschungsarbeit den Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf postalischem Wege einen PZ-Fragebogen zukommen ließen, wobei sich der inhaltlich gleiche Fragebogen dahingehend unterschied, dass eine Gruppe der Patienten den Fragebogen vom Krankenhaus (K-Absender) und die andere Gruppe der Patienten den Fragebogen von der Universität (U-Absender) zugestellt bekamen. In der Ergebnisauswertung zeigte sich dann, dass diejenigen Patienten, denen der Fragebogen vom Krankenhaus zugesandt wurde, eine in der Tendenz nach höhere Zufriedenheitsangaben als jene Patienten, die aufgrund der Absenderadresse davon ausgehen konnten, dass die Untersuchung von der Universität durchgeführt wird.[140] Keine Zufriedenheitswertunterschiede konnten hingegen DESBOROUGH und Mitarbeiter (2008) zwischen jenen Patienten feststellen, die einen in der Hausarztpraxis überreichten Zufriedenheitsfragebogen entweder an die Praxis selbst oder aber an eine unabhängige Beratungsorganisation zurückzusenden hatten.

6.3.1.1.11 Hawthorne-Effekt

Beinahe ebenso häufig wie der ‚Soziale-Erwünschtheits-Effekt' wird in der PZ-Literatur der berühmt berüchtigte ‚Hawthorne-Effekt'[141] – demzufolge die Untersuchungsergebnisse allein durch die Tatsache, dass sich die Befragten in einer Befragungssituation wissen, beeinträchtigt werden (Reaktivität) – als *deus ex machina* für die konstant hohen PZ-Werte verantwortlich gemacht, wobei gemeinhin zwischen den beiden folgenden zufriedenheitsschönenden Einflussrichtungen unterscheiden wird: *Erstens* findet sich in der Literatur die Argumentation, dass bereits die Durchführung einer PZ-Befragung die Zufriedenheit der Patienten in die Höhe schnellen lässt, da sie den Patienten im Subtext kommuniziert, dass das Krankenhaus auf die subjektive Meinung ihrer Patienten Wert legt. Mit anderen Worten gesagt wird davon ausgegangen, dass die vermittels einer PZ-Befragung zum Ausdruck gebrachte Patientenorientiertheit bei den Patienten ein vorher nicht da gewesenes Gefühl der Zufriedenheit weckt, welches das anschließende Antwortverhalten in positiver Richtung verzerrt. Neben dieser Argumentation findet sich in der einschlägigen Literatur *zweitens* die zum Teil empirisch belegte Annahme, dass die Klinikmitarbeiter vor dem Hintergrund einer anstehenden PZ-Befragung ihr Verhalten der Gestalt modifizieren,

[137] vgl. RAPAPORT 1985
[138] vgl. LEONHARD et al. 2006
[139] vgl. BROSIUS & KOSCHEL 2005: 128
[140] vgl. ETTER et al. 1996: 331
[141] Eine lesenswerte Schilderung der industriesoziologischen Untersuchungen, auf denen das dem Effekt-Begriff vorangestellte Präfixoid rekurriert, bietet der Aufsatz von Lutz VON ROSENSTIEL 1995

dass sie den Patienten möglichst keinen Grund zur Kritik darbieten. Einen ersten empirischen Anhaltspunkt für die Gültigkeit der zuletzt geschilderten Mutmaßung lieferte die von Kenneth L. LEONARD (2008) vorlegte Studie »*Is patient satisfaction sensitive to change in the quality of care? An exploration of the Hawthorne effect*«, in welcher der Autor – verkürzt gesagt – den Nachweis erbringen konnte, dass sich die Ärzte durch die physische Präsenz des Untersucherteams intensiver als zuvor um eine optimale Versorgung ihrer Patienten kümmerten, was letztlich zu einem Anstieg der Zufriedenheitswerte führte.[142] *En passant* sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass LEONARD in seiner Studie nicht nur die zufriedenheitstreibende Kraft des Hawthrone-Effekts – der allerdings nur *circa* 10 bis 15 Konsultationen anhält[143] – sondern darüber hinaus auch die Beurteilungskompetenz der Patienten, da diese sich sehr wohl als befähigt erwiesen zwischen objektiv hoher und objektiv niedriger medizinischer Qualität zu differenzieren, belegen konnte.

6.3.1.1.12 Interviewer-Einfluss *(‚kluge Hans-Effekt')*

Zur Erklärung des empirisch sattsam nachgewiesenen Sachverhaltes, dass Patienten sowohl im persönlichen Interview als auch bei der telefonischen- und assistierten Befragung signifikant höhere Zufriedenheitsangaben als im klassischen Fragebogen tätigen, wird in der einschlägigen Literatur zumeist das Verhalten des Interviewers (Interviewer-Bias) herangezogen. Ähnlich wie in der verdienstvollen Studie »*Der Kluge Hans. Ein Beitrag zur nichtverbalen Kommunikation*« – in welcher der Psychologe Oskar PFUNGST mittels scharfsichtiger Experimente den verblüffenden Nachweis erbringen konnte, dass das vermeintlich des Rechnens und Schreibens kundige Wunderpferd Namens Hans die ihm gestellten Aufgaben nur deshalb angemessen mittels Hufschlag zu beantworten wusste, da ihm der Experimentleiter unbewusste nonverbale Signale (Kopfhaltung) offerierte, wann Hans mit dem Hufschlagen beginnen und wann aufhören sollte[144] – wird davon ausgegangen, dass der Interviewer den Befragten entweder durch unwillkürliches nonverbales Ausdrucksgebaren (z.B. Stirnrunzeln und Augenbrauen hochziehen wenn der Befragte Unzufriedenheit bekundet) oder aber durch offen zu Tage liegende soziale Merkmale (Geschlecht, Alter, Status, Sprachcode etc.) dahingegen beeinflusst, dass dieser mit Kritik hinterm Berg hält. Zur Minimierung des Einflusses sozialer Merkmale wurden – wie bereits im Kapitel 3 angemerkt – in der jüngsten PZF mit Erfolg Patienten, die vorab in den elementaren Techniken der qualitativen Interviewführung geschult wurden, eingesetzt.

6.3.1.1.13 Einfluss des Erhebungszeitpunktes

Höchst kontrovers wird in der nationalen wie internationalen PZF die Frage diskutiert, inwieweit der berichtete Zufriedenheitsgrad davon abhängt, ob die Patienten während des Krankenhausaufenthaltes (perstationär) oder aber nach ihren Krankenhausaufenthalt (poststationär) befragt werden. Ein nüchterner Blick auf diese zum Teil hitzig geführte Debatte um das jeweilige Für und Wider dieser beiden Erhebungszeitpunkte *resp.* -formen fördert die Erkenntnis zu Tage, dass das von den Verfechtern des postalischen Verfahrens gegen die Apostel des perstationären Ansatzes zur Felde geführte Argument, demnach Patienten, welche den Fragebogen noch während ihres Krankenhausaufenthaltes bearbeiten und abgeben müssen unter anderem aufgrund des zu diesem Zeitpunkt noch vorliegenden Abhängigkeits-

[142] vgl. LEONARD 2008
[143] vgl. LEONARD & MASATU 2006
[144] vgl. PFUNGST 1977. Der an diesem Klassiker der empirischen Sozialforschung näher interessierte Leser sei der lesenwerte Artikel von GRUNDLACH aus dem Jahre 2006 empfohlen.

verhältnisses dazu tendieren, die sie bergende Klinik positiver zu bewerten als sie es getan hätten, wenn sie den Fragebogen zu Hause aus hätten ausfüllen können, sich empirisch nicht einwandfrei belegen lässt. Denn obzwar sich in den Forschungsarbeiten von KINNERSLEY et al. (1996), HARPOLE et al. (1996), GRIBBLE & HAUPT (1999), NIEMANN (2001) sowie HENRICH et al. (2001) die postalisch befragten Patienten tendenziell unzufriedener mit der Behandlung zeigten als die perstationär befragten, so konnte dieser Effekt in den Studien von BÜHRLEN-ARMSTRONG et al. (1998), DE JAGER (1998), SCHMELING-KLUDAS (2000), EHLERS-GAUGER et al. (2001b), MODESTIN et al. (2003) und ADERHALDEN et al. (2008) nicht bestätigt werden. Die schmale und in sich inkonsistente empirischen Datenlage lässt somit momentan noch kein endgültiges Urteil darüber zu, ob die PZ zur Reduktion des Phänomens der konstant hohen Zufriedenheitswerte lieber post- als perstationär erhoben werden sollte. In Rechnung gestellt werden muss in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass bei postalischen Erhebungen der finanzielle und bürokratische Aufwand erheblich höher und die Rücklaufquote trotz aufwendiger Erinnerungsschreiben geringer ist als bei perstationären Befragungen. Angemerkt sei vor diesem Hintergrund noch, dass getreu den Forschungsarbeiten von WREN et al. (1971), WALKER & RESTUCCIA (1984), METERKO et al. (1990), KOSINKI & RASPE (1998), ETTER et al. (1996), WINTER & KEITH (1988), KAPP-STEHEN et al. (2001), MORFELD et al. (2002), BRÉDART et al. (2002) und GALL (2005) welche den zeitlichen Verlauf der Zufriedenheit untersuchten, davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei der PZ um ein recht stabiles Konstrukt handelt, da sich sowohl die während als auch die nach der Behandlung erhobenen Werte nicht nennenswert veränderten. In einigen der voranstehend genannten Studien konnte lediglich die statistisch nicht signifikante Tendenz zu Tage gefördert werden, dass die PZ mit längerem zeitlichen Abstand zur Behandlung (mehr als einen Monat) geringfügig sank.[145] Günther HRIBEK gibt vor diesem Hintergrund jedoch zu bedenken, dass Untersuchungen, welche die Zufriedenheit mit einer medizinisch-therapeutischen Dienstleistung, die bereits mehrere Monate zurückliegt, Gefahr laufen „dass man anstelle der relativ vielschichtigen, situativen Zufriedenheit relativ undifferenzierte, stabile Einstellungen gegenüber einem Bezugsobjekt misst."[146]

6.3.1.1.14 Publikations-Bias

Zu guter Letzt sei der Vollständigkeit halber noch darauf hingewiesen, dass eine verschwindend geringe Anzahl an Forschern einen so genannten Publikation-Bias für das Phänomen der notorischen Patientenbegeisterung verantwortlich machen.[147] Dies meint, dass vorrangig jene PZ-Arbeiten zur Veröffentlichung eingereicht werden, in denen positiver Ergebnisse erzielt wurden. In Anbetracht der Vielzahl an unabhängigen Forschungsinstitutionen, welcher sich in der Vergangenheit der Erfassung des PZ-Konstrukts angenommen haben, scheint dieser Erklärungsansatz dem zur Verhandlung stehenden Problem jedoch insgesamt nicht gerecht zu werden.

6.3.1.2 Theoretische Erklärungsmodelle

Bevor wir nachstehend in Gestalt der Dissonanztheorie, des Assimilations-Akkomodations- sowie des *3-Faktoren-Modells* die geläufigen theoretischen Erklärungsmodelle zur Genese der nomologisch hohen Gesamtzufriedenheitswerte explizieren, soll in einem ersten Schritt verdeutlicht werden, dass das kon-

[145] vgl. KOSINKI & RASPE 1998; MORFELD et al. 2002 sowie WINTER & KEITH 1988
[146] HRIBEK 1999: 129
[147] vgl. JACOB & BENGEL 2002: 415

stant positive Antwortverhalten mitunter auch auf die besondere psycho-soziale Situation des Patienten innerhalb der totalen Institution Krankenhaus zurückzuführen ist. Es stellt sich demnach also die Frage: Was die Hospitalisierung dem Patienten *antut* und inwieweit das affirmative Antwortverhalten der Patienten durch diese *Effekte* bedingt sein kann?

6.3.1.2.1 Die psycho-soziale Situation des Patienten

– Eine eklektizistische Daseinsanalyse des Patienten im Krankenhaus

Um nun die heterogenen Auswirkungen der Hospitalisierung auf das Verhalten und Erleben des Patienten, mithin auf seine allgemeine psycho-soziale Befindlichkeit[148], detailliert nachzeichnen zu können, werden wir uns in den kommenden Zeilen einer Art eklektizistischen Argumentationsstruktur bedienen, da sowohl hermeneutisch-phänomenologische-, psychoanalytische-, rollentheoretische- als auch sozialpsychologische Elemente berücksichtigt werden sollen. Die Aufnahme ins Krankenhaus bedeutet für den Patienten erst einmal eine psycho-soziale Entwurzelung, die durchaus mit derjenigen einer erzwungenen, „unfreiwilligen Emigration" verglichen werden kann.[149] Die Aspekte welche diese Entwurzelung bedingen bestehen dem Medizinsoziologen RHODE zufolge in drei wesentlichen Zwangsmomenten:

1. „Zwang zu temporärer Aufgabe von psychisch und sozial stabilisierenden, vertrauten, positiv besetzten, symbolisch bedeutsamen physischen Umweltgegebenheiten, innerhalb derer vor allem das Problem des Sich-zurechtfindens eine auf Dauer gestellte Lösung erfahren hat.
2. Zwang zur Reduktion, schlimmstenfalls Aufgabe, jedenfalls aber Restriktion gewohnter, für das Selbstwertgefühl und emotionale Gleichgewicht bedeutsamer sozialer Beziehungen, vor allem solcher von »Intimcharkter« (Familie, Freundeskreis).
3. Zwang zur Einschränkung des Rollenrepertoires und damit zur Beeinträchtigung der für das Selbst konstitutiven sozialen Bedeutsamkeit im Sinne von Statusverlust."[150]

Neben der psycho-sozialen Entwurzelung des Patienten treten durch die Hospitalisierung so genannte *„institutionelle Vereinnahmungen"*[151] ein, welche insbesondere die Verhaltens- und Handlungsfähigkeit des Patienten massiv einschränken. Dazu gehören insbesondere der institutionelle Anpassungdruck an erwartete Verhaltensmuster, die permanente Präsenz *resp.* Verfügbarkeit des Patienten und die daraus resultierende Verunmöglichung einer ausreichenden Intimsphäre, Abstreifung anderen Rollen („physische Isolierung, Verlust des Verfügungsrecht über den eigenen Körper, Begrenzung der Informationsfülle, Aufgabe inkorporierter Gewohnheiten, Delegation der Bedürfnisbefriedigung an das Klinikpersonal etc.) Der Medizinsoziologe Johannes SIEGRIST spricht in diesem Zusammenhang auch von den Hospitalisationseffekten der *„blockierten Mobilität"* und der *„fehlenden Kontrolle über Ressourcen."*[152] Analog dazu entwickelte RHODE den Neologismus der *„veranstalteten Depressivität"*, unter den er den Sachverhalt subsumiert, dass „das in vielfältiger Weise strukturell fundierte Drängen der Anstalt auf passive Adaption, Drosselung der Aktivität, Unterwerfung unter fremde Bedürfnis- und Situationsdefinitionen (…) beim Patienten Depressivität (...) zu induzieren [vermag, T.K.], weil die je fälligen individuellen Bedürfnisse des Patienten in einer dessen Selbst verletzenden Weise institutionell nivelliert, in ihrer Besonderheit kaum wahrgenommen und primär unter dem Gesichtspunkt der Anstaltsautoritäten und der Bedürfnisse der totalen Institution uminterpretiert werden und weil dies alles unter dem demonstrativen

[148] siehe dazu ferner die Abbildung 36 in Kapitel 3
[149] vgl. RHODE 1974b: 280
[150] ebenda
[151] SIEGRIST 1976: 29
[152] vgl. SIEGRIST 1978: 6

Vorzeichen helfender (liebender) Zuwendung geschieht, welche vielfach in konkreten Situationen nicht erlebt werden kann."[153] Des weiteren bedeutet Hospitalisierung für den Patienten eine relative Infantilisierung, d.h. dass das Krankenhaus die krankheitsbedingte Regression eher verstärkt, als dass sie sie mindert.[154] Der systematische Abbau von Ich-Stärke, der durch die holistische Verantwortungsabgabe und die sich daraus resultierende Abhängigkeit des Patienten vom Krankenhauspersonal lanciert wird, lässt den Patienten auf die Verhaltensdispositionen eines Kleinkindes (Egozentrismus, Eifersucht, emotionale Abhängigkeit, Hypochondrie) regredieren:

> „Der Patient ist vorwiegend mit Essen und Ausscheiden, oralen und analen Aktivitäten beschäftigt; er versucht, Unlust jeder Art zu vermeiden. Durch diese „narzisstische" Befangenheit wird seine Urteilsfähigkeit hochgradig subjektiv und unzuverlässig. Verunsichert durch den ungewöhnlichen Rollenwechsel, sucht er Schutz und Geborgenheit bei Arzt und Schwester. In Zeiten, in denen er alleingelassen wird, beschäftigt er sich vornehmlich mit seinem Zustand und seinem Leib, ähnlich wie das Kind in der Phase körperbezogener Neugier und Forschungstätigkeit."[155]

> „Der Patient reagiert auf diese Situation [die der Hospitalisierung, T.K.] mit einem Verhalten, das er in seiner Kindheit benutzt hat. Seine Handlungen, seine Gedanken und Gefühle sind regressiv, als Reaktion auf die kindesgleiche Welt der Krankheit. Die wesentlichen Züge dieses Verhaltens sind Egozentrizität, Einengung der Interessen, emotionale Abhängigkeit und Hypochondrie. Wie ein Kind ist der Patient mit selbsterhaltenden Dingen beschäftigt, wie einfachen Bedürfnissen nach Ruhe, Nahrung, Schmerzfreiheit, Harn zu lassen, Kot zu lassen, Blähungen loszuwerden und zu rülpsen. Diese Bedürfnisse beanspruchen Vorrang vor höheren sozialen Bedürfnissen. Der Patient kontrolliert eifersüchtig die Zuwendung des Arztes und der Schwestern und reagiert intolerant und verletzbar."[156]

Der Soziologe PARSONS geht in Anschluss an den obig explizierten Sachverhalt von der These aus, dass die hospitilationsbedingte Regression den Patienten auf die Inhalte, Aufgabenstellungen und Verhaltensweisen der *präödipalen Phase* zurückwirft.[157] Die präödipale Phase, welche von FREUD als „(…) Phase der ausschließlichen Mutterbindung"[158] bezeichnet wird, ist insbesondere durch eine symbiotische Mutter-Kind-Beziehung gekennzeichnet. Das Kind befindet sich innerhalb dieser Beziehung hinsichtlich seiner physiologischen und emotionalen Bedürfnisbefriedigung in totaler Abhängigkeit zur Mutter, die für das Kind gleichzeitig das erste Liebesobjekt darstellt. Analog zu diesen Ausführungen gebärt sich die Klinik als Muttersurrogat, welches in kleinianischer Tradition sowohl gute (versorgende, beschützende, nährende) als auch böse (strafende, bevormundende, sadistische) Elemente in sich vereint.[159] Ausgehend von diesen Überlegungen kann das konstant affirmative Antwortverhalten der Patienten somit einerseits durch die grundsätzliche Abhängigkeit des Patienten vom Klinikpersonal und andererseits durch die emotionale-libidinöse Bindung an die Klinik erklärt werden. Empirisch lässt sich diese These anhand einer Studie von SIEGRIST verifizieren, in der 20% der Patienten angaben, dass es innerhalb des Behandlungsprozesses sehr wohl Anlässe zu Beschwerden gegeben habe, man aber bisher noch

[153] ROHDE 1974b: 281
[154] vgl. ebenda: 280
[155] SIEGRIST 1972: 272
[156] BASLER 1978: 15
[157] vgl. PARSONS 1975
[158] FREUD 2000c: 280
[159] vgl. ROST 1988: 220

nicht aktiv geworden sein, weil, so ein Patient wortwörtlich: „(...) man von den Leuten abhängig ist und so freundlich wie möglich sein möchte."[160] Ferner kann in diesem Zusammenhang die These verfolgt werden, dass die hohen Zufriedenheitswerte unter anderem dadurch als eine „unkritische Liebe" zu erklären sind, da der Patient die Klinik, die für in ja infolge der hospitilisationsbedingten (focierten) Regression eine Art Muttersurrogat bildet, derart idealisiert und mystifiziert, dass Unzufriedenheit, die hier mit den bösen Anteilen der Urmutter äquivalent gesetzt werden kann, zur Protektion der guten Klinik (Mutter) durch spezifische psychologische Abwehrmechanismen (Verdrängung, Bagatellisierung, Intellektualisierung etc.) nivelliert wird. Neben den klassischen Abwehrmechanismen kann zur Reduktion intrapersonellen Spannungszuständen, die sich kausal aus erfahrener Inkongruenz zwischen apriorischen Erwartungen und perzipierter Leistung ergeben, auch eine bestimmte Witzform, der so genannte *tendenziöse Witz,* eingesetzt werden. FREUD stellt in seiner Schrift »*Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*« den tendenziösen Witz, der unter dem Deckmantel des Humorismus aggressive und/oder obszöne Triebimpulse konspiriert, dem harmlosen Witz, der ausschließlich durch sprachlichen Variationen, Wortspielen etc. determiniert ist, gegenüber.[161] Dem Patienten bietet sich somit in Form des *tendenziösen Witzes* eine Möglichkeit, intrapersonelle Spannungen weitgehend zu eliminieren ohne dabei gegen den institutionell akzeptierten Raum zu verstoßen *bzw.* dass idealisierte Bild von der guten Klinik (Mutter) aufgeben zu müssen.[162] Anschlussfähig an diese Ausführungen könnte mit Gitta JACOB gesagt werden, dass die Zufriedenheit eine Art „Spiel" ist, „und es bei den meisten Rehabilitanden erheblicher Erwartungsenttäuschungen bedarf, bis sie die Selbstidealisierung aufgeben, »eigentlich zufriedene« Patienten zu sein."[163]

6.3.1.2.2 Die Theorie der kognitiven Dissonanz

Die Theorie der kognitiven Dissonanz von FESTINGER, welche innerhalb der PZ-Literatur das meistfrequentierte theoretische Erklärungsmodell der konstant hohen Zufriedenheitswerte bildet, geht in Analogie zur kybernetischen Anthropologie von dem Grundtheorem aus, dass Personen bestrebt sind einen homöostatischen Zustand[164] in ihrem kognitiven System zu erlangen *resp.* diesen aufrechtzuerhalten: „*Dissonanz erzeugt eine Motivation, konsonante Beziehungen herzustellen, d.h. Dissonanz zu reduzieren.*"[165] Werden die apriorischen Erwartungen des Patienten an die Behandlung enttäuscht, kommt es im Zuge dieser Inkongruenz zwischen Soll- und Ist-Wert zur Ausbildung einer kognitiven Dissonanz, die mit intrapersonellen Spannungszuständen und Unzufriedenheit einhergeht.[166] Die Dissonanz ist dabei umso schwerwiegender, je bedeutsamer die nicht erfüllten Erwartungen für das Individuum waren.[167] Als Strategien zur Dissonanzreduktion und damit einhergehend zur Unzufriedenheitsreduktion kann der Patient – wie in Kapitel 3 u.a. anhand des

---

[160] SIEGRIST 1976: 39

[161] vgl. FREUD 2000b: 86, 92

[162] Entsprechend gelangt der Medizinsoziologe ROHDE unter Bezugname auf den 1965 von COSER publizierten Aufsatz »*Some Social Functions of Laugther*« zur der folgenden Einschätzung: „Die Neigung, Unzufriedenheit, Klagen, Kritik in scherzhafter Form vorzubringen, ist der kollektive Ausdruck einer individuellen Beschwerde, ist sozial akzeptable Demonstration der Ohnmacht bzw. Machtlosigkeit und Verarbeitung der nicht zugelassenen aggressiven Strebungen wider das System in einer Weise, welche die autoaggressive Kehre zu vermeiden mag. Allerdings wäre der Versuch, mit Hilfe von humorvollen oder witzigen Bemerkungen gegenüber anderen die Unverwundbarkeit des Ich zu demonstrieren, unnötig, wofern eben jenes Ich sich nicht permanent der Verletzung ausgesetzt sähe" [ROHDE 1975a: 120].

[163] JACOB 2002: 83

[164] Der Begriff der Homöostase (Gleichgewicht) wurde erstmals von dem englischen Physiologen Walter CANNON in der ersten Hälfte des 20. Jh., als Antagonist gegenüber der Heterostase oder Entropie, gebraucht.

[165] FREY& BENNING 1994: 147

[166] vgl. LEIMKÜHLER 1995: 166

[167] vgl. ERZBERGER et al. 1989: 144

Robert-Walser- sowie des Peter-Kien-Effekts beschrieben wurde – neben der Funktionalisierung klassischer Abwehrmechanismen wie z.B. der Verdrängung, Leugnung, Bagatellisierung, Intellektualisierung und Affektisolierung[168] auch seine Wahrnehmung der Gestalt fokussieren, dass er ausschließlich die positiven Aspekte der Behandlung perzipiert.[169] HUNSTEIN zufolge gelingt eine Dissonanzreduktion innerhalb der Institution Krankenhaus leichter mit einer Veränderung der Wahrnehmung als mit einer aktiven Verdrängung der Realität.[170] Neben dem Einsatz spezifischer Abwehrmechanismen und einer selektiven Wahrnehmung kann auch eine Reduktion des Anspruchniveaus an die reale Versorgungsleistung zu einer positiven Verzerrung der Untersuchungsergebnisse führen.[171]

6.3.1.2.3 Das Assimilations-Akkommodations-Modell

Das von HUBER in den Zufriedenheitsdiskurs eingespeiste Assimilations-Akkomodations-Modell entlehnt sich der genetischen Erkenntnistheorie Jean PIAGETS und geht in Analogie zur kognitiven Dissonanztheorie von einem kognitiven Gleichgewichtszustand – der Äquilibration[172] – aus, die dem Ausgleich zwischen der "Person" und der "Umwelt" entspricht.[173] Der Grad der Äquilibration wird in diesem Modell mit dem Grad der Zufriedenheit gleichgesetzt.[174] Äquilibration als relative Kongruenz einer Person mit der Umwelt lässt sich nun einerseits durch die Angleichung der Person an die Umwelt (Akkomodation) sowie andererseits durch eine Angleichung der Umwelt an die kognitiven Strukturen der Person (Assimilation) erreichen.[175] Diesen Ausführungen zufolge ist Assimilation ein selbst initiierter und von der Person dominierter Prozess, während dessen Akkomodation heteronom durch die Umwelt affiziert und determiniert wird.[176] LEIMKÜHLER folgert aus diesen Überlegungen für die PZ, dass die Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Handlungskompetenz zu einer resignativen Anpassung an eine an und für sich defizitäre Realität tendieren.[177] Dabei nimmt die Tendenz zu einer resignativer Anpassungsleistung linear zum Ausmaß der subjektiv perzipierten Hilflosigkeit zu: „(…) je geringer die Möglichkeiten einer Person sind, die objektive Situation gemäß ihren Bedürfnissen zu verändern, desto eher neigt sie zu resignativer Anpassung, d.h. entweder zu einer positiven Umbewertung einer defizitären Realität oder zur sozial erwünschten Zufriedenheitsäußerung bei tatsächlicher Unzufriedenheit."[178] Folglich können die konstant hohen Zufriedenheitsäußerungen der Patienten auch als Indiz einer resignativen Anpassung an als unabänderlich wahrgenommene Gegebenheiten interpretiert werden. Ausgehend von der Möglichkeit „resignativer Zufriedenheitsurteile" re-

---

168 vgl. KÖNIG 1996: 18ff., 39ff., 54ff. Eine weitere Strategie zur Herstellung kognitiver Konsonanz besteht in einer retrospektiven Überschätzung der erfahrenen Behandlungsmaßnamen. So fand der Medizinsoziologe SIEGRIST im Kontext der Visitenforschung heraus, dass die Patienten ihren Kontakt mit dem behandelnden Arzt in seiner zeitlichen Länge um drei bis zehn Minuten überschätzten (vgl. ERZBERGER et al. 1989: 144).

169 BRUGGEMANN spricht diesbezüglich im Kontext der Arbeitszufriedenheitsforschung von einer so genannten *"Pseudo-Arbeitszufriedenheit"* die entweder durch Problemverdrängung und/oder durch eine Verfälschung der Situationswahrnehmung hervorgerufen werken kann und es dem Individuum ermöglicht, eine defizitäre Situation noch als erträglich zu empfinden (vgl. BRUGGEMANN 1974: 284).

170 vgl. HUNSTEIN 1999: 35

171 vgl. JACOB 2002: 83. Innerhalb der Arbeitszufriedenheitsforschung wird eine mittels Soll-Wert-Reduktion erlangte Zufriedenheit unter den Begriff der *"resignativen Arbeitszufriedenheit"* subsumiert (vgl. BRUGGEMANN 1974: 283).

172 „Wie andere Gleichgewichtsbegriffe in der Psychologie bezeichnet auch die Äquilibration den Ausgleich zwischen mindestens zwei Elementen, die sich zuvor in einem Zustand des Ungleichgewichts (Spannung) befanden. PIAGET versteht Äquilibration nicht als einen (…) statischen Ruhezustand zwischen den Elementen "Person" und "Umwelt", sondern als einen aktiven Gleichgewichtszustand, der durch einen ständigen und geregelten Austausch zwischen dem kognitiven System eines Individuums und seiner Umwelt zustande kommt" (HUBER 1983: 184).

173 vgl. ebenda

174 vgl. ebenda

175 vgl. ebenda: 184-185

176 vgl. ebenda: 186

177 vgl. LEIMKÜHLER 1995: 166

178 LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996: 771

flektieren BENDEL et al. (2000) diese Anpassungsleistung im Kontext des transaktionalen Stressforschungsmodells von LAZARUS & LAUNIER und bieten auf der Grundlage des selbigen Modells einen ersten Vorschlag an, wie dem Phänomen der hohen Zufriedenheitswerte methodisch begegnet werden könnte. Das transaktionale Modell, welches über den spezifischen Gegenstand der Stressforschung hinaus Gültigkeit beansprucht und als allgemeine Emotionstheorie interpretiert werden kann[179], beschäftigt sich insbesondere mit kognitiven Situationseinschätzungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten (Coping-Strategien). Die Person stuft in einer ‚primären Einschätzung' (primary appraisal) die Situation in der sie sich befindet nach dem Grad ihrer Bedrohlichkeit ein. Wird die Situation von der Person nun als bedrohlich angesehen, werden in einer ‚sekundären Einschätzung' (secondary appraisal) diejenigen individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten in Betracht gezogen, welche zur Problembewältigung (Coping) funktional eingesetzt werden können.[180] Als mögliche Coping-Strategien führen LAZARUS & LAUNIER Informationssuche, aktives Handeln, Handlungsverbote sowie intrapsychisches Coping an.[181] Da dem Patienten in der totalen Institution Krankenhaus so gut wie keine Handlungsmöglichkeiten eingeräumt werden, ihre Situation aktiv verändern zu können *resp.* eine Vielzahl der Patienten die Erfolgswahrscheinlichkeiten einer Beschwerde aus verschiedenen Gründen als gering ansehen[182], tritt eine Form der Hilflosigkeit ein, die letztendlich zum Einsatz intrapersonellen Anpassungsmechanismen führt. Resignative Zufriedenheitsurteile haben demnach ihren Ursprung in erlebter Hilflosigkeit.[183] Ausgehend von dieser Überlegung schlagen BENDEL et al. ein *differenziertes, stresstheoretisch fundiertes Messinstrument* vor, indem insbesondere Indikatoren enthalten sein sollten, die Rückschlüsse auf die Situationseinschätzung (primary- and secondary appraisal) der Patienten ermöglichen.[184] Dieser methodische Ansatzpunkt beruht folglich auf dem Axiom, dass Patienten die sich selbst als handlungsfähig erleben keine intrapsychischen Coping-Strategien einsetzen und somit gewissermaßen als „authentisch" zufrieden angesehen werden können.

6.3.1.2.4 Das 3-Faktoren-Modell

Als letztes theoretisches Erklärungsmodell zur Genese der konstant positiven Gesamtzufriedenheitswerte werden wir nachstehend unter dem vom Autor der vorliegenden Arbeit gebildeten Begriffs des *3-Faktoren-Modells* einen Ansatz des Medizinsoziologen Johannes SIEGRIST darstellen, der neben der Empirie sowohl rollentheoretische wie auch psychoanalytische Elemente in sich vereint. So kommt SIEGRIST im Anschluss an eine empirische Studie im Krankenhaus (N=235), in der er die Ursachen für die Diskrepanz zwischen der „sozialwissenschaftlich postulierten Inhumanität des Krankenhausalltags"[185] (ungünstig frühe Weckzeiten, Unpersönlichkeit, lange Wartezeiten, Entpersonalisierung etc.) und den überaus positiven Bewertungen dieses repressiven Alltagslebens durch die Patienten untersuchte, zu dem Ergebnis, dass „die hochwirksame Mischung aus antizipatorischer Anpassungsleistung, institutionellem Anpassungsdruck sowie realer Sanktionsangst verantwortlich (…) sein für die erstaunliche »Gutmütigkeit« der Patien-

[179] vgl. BENDEL er al. 2000: 13
[180] vgl. FRESE & SEMMER 1994: 343
[181] vgl. BENDEL et al. 2000: 13
[182] vgl. STAUSS 1998: 44
[183] vgl. BENDEL et al. 2000: 15
[184] vgl. ebenda
[185] ERZBERGER et al. 1989: 142

ten angesichts der geschilderten Zustände“[186], die aus der Fremdperspektive als defizitär zu deklarieren sind. Bevor die einzelnen Komponenten des Modells ausführlich beleuchtet werden, visualisiert die folgende Abbildung dem Leser noch einmal den obig explizierten Sachverhalt.

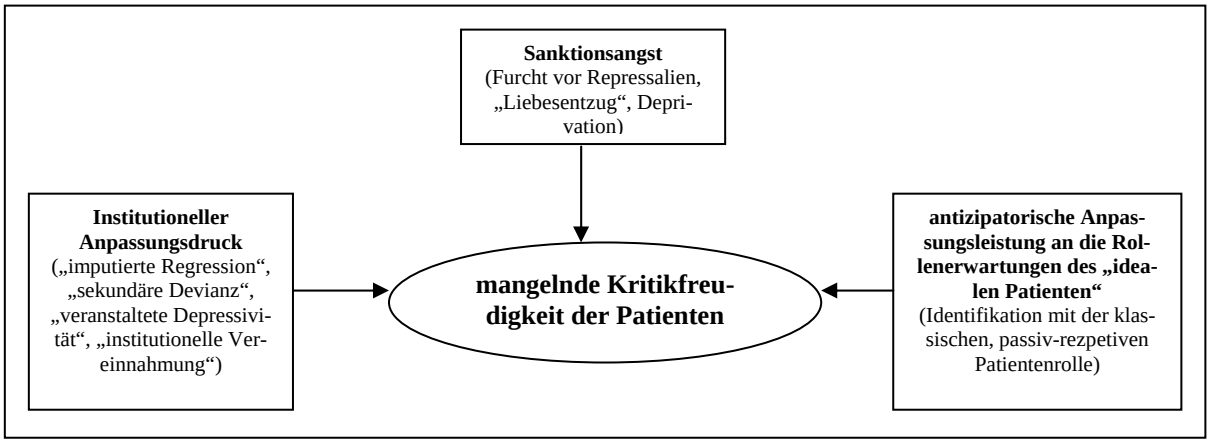


Abb. 94: Das 3-Faktoren-Modell zur Erklärung der hohen Zufriedenheitswerte

SIEGRIST führt, wie der Abbildung 94 zu entnehmen ist, das affirmative Antwortverhalten der Patienten unter anderem auf diffuse Sanktionsängste Seitens der Patienten zurück, da im Rahmen seiner Untersuchung insgesamt 54% der Probanten das Item: *„Wenn ein Patient sich häufig beschwert, glauben Sie, dass das für ihn Nachteile bringt?“*, mit einen klaren Ja beantworteten. „Hier wurde besonders häufig die Meinung vertreten, dass häufige Beschwerden vor allem Nachteile in der Pflege und Behandlung von seiten der Schwestern nach sich ziehen würden. Die Schwestern würden sie dann wohl kürzer behandeln, wären weniger freundlich, würden sie länger als nötig warten lassen (...).“[187] Die Ursachen für die real existierenden Sanktionsängtse bestehen einerseits in der Abhängigkeit der Patienten vom Klinikpersonal[188] sowie in einer Inkompatibilität zwischen kritischem Verhalten und dem institutionellen Bild vom *»guten Patienten«*, denn „(...) ein „guter“ Patient klagt nicht.“[189] Passt der Patient sein Verhalten nicht gemäß dieser Rollenerwartungen an, so läuft er Gefahr als Problempatient definiert und disziplinarisch sanktioniert zu werden: „Mit jeder Regung, die wider die Regel der Anstalt, wider die Routine, wider die Dominanz des weisungsbefugten Personals sich richtet, riskiert der Patient äußere, vor allem aber innere Sanktionen, ebenso wie ein Kind, das mit Liebes- und Zuwendungsentzug der Eltern rechnen muss, sofern es seine Bedürfnisse anders definiert als die Eltern (...).“[190] Richtet der Patienten jedoch sein Verhalten entsprechend den institutionellen Erwartungen aus, so gerät er „in die Lage des verwöhnten und hyperprotegierten Kindes.“[191] Das obig explizierte Rollenbild des idealen Patienten wird jedoch nicht nur durch den institutionellen Anpassungsdruck[192] lanciert, sondern es entspricht in vielen Fällen dem apriorischen *bzw.* antizipatorischen Rollenverständnis einiger Patienten, die ihre Rolle noch immer, analog der klassischen Krankenrolle nach PARSONS, als die eines passiven, rezeptiven, resignativen und

[186] SIEGRIST 1976: 43

[187] ebenda: 39. Neben SIEGRIST führen die folgenden Autoren ebenfalls die Furcht der Patienten vor Repressalien (Sanktionsängste) als Erklärungsmodell für die konstant hohen Globalzufriedenheitswerte an: BLUMENSTOCK 1998: 112; STAUSS 1998: 43 sowie HILDEBRANDT & MARTINI 1999c: 229.

[188] Nach PARSONS gerät der hilfsbedürftige, kranke Mensch „durch die Krankenrolle tendenziell in eine Position der *Abhängigkeit* von Personen, die *nicht* krank sind“ [PARSONS 1970b: 58]. Siehe ferner die Studie von EDWARDS et al. (2004), welche auf der Basis von Tiefeninterviews mit insgesamt 30 Patienten zu der Einsicht gelangten, dass u.a. die grundsätzliche Abhängigkeit von der zu bewertenden Institution für die positiven Patientenurteile verantwortlich zu machen ist.

[189] RIDDER 1980: 125

[190] ROHDE 1974b: 281

[191] BASLER 1978: 61

[192] RICHTER spricht diesbezüglich vor dem Hintergrund einer Podiumsdiskussion in Anschluss an ein Referat von ENKE-FERCHLAND über die soziologischen und psychoanalytischen Aspekte der Krankenhausstruktur davon, dass ein Krankenhaus in der heutigen Zeit geradezu dazu gezwungen ist, seine Patienten zu passivieren, da es sonst, so RICHTER wörtlich, „nicht durchkommen würde“ (vgl. ENKE-FERCHLAND 1970: 76).

machtlosen Hilfeempfängers innerhalb eines patriachalischen Systems verstehen.[193] Patienten mit einem solchen Rollenverständnis, so die Mutmaßung einer nicht geringen Anzahl von PZ-Forschern, werden „(...) den Ausdruck von Kritik an der Versorgung nicht als angebracht empfinden und deshalb unabhängig von der Qualität der erhaltenden Behandlung stetes hohe Zufriedenheit berichten (...)[194]; denn „Abhängigkeit und Machtlosigkeit legen (opportunistische) Anpassung nahe."[195] So gelangt diesbezüglich der Gesundheitswissenschaftler BLUM zu der Einsicht, dass „(...) je mehr sich die Person sozialisationsbedingt mit dem klassischen Verständnis der Krankenrolle identifiziert, desto eher werden systematische Antworttendenzen resultieren."[196] Synoptisch lässt sich an dieser Stelle mit SIEGRIST resümieren, dass derjenige, der „(...) subjektiven Äußerungen der Betroffenen [Patienten, T.K.] eine vorrangige Bedeutung beimisst, sich im Klaren darüber sein muss, dass diese stets im Rahmen übergreifender struktureller Bestimmungen der Patientenrolle, d.h. im Rahmen eines vorgegebenen Gefüges von Erwartungs- und Verhaltensmustern zu interpretieren sind."[197]

6.3.1.3 Soziodemographische Erklärungsansätze

Da es in der PZF weitestgehend als gesichert angesehen werden kann, dass ältere Patienten[198], Patientinnen[199], verheiratete Patienten[200], Patienten mit einem geringen Bildungsabschluss[201] sowie Patienten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status[202] tendenziell – unter anderem aufgrund ihres vermutlich geringeren Anspruchsniveaus – die höchsten Zufriedenheitswerte aufweisen, könnte ein Gutteil des Phänomens der konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte – so die in der Literatur stellenweise zu vernehmende Argumentation – durch eine Überrepräsentanz dieser Patientengruppe erklärt werden. Dieser Erklärungsansatz hingt nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit jedoch in der Hinsicht, dass die Zufriedenheitswertunterschiede zwischen weiblichen und männlichen, verheirateten und unverheirateten, gebildeten und ungebildeten sowie einkommensreichen und einkommensschwachen Patienten – soweit sie überhaupt festgestellt werden konnten – nur äußerst marginal und zumeist eher tendenziell als signifikant sind.

6.3.1.4 Indikationsbezogene Erklärungsansätze

In Studien, welche den Einfluss der medizinischen Indikation auf die PZ untersuchen, kristallisiert sich heraus, dass insbesondere Patienten mit affektiven und reaktiven Psychosen sowie multimorbide Patienten, d.h. Menschen, die zeitgleich an mehr als einer Erkrankung leiden, hohe Zufriedenheitswerte anga-

---

193 vgl. JACOB & BENGEL 2000: 296
194 ebenda
195 SIEGRIST 1976: 42
196 BLUM 1997: 87
197 SIEGRIST 1976: 26
198 vgl. ABDELLAH & LEVINE 1957a; ADAM 2001; ADLER 2000; APOSTLE & ORDER 1967; ARNOLD & LANG 1994; AICHELE 2001; BAYER & JAECK 2006; BERNER 2001; BEULE et al. 2004; BÜHLEN-AMSTRONG et al. 1998; CARMEL 1985; COHEN 1996; DECK & BÖHMER 2001; DIMATTEO & HAYS 1980; EISEN & GROB 1978; HAGRAVES et al. 2001; HALL & DORNAN 1990a; HARDT 1980; GRYTERS & PRIEBE 1994; JUNGKUNZ et al. 1999; KELSTRUP et al. 1993; KISCH & THILO 1991; KAPP-STEHEN et al. 2001; KLINGENBERG et al. 1999; KREUTZ & OLANDT 1999; KRUSE 2001; LECHER et al. 2002c; LEIMKÜHLER 1995; LINN 1975; LOCKER & DUNT 1978; MÜLLER et al. 2002; MODESTIN et al. 2003; NGUYEN et al. 2002; NICKEL & TROJAN 2001; OTTENBACHER et al. 2001; PASCOE 1983; POLLAK 1988; RAHMQVIST 2001; ROJEK et al. 1975; RUSS & WOHLMANNSTETTER 1987; SIEGRIST et al. 2002; SPIEßL & KLEIN 1995b; TISCH et al. 2002; THIERBACH et al. 2003 sowie WARE 1978 und YOUNG et al. 2000
199 vgl. ADAM 2001; ALT 1995; ARNOLD & LANG 1994; BABERG et al. 2001; CLEARY et al. 1989; DECK & BÖHME 2001; GALL 2005; HULKA et al. 1975; HARDT 1980; KREUTZ & OLANDT 1999; NELSON-WERNICK et al. 1981; POUND et al. PASCOE 1983; RICHTER et al. 2010a; SCHIGEL 1998; SIEBER 2003 sowie SPIEßL & KLEIN 1995b. Zu gegenteiligen Ergebnissen, sprich dass sich Männer zufriedener als Frauen äußerten, gelangten HARYCH 1976, KUOSMANEN et al. 2006 sowie THIERBACH et al. 2003.
200 vgl. BASHUR et al. 1967; BENJAMINS 2006; BRAIG et al. 2008 sowie BERMEJO et al. 2008 und SCHIRL et al. 2001
201 vgl. AICHELE 2001; CALAN 1998; KLINGENBERG et al. 1999; MARTIN 1991; RUSS & WOHLMANNSTETTER 1987 und SCHIRL et al. 2001
202 vgl. BERMEJO et al. 2008 sowie LIKE & ZYZANSKI 1987

ben.[203] Dem entgegen äußern sich Drogenabhängige, psychotische-, suizidale- und depressive Patienten sowie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eher unzufrieden.[204] Analog dazu neigen Patienten, die ein hohes Maß an emotionalem Distress aufweisen, eher zu einem kritischen Bewertungen.[205] Abschließend sein noch anzumerken, dass in einigen Studien eine signifikant positive Korrelation zwischen Zufriedenheit und antidepressiver Medikation nachgewiesen werden konnte.[206] Zur Erklärung des Phänomens der konstant hohen Zufriedenheitswerte erweist sich die Bezugnahme auf die medizinische Indikation jedoch insofern als insuffizient, als dass einerseits die gefundenen Wertunterschiede nicht allzu groß und es andererseits durchaus denkbar ist, dass die höheren Zufriedenheitsurteile von Patienten mit affektiven Psychosen oder multimorbider Symptomatik nicht etwa auf ihre Krankheit, sondern auf eine im Vergleich zu den anderen der obig genannten Patientengruppen *realiter* bessere Versorgung zurückgeführt werden kann.

6.3.1.5 Zufriedenheitsreibende Einflüsse variabler Patientenmerkmale

Betrachten wir nun zum Abschluss unserer *tour d'horizon* durch die in der nationalen wie internationalen PZ-Literatur feilgebotenen Ansätze zur Erklärung des in der Regel überaus positiven Antwortverhaltens der befragten Patienten inwieweit 1) die allgemeine Lebenszufriedenheit, 2) die zum Befragungszeitpunkt vorherrschende affektive ‚Gestimmtheit' sowie 3) die bevorzugten Attribuierungsmuster einen zufriedenheitsbegünstigenden Einfluss auf das patientenseitige Antwortgebaren ausüben, so können wir hinsichtlich des ersteren der obig genannten Faktor *ad notam* nehmen, dass getreu den Untersuchungen von ROBERTS und Kollegen (1983) sowie JACOB & BENGEL (2002) sich die Lebenszufriedenheit ausnahmslos auf die globalen und nicht auf die spezifischen PZ-Urteile auswirkte.[207] Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass Patienten, die eine höheren Lebenszufriedenheitswert aufwiesen, sich in ihrem Patientenzufriedenheitsfragebogenbeantwortungsverhalten nur insofern von jenen Patienten, die eine vergleichsweise niedrige Lebenszufriedenheitswert angaben, unterschieden, als dass sie die Globalfragen positiver, die Detailfragen jedoch ähnlich beantworteten. „Die inhaltlichen Überschneidungen der Patienten mit allgemeiner Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden" – so fassen JACOB & BENGEL die zentralen Ergebnisse ihrer Studie zusammen – „sind (...) umso höher, je allgemeiner und globaler die Items zur Patientenzufriedenheit formuliert sind."[208]

Ein weiterer behandlungsunabhängiger Parameter, der einen positiven Einfluss auf die Globalzufriedenheit ausübt, besteht in der *affektiven Gestimmtheit*[209] des Patienten innerhalb der Erhebungssituation, wobei von dem Kausalnexus ausgegangen wird, dass die Gesamtzufriedenheit der Patienten um so höher ausfällt, je positiver der Befragte zum Messzeitpunkt gestimmt ist.[210] Die Vermutung, dass die Patientenurteile aufgrund stimmungsbedingter Verzerrungen Validitätseinbußungen erfahren, erscheint vor dem Hintergrund der heideggerschen Analyse des *Gestimmtseins* nur allzu evident. Menschliches Dasein, welches „je schon immer gestimmt ist"[211], wird HEI-

[203] vgl. PRIEBE&GRUYTERS 1994b: 92; LEIMKÜHLER 1995: 168 und SWOBODA 2000: 17
[204] vgl. JACOB 2002: 223; KELSTRUP et al. 1993; LEIMKÜHLER 1995: 168; JACOB 2002: 223; MAHR et al. 2010; SPIEßEL et al. 1995b: 158 sowie SVENSSON & HANSSON 1994
[205] vgl. SIMON 2001: 75
[206] vgl. LEIMKÜHLER 1995: 168
[207] zu ähnlichen Ergebnissen gelangte u.a. VELMANS 1998
[208] vgl. JACOB & BENGEL 2002: 415
[209] vgl. JACOB 2002: 64
[210] LEIMKÜHLER 2002: 416. Um die aktuelle Stimmung zum Zeitpunkt der Befragung feststellen zu können, implementierte Leimkühler eine 10-stufige Selbstbeurteilungsskala (1=extrem schlechte Stimmung; 10=extrem gute Stimmung) in das angewandte Erhebungsinstrumentarium. (vgl. ebenda, 411)
[211] vgl. HEIDEGGER 2001: 134

DEGGER zufolge sowohl in seinem Selbstverhältnis[212], wie auch in seiner Sicht auf die Welt durch die Stimmungen determiniert. So schreibt Heidegger *bspw.*: „Wir müssen in der Tat *ontologisch* grundsätzlich die primäre Entdeckung der Welt der »bloßen Stimmung« überlassen“[213], oder „*Die Stimmung hat je schon das In-der-Welt-sein als Ganzes erschlossen und macht ein Sichrichten auf . . . allererst möglich.*“[214] Dem Menschen ist es somit verunmöglicht, sich indifferent gegenüber seinen Stimmungen zu verhalten und zu urteilen, denn „Herr werden wir der Stimmung nie stimmungslos, sondern je aus einer Gegenstimmung [heraus, T.K.].“[215] Selbst das theoretisch freie Betrachten der *via contemplativa* ist wie BOLLNOW in Anschluss an HEIDEGGER postuliert keine „seelische Verfassung außerhalb des Gestimmtseins, sondern selbst wieder eine ganz bestimmte Weise des Gestimmtseins, ein durch „Sanfte Herabstimmung einzelner, überspannter Kräfte“ erreichter Zustand „völliger Windstille“, der als ein nur in einer gewissen Reife erreichbarer und immer gegen Störungen besonders empfindlicher Gleichgewichtszustand selbst eine ausgezeichnete Weise des Gestimmtseins darstellt.“[216] Betrachten wir nun allerdings die empirische Befundlage zu diesem auf theoretischer Ebene plausibel klingenden Einflussfaktor, so werden wir des Umstandes gewahr, dass in den Studien von SCHWARZ (1987), ATKINSON & CALSWELL (1997), LEIMKÜHLER (2001) sowie MÜLLER und Kollegen (2002) lediglich eine Einflussnahme der affektiven Gestimmtheit auf die allgemeinen nicht jedoch auf die spezifischen Zufriedenheitsfragen nachgewiesen werden. Wie bereits in Kapitelpunkt 3.4 der vorliegenden Arbeit hinreichend beschrieben wurde, konnte SCHWARZ in mehreren famos angelegten Experimenten die ausschließliche Einflussnahme der Stimmung auf die globalen Zufriedenheitsfragen dadurch erklären, dass die Befragten zur Beantwortung dieser kognitiv schwierig zu meisternden Frage die aktuelle Stimmung als Informationsquelle heranzogen.

Neben den bisher aufgezeigten behandlungsunabhängigen Patientenmerkmalen gehen sowohl in der KuZ-F als auch in der PZF einige Autoren von der Annahme aus, dass die hohen Zufriedenheitswerte mitunter auf bestimmte internalisierte Attribuierungsmuster zurückzuführen sind. Dabei liegt diesen Forschungsarbeiten die Prämisse zugrunde, dass Patienten, die sich in ihrem Attribuierungsverhalten primär der Selbstattribuierung bedienen, eine höhere Zufriedenheit aufweisen müssten, da die emotionale Reaktion auf eine erfahrene Differenz zwischen Soll- und Ist-Wert aufgrund des Assimilationseffektes (Erwartungsreduktion) nur marginal sein dürfte.[217] Darüber hinaus findet sich die Argumentation, dass das Ausmaß der Unzufriedenheit bei einer Inkonsistenz zwischen den prädikativen Erwartungen und der perzipierten Leistung um so niedriger sein wird, je mehr der Patient die Ursachen für die Nicht-Bestätigung seiner Erwartungen in instabil-externen Komponenten vermutet. Anhand der nachstehenden Abbildung von WILLIAMS kann der Leser den zuletzt skizzierten Sachverhalt – welcher bereits in Kapitel 3 hinreichend erörtert wurde – nochmals luzide nachvollziehen.

[212] Da die bestimmte Grundbefindlichkeit dem Dasein bestimmte Seinsmöglichkeiten vorenthält und somit letztendlich den Möglichkeitsspielraum des Seinsentwurfes einschränkt.
[213] ebenda: 138
[214] ebenda: 137
[215] ebenda: 136
[216] BOLLNOW 1998: 65
[217] vgl. GIERL & HÖSER 1992: 80

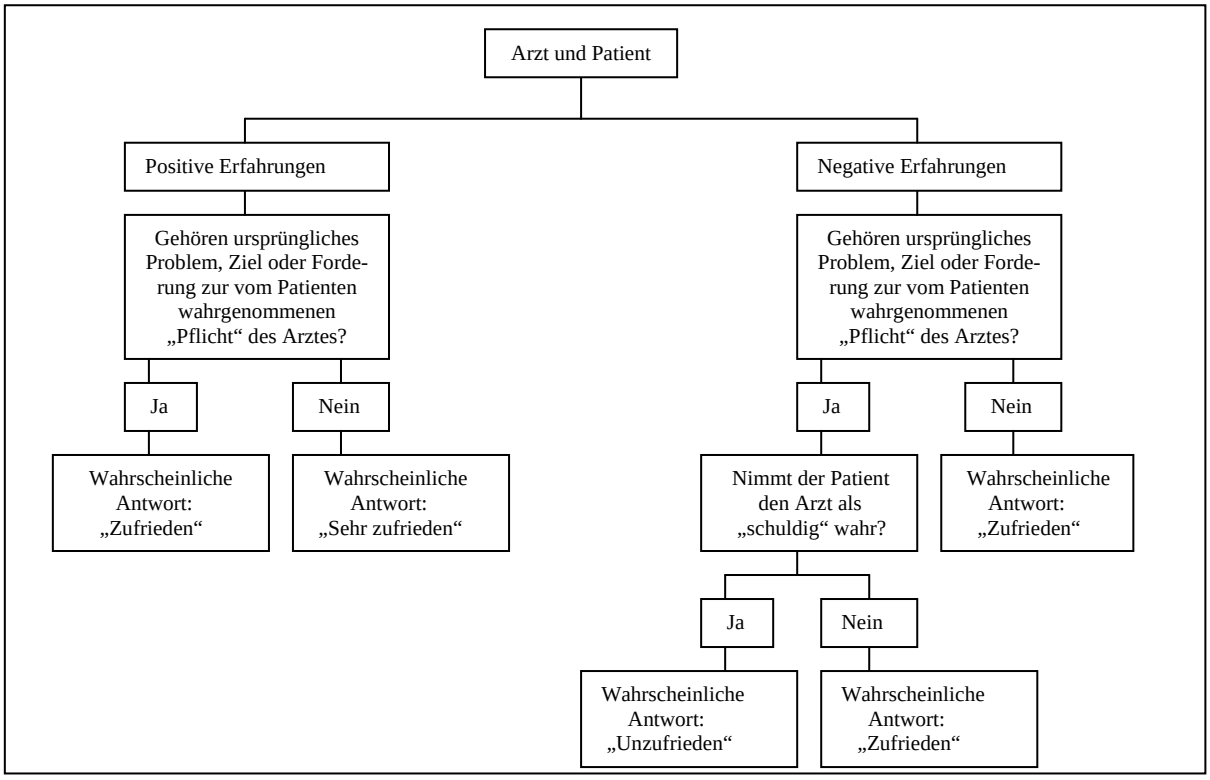


Abb. 95: Modell zur Erklärung hoher Zufriedenheitswerte nach WILLIAMS[218]

6.3.2 Methodische „Kunstgriffe“ zur Erzielung eines kritischeren Antwortverhaltens: *Über Sophisten, Rabulisten, Proselytenmacher und Danaergeschenkverpacker in Personalunion*

In den nachstehenden Zeilen sollen dem Leser nun noch einige methodische Kunstgriffe, die nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit *in toto* mit den geharnischten Substantiven der Unseriosität und des banausenhaften Dilletantismuses zu versehen sind, vorgestellt werden, welche sowohl in der nationalen wie auch internationalen PZF-Geschichte zur Provozierung eines kritischeren Antwortverhaltens angewandt und einer ermangelnden Datenlage zum Trotze als Heilsbringer ausgegeben wurden. Ehe wir nun jedoch im unmittelbar folgenden Unterpunkt 6.3.2.1 jene vermeintlichen methodischen Raffinessen darstellen werden, welche den Schlüssel zur Reduktion des Phänomens der konstant hohen Zufriedenheitswerte in der Itemform erblickten, sei vorab noch *in nuce* darauf hingewiesen, dass die zugegebenermaßen mit scharfer Zunge formulierten Vorwürfe, welche vom Autor der hiesigen Arbeit im zweiten Teil der obigen Kapitelunterpunktüberschrift bewusst gewählt wurden, in dieser Schärfe ausnahmslos gegen die eskamotierenden Vertretern des so genannten ‚reporting-' *resp.* ‚ereignisorientierten-Ansatzes'[219] gerichtet sind, da diese – wie untenstehend noch sattsam zu beweisen sein wird – einerseits

[218] Entnommen aus JACOB & BENGEL 2000: 294. Nach einer Studie von PFAFF erklärt die so genannte Entschuldigungstendenz insgesamt 4% der Gesamtvarianz (vgl. PFAFF et al. 2000: A113). Ferner gelangte Petra STEFFEN in ihrer Dissertation mit dem richtungweisenden Titel »*Anspruchsniveaureduktion und Entschuldigungstendenz bei Krankenhauspatienten*« zu der unerwarteten Erkenntnis, dass sich die Zufriedenheitswerte zwischen den „Nicht-Entschuldigern“ und den „Entschuldigern“ sich so gravierend unterschieden, wie ausgangs der Untersuchung angenommen wurde; da die „Nicht-Entschuldiger“ einzelne Leistungsdimensionen des Krankenhausaufenthaltes sogar besser beurteilten als die vermeintlich anpassungsbereiteren „Entschuldiger“ (vgl. STEFFEN 2008: 138, 164-167).

[219] Als Apologeten dieses Ansatzes können allen voran CLEARY und Mitarbeiter 1999, DELBANCO 1992; GERTEIS et al. 1993; HAYS et al. 1999; KLEIN 2004; RUPRECHT 1999b, 2000a&b, 2001a&d sowie STRAUB und Kollegen 1998 angesehen werden.

ihren Ansatz beinahe ausschließlich mit einer rhetorisch-esoterischen Patina versehen und andererseits der PZF insofern ein Kuckucksei ins Nest legen, als dass sie deren Proprium – *nudis verbis* den bewertenden Patientenblick – mit Schimpf und Schande zur Hintertüre hinausjagen.

6.3.2.1 Zufriedenheitsbegriffsverbannung, Dritte-Person-Effekt und Reporting-Stil: *Gangbare Wege zu einem kritiksensitiven Itemformat?*

Kommen wir nun dem bereits in der Überschrift skizzierten Untersuchungsgang nach, so zeigt sich hinsichtlich des ersten, insbesondere von RASPE und Mitarbeiter (1996) sowie SCHIRL und Kollegen (2001) genutzten Kunstgriffs der Zufriedenheitsbegriffsverbannung, demzufolge ein kritischeres Antwortverhalten durch das Beiseitelassen des angeblich soziale Erwünschtheitstendenzen fördernden Zufriedenheitsterminus aus der Frage- *bzw.* Statementformulierung hervorgerufen werden kann, dass die vermeintliche Kritiksensitivität einer derartigen Itemform *bis dato* noch nicht in einer randomisiert angelegten Studienarbeit nachgewiesen werden konnte. Aufgrund dieser inexistenten empirischen Befundlage kann an dieser Stelle somit nicht entschieden werden, ob es dieser methodische Kunstgriff verdient, als ein solcher genannt zu werden.

Richten wir nun unser Augenmerk auf diejenigen Forscher, welche zur Erzielung kritischerer Patientenangaben der Gestalt auf den so genannten ‚*Dritte-Personen-Effekt*'[220] zurückgriffen, als dass sie innerhalb der Frage die erste Person Singular („*Mit dem Stationsklima war ich zufrieden*") durch die dritte Person Plural („*Die Patienten waren mit dem Stationsklima zufrieden*") auswechselten. Greifen wir nun zur Klärung der Frage, ob sich das zuletzt genannte Itemformat realiter als kritiksensitiver erwiesen hat, auf die Ergebnisse der Vergleichsuntersuchung von Silke LECHER zurück, die im Rahmen ihrer im Jahre 2002 vorgelegten Dissertation den von ihr entwickelten ‚Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK)' an 229 Patienten in der 1.-Person-Singular-Version und an 184 Patienten in der 3.-Person-Plural-Version testete[221], so gelangen wir zu der Einsicht, dass die Patienten, welche die 3.-Person-Plural-Version des HFK ausgefüllt hatten, bei lediglich 5 der insgesamt 19 miteinander verglichenen Items einen geringeren Zufriedenheitsgrad aufwiesen. Zudem wiesen die Items zur ‚Zeit der Pflegenden' sowie zur ‚Entlassungsinformation' gar eine gegenläufige Bewertungsrichtung auf.[222] Wenngleich nun diese Ergebnisse dahingehend gedeutet werden können, dass die Verwendung eines 3.-Person-Plural-Itemformats tendenziell kritischere Patientenstimmen auf den Plan ruft, so muss in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage gestellt werden, ob die mittels des ‚*Dritte-Personen-Effekts*' erzielte Problemsensitivisierung – welche angesichts der voranstehend notierten empirischen Ergebnisse als minimal angesehen werden muss – nicht durch einen ‚*Self-Serving-Bias*' erkauft wurde, demnach Patienten dazu tendieren, ihre Mitpatienten zwecks Stabilisierung des eigenen Zufriedenheitsniveaus als unzufriedener (abwärtsgerichteter Vergleich) wahrzunehmen als sich selbst. Zur empirischen Unterfütterung dieser Vermutung sei auf ein zentrales Ergebnis der Lebenszufriedenheitsforschung aufmerksam gemacht, demnach in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte, dass die befragten Personen ihre eigene Lebenszufriedenheit allenthalben höher einschätzen als die ihrer Mitmenschen. Aufgrund der kenntlich gemachten Schwachstellen können wir somit in der Summe festhalten, dass die methodische Technik

[220] vgl. MOSER & HERTEL 1998
[221] vgl. LECHER 2002: 115-116
[222] vgl. ebenda: 132

des Dritte-Person-Plural-Itemformats – zumal sie nicht mittels kognitiver Pretesttechnik evaluiert wurde – zur Erhöhung der Kritikbereitschaft verworfen werden muss.

Wenn wir uns in den nachstehenden Zeilen nun dem in der nationalen wie internationalen PZF numerisch gesehen am häufigsten zur Erzielung kritischer Patientenangaben in Betrieb genommenen Itemformulierungskunstgriffs, im Worten dem *‚reporting-Stil'* zuwenden werden, so gilt es in einem vorbereitenden Schritt erst einmal die Frage zu beantworten, worin die basalen Unterschiede zwischen der klassischen ranking- und der reporting-Itemstilistik lokalisiert liegen. Während die entweder als Frage („*Wie zufrieden waren Sie mit dem Pflegepersonal*?") oder aber als Aussage („*Mit dem Pflegepersonal war ich zufrieden.*") formulierten Ranking-Items (Urteilfragen) auf eine subjektives Bewertung durch den Patienten abheben, zielen die Reporting-Items (Berichtsfragen) darauf ab, durch eine Ausklammerung der subjektiven Bewertungen die reinen Beobachtungsdaten (z.B. „*Wie lange dauerte es, bis das Pflegepersonal auf Ihr schellen reagierte?*) in Erfahrung zu bringen. Gemäß dieser Demarkationslinie versuchen die Apostel des Reporting-Ansatzes also den Patienten also nicht – wie die Vertreter des Ranking-Ansatzes – als Bewerter, sondern als lauteren Beobachter (Zeugen) der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung zu gewinnen; wobei diese kopernikanische Kehrtwende – wie in der Einleitung erwähnt – bereits im Titel der von Margret DELBANCO und Mitarbeitern verfassten Reporting-Postille »*Trought the Patient's Eyes*« anklingt, da nun nicht mehr mit, sondern durch die Augen der Patienten geschaut werden soll. Bevor der Autor der vorliegenden Arbeit nun nachstehend insgesamt sieben, in ihrer Durchschlagskräftigkeit ansteigende Argumente gegen die Verwendung von Reporting-Fragen innerhalb der PZF auffahren wird, sollen vorab noch zwei klassische Reporting-Fragen abgebildet werden, die dem Autor im Folgenden Argumentationsgang mitunter zur Exemplifizierung der zentralen Achillesversen des Reporting-Ansatzes dienlich sein werden.

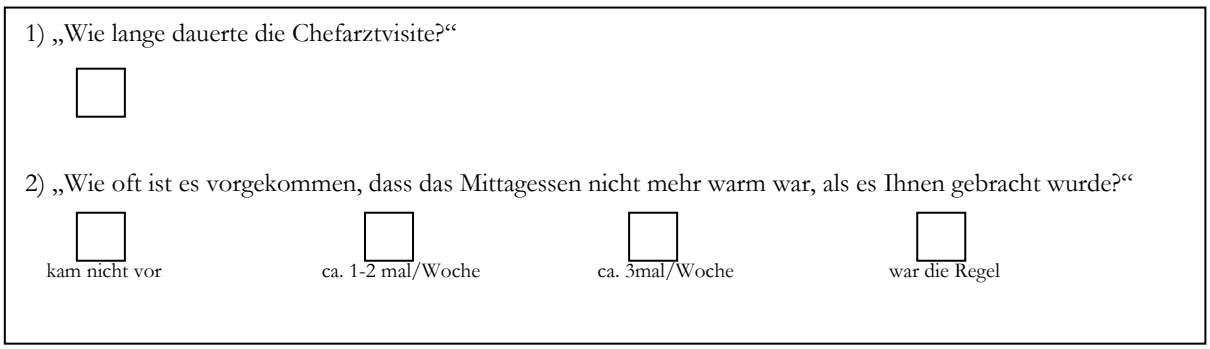


Abb. 96: Klassische Reporting-Fragen

Wenden wir uns nach diesen hinführenden Worten nun den besagten sieben Kritikpunkten zu, die der Autor der vorliegenden Arbeit den Verfechtern des Reporting-Ansatzes entgegenhalten möchte:

1) Ungerechtfertigter Verweis auf die ereignisorientierten Anfänge der systematischen PZF: Dem insbesondere von Thomas RUPRECHT immer wieder zugunsten des Reporting-Ansatzes angeführten Argument, demnach bereits die ersten systematischen PZ-Studien um die Vorzüge dieser Methode wussten[223], kann insofern nicht zugestimmt werden, als dass nicht etwa die mit Berichtsfragen operierenden Studien von ABELLAH & LEVINE den Startschuss der systematischen PZF abfeuerten, sondern dass die Geburt der systematischen PZF vielmehr – wie in Kapitel 5 dargestellt – mit der verdeckt teilnehmenden Beobachtungsstudie von Nellie BLY eingeleitet wurde.

[223] vgl. RUPRECHT 200b: 11

2) Gekünstelte Differenzierungsleistung: Ein weiteres Manko des ereignisorientierten Ansatzes, welches allen voran von Walter SATZINGER und Heiner RASPE hervorgehoben wird, besteht darin, dass die obig beschriebenen Unterschiede zwischen dem Rating- und dem Reporting-Ansatz eher gradueller denn prinzipieller Natur sind. Konkret gesagt gehen die beiden voranstehend genannten Autoren davon aus, dass „(...) kaum eine quasi objektiv „berichtende" Antwort (...) ohne subjektive Bewertung (...) [auskommt, T.K.]."[224] Zur Verdeutlichung dieser Einschätzung sei der Leser darauf aufmerksam gemacht, dass der befragte Patient zur Beantwortung der zweiten in der obigen Abbildung niedergeschriebenen Berichtsfragen sich ein Werturteil darüber bilden muss, ab welcher Gradzahl er das Essen als untertemperiert ansieht.

3) Verpflichtung zu einer zeitnahen Befragungsdurchführug: Nachteilig ist weiterhin, dass reporting-basierte Fragebögen unmittelbar nach der Inanspruchnahme der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung beantwortete werden müssen, da die Beobachtungen sonst von nachfolgenden Sinneseindrücken überlagert werden.

4) Expertokratisch verkürzte Inhaltsvalidität: Ebenso problematisch ist der Sachverhalt, dass ereignisorientierte Patientenfragebögen zumeist – ausgenommen die vom PICKER-INSTITUT sowie von KLEIN (2005) entwickelten Instrumente – vornehmlich jene Dimensionen beinhalten, die für das professionelle Expertenteam, nicht aber unbedingt für die befragten Patienten von Bedeutung sind.

5) Scheinobjektivität oder der Mangel externer Validitätsuntersuchungen: Ein höchst neuralgischer Punkt des reporting-Ansatzes kann nun darin erblickt werden, dass die unterstellte Objektivität der patientenseitigen Beobachtungsangaben bisher noch nicht überprüft wurde. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass der Autor der hiesigen Arbeit im Rahmen einer gründlichen Literaturrecherche keine einzige Forschungsarbeit aus dem Metier der Reporting-Fraktion ausfindig machen konnte, in der *bspw.* die Antworten der Patienten auf die erste der in der Abbildung 96 angeführten Reporting-Frage mit der objektiven, handgestoppten Visitenlänge verglichen wurde. Ziehen wir nun zur Beantwortung der nunmehr unter den Fingernägeln brennenden Frage, inwieweit die Patienten überhaupt dazu in der Lage sind, die realiter verstrichene Visitezeit richtig zu erinnern, auf die von dem Medizinsoziologen Johannes SIEGRIST durchgeführten Studien zu eben dieser Thematik zurück, so geraten die Ausgangsprämissen des Reporting-Ansatz ins Wanken; da SIEGRIST eindrucksvoll nachweisen konnte, dass die Visitezeit von den Patienten enorm überschätzt (zw. 3 und 9 Minuten) wurde.[225] Legen wir nun diese von SIEGRIST zu Tage geförderte Erkenntnis, welche in mehreren ähnlich angelegten Studien zur Arzt-Patient-Interaktion repliziert werden konnte, als Interpretationsfolie über den zur Disposition stehenden Befragungsansatz, so zeigt sich, dass die zentrale Grundannahme des Reporting-Ansatzes, demnach der Patient dem Krankenhaus reine, ungefilterte Beobachtungsdaten zur Verfügung stellen kann, in Bausch und Bogen verworfen werden muss. Wenngleich nun allein der zuletzt ausformulierte Kritikpunkt zum Beweis der wissenschaftlichen Unredlichkeit des Repoting-Ansatzes genügen würde, so sollen vermittels der beiden folgenden Einwände auch noch die letzten parat liegenden Nägel in den Sarg der Reporting-Ansatzes getrieben werden.

6) Die unterstellte Erhöhung der Problemsensitivität konnte bis dato empirisch nicht einwandfrei nachgewiesen werden: Betrachten wir nun die empirische Befundlage zur vermeintlich höheren Kritiksensitivität des Repor-

[224] vgl. SATZINGER & RASPE 2001: 67
[225] vgl. SIEGRIST 1972: 278

ting-Ansatzes, so gelangen wir zu der verblüffenden Einsicht, dass einerseits in nur zwei Studien ein Vergleich zwischen Reporting- und Rating-Items angestellt wurde und das andererseits diese besagten Studien hinsichtlich der Problemsensitivität des Reporting-Ansatzes unterschiedliche Aussagen trafen. Während nämlich BRUSTER und Kollegen (1994) in ihrer Vergleichsuntersuchung aufzeigen konnten, dass die befragten Patienten die Berichtsfragen deutlich kritischer als die Beurteilungsfragen beantworteten, konnte Konstanze KLEIN diesen Effekt in ihrer im Jahre 2004 veröffentlichten Dissertation »*Ereignisorientierte Patientenbefragung: Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation*« nicht nachweisen.[226] Abschließend sei in diesem Zusammenhang noch auf die von SATZINGER & RASPE an der Studie von BRUSTER und Mitarbeitern durchgeführten Vergleichsstudie geäußerten Kritik hingewiesen: „Die von Vertretern dieses Ansatzes ins Feld geführte größere Problemsensitivität ihrer Befragungsform ist nicht unzweifelhaft: In der dafür als Beleg zitierten Studie von BUSTER et al. 1994 betrugen die Problemhäufigkeiten im Durchschnitt von 40 Schlüsselfragen 15,9 Prozent für alle Krankenhäuser (und variierten zwischen 13,2 und 18,8 Prozent). In der Meta-Analyse von 68 „satisfaction studies" durch HALL / DORAN (1988) andererseits lag der durchschnittliche Anteil zufriedener Patienten bei 81 Prozent (Median: 84 Prozent); da der Skalendurchschnitt bei 0,76 lag, wurden also „Problemhäufigkeiten" zwischen 20 und 25 Prozent erreicht, folglich mehr als in der Brusterschen NHS-Studie."[227]

7) Verlust der genuinen Patientenperspektive: Ungeachtet der Tatsache, dass die von den Vertretern des Reporting-Ansatzes aus der Hintertüre des Hauses der PZ hinausgetriebenen Werturteile – wie obig aufgezeigt wurde – unter der Tarnkappe des vermeintlich „objektiven Datenlieferanten" ungesehen zur Vordertüre wieder hereinspazieren, fußt der Reporting-Ansatz auf einem reaktionären Fundament. Denn was mit diesem Ansatz ursprünglich erreicht werden sollte, ist ja nichts geringeres als die Ausschaltung des ursprünglichen Anliegens der PZF, nämlich die therapeutisch-medizinische Dienstleistung mit den Augen der Patienten zu sehen. Zu dieser Grundidee der PZF verhält sich der Reporting-Ansatz nun insofern diametral entgegengesetzt, als dass er die Dienstleistungswahrnehmung von den subjektiven Bewertungsmustern bereinigt wissen und die Bewertung den professionellen Experten überlassen will. In die gleiche Kritikkerbe schlagen ferner SATZINGER & RASPE, wenn sie folgendes zu bedenken geben: „Die klassische „(...) reporting Frage („Wie lange mussten Sie...") führt zwar möglicherweise zu einem exakten Datum (x Minuten), dass dann – je nach Standardniveau – als akzeptabel oder unannehmbar eingestuft werden mag, erbringt aber keine Erkenntnis darüber, ob die angegebene Wartezeit für die befragte Person unerträglich war oder recht angenehm. Um das herauszufinden – und das wäre ja wohl wichtig zu wissen! – müsste noch nachgefragt werden und das dann doch mit einer Bewertungsfrage."[228]

Bevor wir uns nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt 6.3.2.2 mit den methodischen Überlegungen jener Forscher, welche in der Entwicklung linksschiefer Antwortskalen die Zauberformel zur Aufsperrung des mehrfach verriegelten Tors der ungeschminkten Patientenkritik erblickten, zuwenden werden, sei der Leser der vorliegenden Arbeit noch darüber in Kenntnis gesetzt, dass die voranstehend diskutierten Itemformulierungsgriffe nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da zur Reduktion der konstant hohen Zufriedenheitswerte in der Vergangenheit *exempli causa* auch balancierte Itembatte-

[226] vgl. KLEIN 2004: 136, 158
[227] SATZINGER & RASPE 2001: 71
[228] ebenda

rien, Aquiesenzenz-Kontrollitempaare und veränderungsorientierte Fragestile eingesetzt wurden. Aufgrund der Tatsache, dass diese ‚Kunstgriffe' allerdings bereits im bisherigen Verlauf der Arbeit mehrfach angesprochen und kritisch hinterfragt wurden, erhielten sie aus Gründen der Redundanzvermeidung in den vorausgehenden Zeilen keine gesonderte Aufmerksamkeit.

6.3.2.2 Linksschiefe Antwortskalen zur Erhöhung der Problemsensitivität: *Erfolgs- oder Holzweg?*

Eine weitere, in der deutschen PZF-Landschaft insbesondere von dem um Walter ZINN errichteten Beratungsunternehmen ‚*Forschungsgruppe Metrik*' angewandte Technik zur Umgehung des Ceiling-Effekts besteht in der Verwendung ‚linksschiefer' Antwortskalen. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass die im vorausgehenden Satz beim Namen genannte Forschungsgruppe eine 5-stufige Antwortskala (siehe Abb. 97) nutzt, die an ihrem positiven Pol feiner differenziert ist als an ihrem negativen.

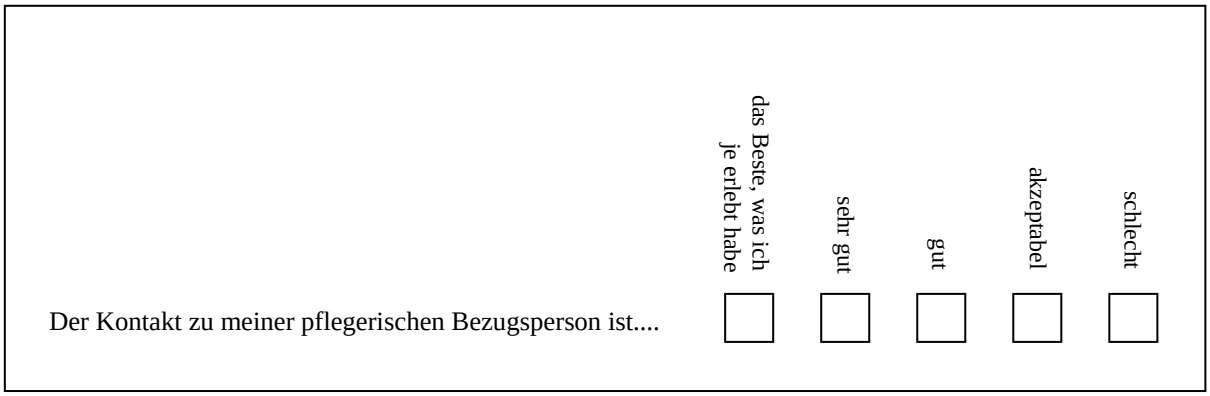


Abb. 97: Beispiel einer linksschiefen Antwortskala

Diese Skala, welche sich laut ZINN gegenüber den herkömmlichen Zustimmungsskalen dadurch auszeichnet, dass die Patienten ein kritischeres Antwortverhalten zeigen, weist nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit insgesamt drei gravierende Probleme auf, welche den proklamierten Vorzug dieses Antwortformats dezidiert in Frage stellen:

- der neu eingeführte Skalenwert „das Beste, was ich je erlebt habe" wurde bisher nicht mittels kognitiver Pretesttechniken auf seine Bedeutungsäquivalenz hin untersucht. Kurzum: Es liegen keine Daten darüber vor, wie die Patienten diese Antwortkategorie verstehen, an welche Referenzpunkte sie diesbezüglich denken und ob die Gesamtheit der Patienten diesen Skalenpunkt ähnlich interpretiert;
- die von ZINN nachgewiesene Meidung der ersten Antwortkategorie könnte zu einem Gutteil den stellenweise vorliegenden grammatikalischen Unstimmigkeit geschuldet sein. Zur Verdeutlichung dieser Annahme sei drauf hingewiesen, dass sich das in der obigen Abbildung dargestellte Item insofern etwas holperig liest, als dass sich der Artikel der ersten Antwortkategorie („das Beste") grammatikalisch unkorrekt zum Artikel des Bewertungsgegenstandes („der Kontakt") verhält;
- zweifelhaft nimmt sich die Superlativ-Antwortkategorie „das Beste, was ich je erlebt habe" ferner bei der Befragung von Patienten, die das erste mal eine therapeutisch-medizinische Dienstleistung in Anspruch nehmen, aus, da dieser Patientengruppe ein erfahrungsgesättigter Referenzwert fehlt. Gesetzt den Fall, dass diese Patienten im Rahmen der Beantwortung des obig abgebildeten Items nach der Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Pflege-

personal mit der Kategorie „das Beste...“ den im letzten Urlaub genossenen Services eines 5-Sterne-Hotels in Verbindung bringen, so ist es nicht verwunderlich, dass die Patienten diese Antwortkategorie mehrheitlich umschifften.

6.3.2.3 Anspruchsniveaureduktions- und Entschuldigungstendenzskalen: *Brauchbare Instrumente zur Kontrolle der hohen Zufriedenheitswerte?*

Ausgehend von dem vielfach beschworenen Phänomen der ‚falsch hohen PZ-Werte' entwickelte Petra STEFFEN in ihrer im Jahre 2008 eingereichten Dissertation in Gestalt einer ‚Anspruchsniveaureduktions-'[229] und einer ‚Entschuldigungstendenzskala'[230] zwei methodische Kunstgriffe, vermittels derer sie die in der Regel zu hoch ausfallenden Zufriedenheitswerte um diejenigen Werte bereinigt wissen wollte, die entweder auf dem Wege einer dramatischen Senkung des Anspruchsniveaus im Sinne des in Kapitel 3 beschriebenen Robert-Walser-Effekts (resignativ Zufriedene) oder aber auf dem Wege externer Attribuierungsleistungen (Entschuldigungstendenz) zustande kamen. Aufgrund der Tatsache, dass wir uns des Einflusses der Entschuldigungstendenz auf die Zufriedenheitsbildung bereits im Kapitelunterpunkt 6.3.1.5 hinreichend angenommen haben, werden wir in den nachstehenden Zeilen unser Hauptaugenmerk darauf richten, inwieweit die von STEFFEN konstruierte Anspruchsniveaureduktionsskala einen progressiven Beitrag zur Identifizierung resignativ zufriedener Patienten beizusteuern vermag. Betrachten wir nun die Ergebnisse, welche die in den Kölner Patientenfragebogen (KPF) integrierte Anspruchsniveaureduktionsskala zu Tage förderte, so erhalten wir das folgende Bild:

- nur 4% der befragten Patienten (N=32) griffen zur Beantwortung der „Ich habe mich im Krankenhaus an Unannehmlichkeiten gewöhnt“ auf die Antwortkategorie ‚stimme voll und ganz zu' zurück;
- 2,1% der Patienten (N=17) stimmten dem Statement „Im Krankenhaus darf man als Patient keine Ansprüche haben“ voll und ganz zu;
- 4,8% der Patienten (N=39) machten zur Beantwortung der Aussage „Im Krankenhaus habe ich meine Bedürfnisse zurückgestellt“ von der Antwortoption ‚stimme voll und ganz zu' Gebrauch;
- weiterhin stimmten nur 7,1% der Patienten (N=57) dem Statement „Ich habe mich damit abgefunden, dass im Krankenhaus nicht immer alles optimal verläuft“ voll und ganz zu;[231]
- das Gefühl, die eigenen Ansprüche reduzieren zu müssen, war bei jenen Patienten, die in einem schlecht ausgestatteten Zimmer untergebracht waren *bzw.* einen Mangel an Diskretion (Privatsphäre) erlebt oder eine verstärkte Unaufmerksamkeit seitens des Pflegepersonals wahrgenommen hatten, ausgeprägter;[232]
- für unsere Belange ist nun insbesondere die paradox anmutende Einsicht bedeutsam, dass „(...) die Zufriedenheit“ – laut STEFFENS – „um so höher ist, je geringer die „Anspruchsniveaure-

[229] „Die Anspruchsniveaureduktionsskala setzt sich aus folgenden Items zusammen: 1) Ich habe mich im Krankenhaus an Unannehmlichkeiten gewöhnt; 2) Im Krankenhaus darf man als Patient keine Ansprüche haben; 3) Im Krankenhaus habe ich meine Bedürfnisse zurückgestellt; 4) Ich habe mich damit abgefunden, dass im Krankenhaus nicht immer alles optimal verläuft“ [STEFFEN 2008: 68].

[230] „Die Skala ‚Entschuldigungstendenz' weist folgende Items auf: 1) Im Krankenhaus bin ich eher als im normalen Alltag bereit, ein Auge zuzudrücken; 2) Ich bin durchaus bereit, im Krankenhaus über widrige Umstände hinwegzusehen; 3) Wenn es im Krankenhaus hektisch zugeht, sollte man manches entschuldigen“ [ebenda: 69].

[231] vgl. ebenda: 95

[232] vgl. ebenda: 144, 153

duktion“ ausgeprägt ist.“[233] Da dieses Ergebnis dem von BRUGGEMANN entwickelten Konzepts der resignativ Zufriedenen[234], demzufolge Patienten mit einem ausgeprägten Anspruchsniveaureduktionsaufkommen ein höheres oder zumindest eine gleichrangiges Zufriedenheitslevel wie jene Patienten, die ihre Ansprüche aufrecht erhalten konnten, aufweisen müssten, gänzlich widerspricht, können wir in der Summe festhalten, dass die von STEFFEN entwickelte Anspruchsniveaureduktionsskala sich zur Kontrolle falsch hoher PZ-Werte nicht bewährt hat.

6.3.3 Kritische Stellungsnahme zur Diskussion über die methodische Problematik der stereotyp hohen Patientenzufriedenheitswerte

Zum Abschluss des vorliegenden Kapitels möchte der Autor nun nochmals – obzwar er bereits in den Schlussakkorden des Kapitelpunktes 2.7 sowie in den Fußnoten 910 und 920 des zweiten Kapitels dezidiert seine kritische Position zum Phänomen des so genannten »*Zufriedenheitsparadoxes*«, dessen Existenz, wie allen voran STAUDINGER in ihrem verdienstvollen Aufsatz »V*iele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut*: *das Paradox des subjektiven Wohlbefindens*« (2000) nachweisen konnte, vornehmlich methodischen Unzulänglichkeiten (u.a. globale Itemformate, kein Längsschnittstudiendesign etc.) geschuldet ist, herausgearbeitet hat – in der gebotenen Kürze einige theoretische und empirische Argumente gegen den in der fachspezifischen Literatur nicht minder häufig unterstellten Artefaktverdacht, demzufolge der erfasste Patientenzufriedenheitsgrad weniger durch die faktische Qualität der in Anspruch genommenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung sondern durch konstante und variable Patientenmerkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Attribuierungsstil, Coping-Stil, Lebenszufriedenheit usw.) hervorgerufen wird, ins Feld führen. Versuchen wir nun in einem ersten Schritt – ehe nachstehend die schärfste Form des Artefaktvorwurfs, in Worten die Anschuldigung, dass sich in den konstant hohen Zufriedenheitswerten die grundsätzliche Unfähigkeit der Patienten dokumentiert, als medizinische Laien zwischen einer guten und einer schlechten Versorgungsleistung unterscheiden zu können (Absprache der patientenseitigen Beurteilungskompetenz) und das PZ-Konstrukt somit in der Summe keinen erfassungswürdigen Qualitätsindikator bildet, anhand einiger ausgewählter empirischer Studien zurückgewiesen werden soll – diesen Vorwurf, sprich die ungeprüfte Mutmaßung, dass in die Ausbildung des Zufriedenheitsurteils weniger die konkrete Beschaffenheit der konsumierten Dienstleistung als vielmehr die patientenseitigen Soziodemographika und Persönlichkeitseigenschaften Einzug erhalten, unter Bezugnahme auf jene Studien zu entkräften, welche sich in der empirischen Überprüfung des Einflusses der obig genannten patientenendogenen Variablen auf das Zufriedenheitsurteil angenommen haben, so gebiert sich der voranstehend ausbuchstabierte Vorwurf angesichts der Untersuchungen von BEULE und Mitarbeiter (2004), KNEER (2005) sowie HENDRIKS und Kollegen (2006), welche zu dem Ergebnis gelangten, dass die berücksichtigten soziodemographischen und psychologischen Variablen nur zwischen 3 und 10% der Gesamtvarianz aufklärten, als gänzlich unhaltbar. Betrachten wir nunmehr – wie bereits obig angekündigt – in einem zweiten Schritt den ebenso brisanten wie folgenreichen Einwand, dass Patienten ob ihres Laienstatuses *per se* nicht zu einer angemessenen Einschätzung des Qualitätsausmaßes der erhaltenen medizinisch-therapeutischen Dienstleistung befähig sind, im Lichte der in der nachstehenden Tabelle angeführten Forschungsarbeiten, in denen der patientenseitige Beurteilungs-

[233] ebenda: 175-176
[234] siehe dazu ausführlich den Kapitelpunkt 2.7.1 der vorliegenden Arbeit

kompetenznachweis nicht nur auf der Ebene Strukturqualität sondern ebenfalls auf der Ebene der Prozessqualität erbracht werden konnte, so erweist sich diese Inkriminierung ebenfalls als bar jeglicher empirischen Evidenz.

Autor / Jahr	Zentrale Ergebnisse
Abdellah & Levine (1956)	Wie bereits in Kapitel 5 ausführlich dargestellt wurde gelangten die beiden Forscherinnen in ihrer Untersuchung zu der Erkenntnis, dass die Patienten sich allen voran mit jenen Stationen unzufrieden zeigten, auf denen ein Mangel an exterminierten Pflegepersonal herrschte.
Piedmont & Dornblasser (1970)	Eine in der Experimentalgruppe vorgenommene Reduktion des Personalschlüssels wirkte sich negativ auf die Patientenzufriedenheit aus.
Ley et al. (1976)	Drei Patientengruppen wurden von ihrem behandelten Arzt mit verschiedenartigen Gesprächen konfrontiert: Gruppe 1 erhielt ausführliche Krankheitsinformationen, Gruppe 2 wurde in üblicher Weise aufgeklärt und mit den Patienten der Gruppe 3 sprach der Arzt über alles und jenes, nur nicht über die Krankheit. Ergebnis: Die Patienten der ersten Gruppe hatten die höchsten die Patienten der dritte Gruppe die niedrigsten Zufriedenheitswerte.
Hinshaw et al. (1982, 1983)	Die Patienten der Experimentalgruppe, mit denen die Krankenschwestern bewusst mehr Pflegezeit verbrachten, wiesen eine signifikant höhere Zufriedenheit als die Patienten der Kontrollgruppe auf.
Rosenberg et al. (1985)	Die Autoren untersuchten den Einfluss eines vom Krankenhauspersonal geführten Streikes auf die Patientenzufriedenheit. Dabei gelangten die Autoren zu dem Ergebnis, dass sich die Zufriedenheitswerte der Patienten im Vergleich zu den in der Vorstreikphase erhobenen Parametern signifikant verschlechtert hatten.
Böcker (1989)	Wie bereits in Kapitel 5 sattsam dargestellt wurde konnte BÖCKER in seiner Studie den Nachweis erbringen, dass sich jene Patienten, die in dem modernen Neubau untergebracht waren sich signifikant zufriedener zeigten, als jene Patienten, die in dem etwas in die Jahre gekommenen Altbau vorliebt nehmen mussten.
Noelle-Neumann (1989)	Die in einem Altbau untergebrachten Patienten bewerteten den Krankenhausaufenthalt signifikant schlechter als diejenigen Patienten, welche in einem Neubau einquartiert wurden.
Rentrop (1997)	In dieser Untersuchung, in welcher der Autor die Patienten (N=202) von insgesamt vier psychiatrischen Kliniken in Oberbayern (Isar, Gabersee, Taufkirchen u. Haar) mittels halbstrukturierten Interviewleitfaden nach ihrer Zufriedenheit befragte, wiesen die Patienten der Klinik Isar, welche von den untersuchten Kliniken den stärksten Personalschlüssel aufbot, den mit abstand höchsten Gesamtzufriedenheitswert (90%) und die Patienten der Klinik Haar, die personell stark unterbesetzt war, den niedrigsten Gesamtzufriedenheitswert (72%) auf.
Henrich (1997)	Obzwar die Untersuchung von HENRICH unter methodischen Gesichtspunkten nicht zu überzeugen weis, gelangte der Autor nichtsdestotrotz zu der notationswürdigen Einsicht, dass sich Konflikte innerhalb des Stationsteams auch in den Zufriedenheitsangaben der Patienten wiederspiegeln.
Müller-Staub (2001, 2002)	Je besser die Pflegequalität aus der professionellen Fremdperspektive bewertet wurde, desto höher war auch die Patientenzufriedenheit. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Patienten, die nach den Einschätzungen der Experten eine schlechte Pflegequalität erfahren haben, im Fragebogen eine signifikant geringere Zufriedenheit angaben.
Helmbold (2003)	Patienten, die auf strukturell schlecht ausgestatteten Stationen (kleine Zimmer, Fehlen von Einbauschränken, keine separate Nasszelle im Zimmer, behindertenungerechte Bauweise usw.) untergebracht waren, äußert in einem signifikant höheren Maß Unzufriedenheit mit der erfahrenen Strukturqualität als jene Patienten, deren Krankenbett auf einer in struktureller Hinsicht einwandfreien Station stand.
Vahey et al. (2004)	Patienten, die von Krankenschwestern betreut wurden, welche einen hohen Burnoutwert aufwiesen, gaben signifikant geringere Zufriedenheitswerte an, als jene Patienten, deren für sie zuständige Krankenschwestern keine Burnout-Symptome aufwiesen.
Feddock et al. (2005)	Die Patienten jener Ärzte, welche in einer Ärztebefragung eine enorm hohe Arbeitsbelastung angaben wiesen signifikant geringe Zufriedenheitswerte auf als Patienten, die von Ärzten versorgt wurden, welche in der Ärztebefragung ein niedriges bis mittleres Arbeitsbelastungsausmaß angegeben hatten.
Pfaff et al. (2010)	Die Behandlungszufriedenheit der krebserkrankten Patientinnen, welche in Krankenhäusern untergebracht waren, die speziell ausgebildete *Breast Care Nurses* beschäftigten, lag signifikant höher als die Zufriedenheit jener Patientinnen, die sich in einem herkömmlichen Krankenhaus, welches keine *Breast Cares Nurses* engagierte, behandeln ließen.

Tab. 138: Studien zur Patientenurteilskompetenz

Obzwar nun die in der obigen Tabelle enumerierten Studien glaubhaft attestieren konnten, dass Patienten sehr wohl dazu in der Lage sind objektive Versorgungsmissstände zu perzipieren und diesen in einem Zufriedenheitsfragebogen Ausdruck zu verleihen, muss den zur Verhandlung stehendem Einwänden jedoch in zweierlei Hinsicht – wenngleich auch nicht in der ursprünglich formulierten schärfe – recht gegeben werden: *Erstens* bergen insbesondere ad-hoc entwickelte Globalfragebögen aufgrund ihrer sattsam belegten Stimulation eines euphemistischen Antwortverhaltens die Gefahr in sich, eine an und für sich defizitäre Versorgungsstruktur zu legitimieren. Darüber hinaus muss *zweitens* den im *Erwartungszentrierten, multiplen Vergleichsstandardmodell der PZ-Genese'* (siehe Kapitel 3) zum Vorschein kommenden Techniken der Unzufriedenheitsregulation insoweit Rechnung getragen werden, dass bereits Zufriedenheitswerte unterhalb von 75% als ausgewiesene Schwachstelle bewertet werden. Zusammengenommen können wir an dieser Stelle somit festhalten, dass dem Phänomen der konstant hohen Zufriedenheitswerte samt seiner negati-

ven Begleitphänomene (u.a. Artefaktverdacht, PZ-Befragungen als herrschaftsstabilisierende Instrumente, unlauterer Wettbewerb, Kundenirreführung etc.[235]) dadurch konstruktiv zu begegnen ist, dass auf der einen Seite die – vorzugsweise gesetzlich zu verankernde – Auflage verabschiedet wird, dass quantitative PZ-Befragungen ausnahmslos auf der Grundlage eines multiattributiv ausgerichteten Fragebogens, welcher nicht nur die konventionellen psychometrischen Gütekriterien gerecht wird, sondern obendrein auch den patientenzufriedenheitsbefragungssensiblen Untersuchungselementen – welche in den Kapitelunterpunkten 6.3.1.1.1 ff. erläutert wurden – ausreichend nachkommt, durchgeführt und anschließend veröffentlicht werden dürfen, sowie dass auf der anderen Seite die zufriedene von unzufriedenen Patienten scheidende Demarkationslinie aufgrund der im EmVP-Modell herausgearbeiteten Unzufriedenheitsreduktionstechniken getreu RASPE auf 75% angehoben wird.[236]

6.4 Kapitelsynopsis

Die im Verlaufe des vorliegenden Kapitelpunktes erzielten Erkenntnisfortschritte zeichnen sich allesamt dadurch aus, dass sie einerseits einen Großteil der in der nationalen wie internationalen PZ-Literatur unter dem Emblem des Methodendefizits subsumierten Missbestände als obsolet ausweisen und andererseits auf *bis dato* ausgeblendete methodische Unzulänglichkeiten aufmerksam machen konnten. Pointiert formuliert konnte im Rahmen des hiesigen Kapitels *erstens* die Gültigkeit der in den 90er Jahren des 20 Jh. ausformulierten methodischen Zeitdiagnosen – welche bis in die Gegenwart hinein zur Legitimierung von immer neuen PZ-Fragebogenentwicklungsprojekten in Beschlag genommenen werden – vermittels einer Dokumentenanalyse von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Fragebögen, die verkürzt gesagt zu dem Ergebnis gelangte, dass mittlerweile eine Vielzahl psychometrisch einwandfrei entwickelter Fragebögen existiert, *in toto* widerlegt werden. Dass sich nun jedoch infolge der Zeitdiagnosen-Falsifikation unter dem Etikett des Methodendefizits keineswegs – wie die vorausgehenden Zeilen fälschlicherweise nahe legen könnten – ein Vakuum gebildet hat, legt unsere *zweite* zentrale Einsicht nahe, der zufolge die nationale PZ-Forschung unter methodischen Gesichtspunkten die folgenden Missstände aufweist: 1) Exklusion von Migranten (Mangel an muttersprachlichen PZ-Bögen); 2) Überschuss generischer PZ-Bögen (Mangel an adressatenspezifischen PZ-Fragebögen); 3) Methoden-Monotonie (Fragebogenlastigkeit, geringe Anzahl multimethodisch angelegter Studie, Nichtberücksichtigung viel versprechender Alternativverfahren wie z.B. projektiver Tests) sowie 4) Unzureichende Validierung des PZ-Konstrukts mittels MTMM-Analyse. Darüber hinaus können wir die bisherige Gestalt des Methodendefizits *drittens* um die im Kapitelunterpunkt 6.2 sattsam belegte Tatsache erweitern, dass das innerhalb der PZ-Forschung akkumulierte Methodenwissen bislang nicht in der gewünschten Weise in den Befragungsalltag durchgesickert ist. Zu guter letzt kann noch konstatiert werden, dass wir *viertens* im Kapitelabschnitt 6.3.3 das in der Vergangenheit zuhauf zur Diskreditierung der PZ-Erfassung erhobene Argument der mangelhaften patientenseitigen Dienstleistungsbeurteilungskompetenz der Patienten empirisch entkräften konnten.

[235] siehe dazu ausführlich Kapitelpunkt 6.3
[236] vgl. RASPE 1997

Patient	**Oberarzt**
---also, das is' ne Vermutung von mir nur - mit der Stimmung	
	'ne Vermu:tung --
ja	
	das kann ich jetzt schlecht nachvollziehen, Herr F., - wenn Sie sagen, die Stimmung müsste besser werden, dann geh' ich davon aus, dass Sie mit ihrer eigenen Stimmung nicht zufrieden sind
ja, - wissen Sie, das ist schon richtig	
	und WESHALB sind Sie nicht zufrieden?
also äh also, das wird ammm am GeGeGe am Gege am Gesamtkonzept lie/liegen am medizinischen Gesamtkonzept	
	--- das kann ich nicht verstehen

Silke Rosumek[1]

„Wer die Psychiatrie angreift ist psychisch krank und bedarf ärztlicher Hilfe"

Psychologie heute[2]

„Entäußerte wirklich der Gedanke sich an die Sache, gälte er dieser, nicht ihrer Kategorie, so begänne das Objekt unter dem verweilenden Blick des Gedankens selbst an zu reden"

Theodor W. Adorno[3]

7. „*Der Berg kreiste und gebar eine Maus*" –
Zur defizitären Verwertung generierter Patientenzufriedenheitsdaten

Begrüßen wir nun, nachdem wir das in den obigen Zeilen durchschrittene methodische Terrain der Patientenzufriedenheitsforschungsländerei hinter uns gelassen haben, das nunmehr noch zu passierende Gebiet, welches auf der Karte mit dem Namen ‚*Utilitatis*' eingezeichnet ist, mit den Worten: *cui bono?* so schallen uns aus der zerklüfteten Landschaft behände sowohl die Redensarten „*Viel Geschrei und wenig Wolle*", „*Wein predigen und Wasser trinken*", „*Viel Lärm und Nichts*", „*Die Hunde bellen, die Karawane zieht weiter*", „*Viel Rauch und wenig Braten*", „*Der Berg kreiste und gebar eine Maus*" als auch die Bauernweisheit „*Vom reinen Wiegen wird das Schwein auch nicht fetter*" behände entgegen. Für Leser, die es etwas unmetaphorischer lieben, sei angemerkt, dass der in den voranstehend angeführten Redewendungen angesprochenen praktischen Umsetzungsproblematik *resp.* der – neoinstitutionalistisch gesprochen – Entkoppelung zwischen *talk* und *action* in der nationalen wie internationalen PZF insofern eine zentrale Bedeutsamkeit zukommt, als dass sie die Problematik des dritten großen Defizits der PZF, *nudis verbis* des Verwertungsdefizits, rundheraus beim Namen nennen.

Bevor wir uns nun in den nachfolgenden Kapitelunterpunkten einerseits mit den multifaktoriellen Gründen (7.1), welche für die Persistenz der nicht nur in der Patienten-, sondern auch in der Arbeits[4]- und Kundenzufriedenheitsforschung[5] an der Tageordnung stehenden ‚Datenfriedhofsproblematik'[6]

[1] ROSUMEK 1992
[2] PSYCHOLOGIE HEUTE 1977: 48
[3] ADORNO 1986c: 38
[4] siehe dazu BUNGARD et al. 2007; DEITERING 2006 sowie GAWELLEK 1987: 101ff.; FISCHER 1991 und NEUBERGER 1975
[5] siehe dazu SCHOLZEN & BITTNER 2002; STAUSS 2006&b, 2007 und 2008; STAUSS et al. 2006a&b

verantwortlich zu machen sind, sowie andererseits mit möglichen Ansätzen zur künftigen Überwindung dieser Umsetzungsunglücke (7.2) beschäftigen werden, soll das Verwertungsdefizit vorab inhaltlich stärker konturiert und anhand einiger Beispielstudien verdeutlicht werden.

Das primäre Verwertungsdefizit[7] der PZF, welches in den nachstehenden Zeilen einer ausgiebigen Analyse unterzogen wird, besteht verkürzt gesagt darin, dass PZ-Befragungen, gemessen an ihren ursprünglich qualitätsverbessernden Absicht, scheitern. Greifen wir nun zur Dechiffrierung dieser kryptischen Definition, der zufolge das zentrale Kennzeichen des Verwertungsdefizits im Scheitern des Befragungsprojekts lokalisiert liegt, auf die etymologische Herkunft des Begriffs ‚Scheitern', welcher in der Schifffahrersprache die auseinandergebrochenen Teile eines Schiffrumpfes, Scheiter genannt, bezeichnete, zurück, so lässt sich präzisieren, dass das Groß der PZ-Befragungsprojekte an einer besonders heiklen Stelle, die den Übergang zwischen der Datenauswertung und der versorgungsqualitätsverbessernden Dienstbarmachung der in Erfahrung gebrachten Daten bildet (siehe Abbildung 98), zerschellt.

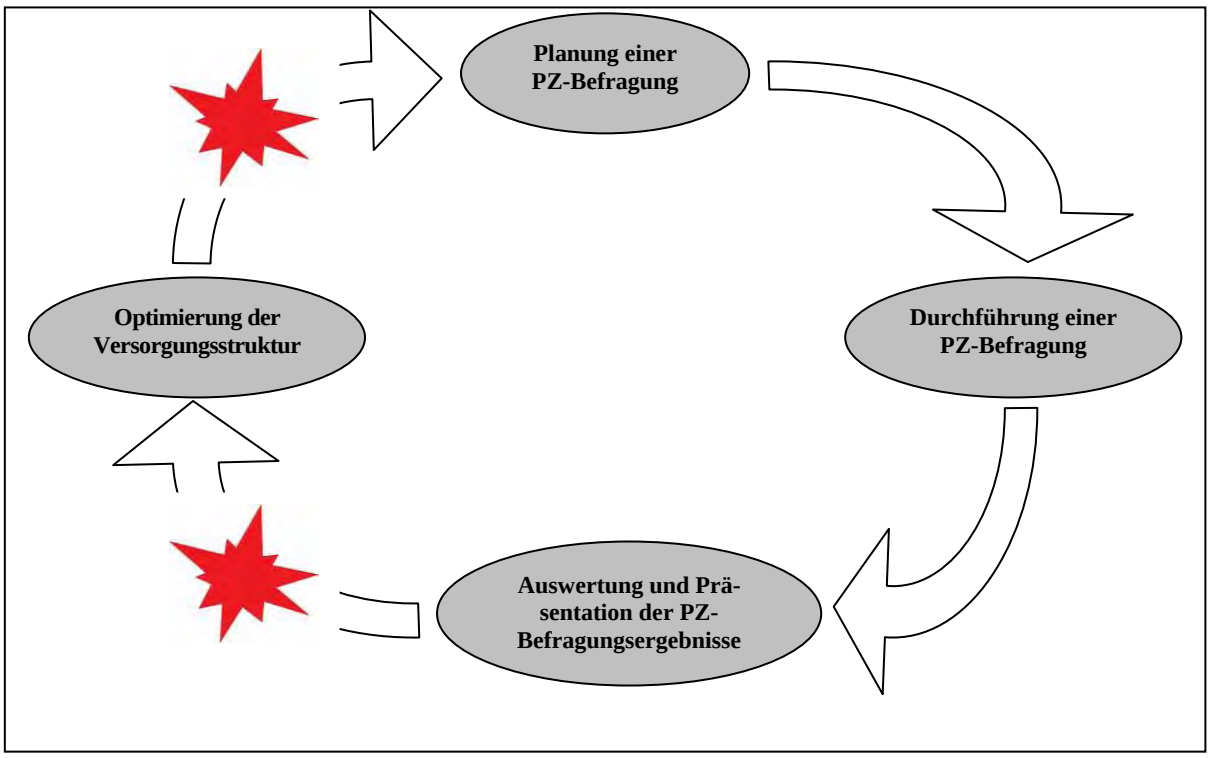


Abb. 98: Das Verwertungsdefizit der Patientenzufriedenheitsforschung[8]

Wie aus der Abbildung 98 ersichtlich wird, offenbart sich das Verwertungsdefizit an zwei Stellen des – am PDCA-Modell von Williams Edwards DEMING[9] orientierten – Befragungszyklus: *Erstens* werden *in praxi* aufgrund des Einsatzes globaler, kritikunempfindlicher Instrumente (siehe Kapitel 6.2) zumeist keine gravierenden Versorgungsschwachstellen objektiviert, was in letzter Konsequenz dazu führt, dass

[6] Angemerkt sei, dass die Allegorie des Datenfriedhofs dem Verwertungsdefizit noch einen allzu euphemistischen Anstrich gibt, da den hiesigen Friedhöfen gemeinhin wenigstens einmal im Jahr an Allerheiligen ein Besuch abgestattet wird. Den Hinweis auf die limitierte Erklärungsreichweite der Datenfriedhofmetapher verdankt der Autor übrigens dem tschechischen Schriftsteller Milan KUNDERA, indessen wohl bekanntesten Roman »*Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins*« sich folgende Notation findet: „Berge von beschriebenen Blättern sammeln sich in den Archiven, die trauriger sind als Friedhöfe, weil man sie nicht einmal an Allerseelen betritt" [KUNDERA 2006: 100].

[7] Gewissermaßen als sekundäre Verwertungsdefizite können die beiden folgenden Sachverhalte angesehen werden: 1) Die im Kapitelunterpunkt 6.2 ausführlich belegten Problematik, dass die im Krankenhausalltag mit der Durchführung von PZ-Befragungen beauftragten Personen die in der PZF erzielten Fortschritte nicht zur Kenntnis nehmen; 2) Eine weitere, durchaus unter dem Terminus des ‚sekundären Verwertungsdefizit' subsumierbare, Problematik besteht ferner darin, dass die in den Qualitätsberichten abgelichteten PZ-Befragungsergebnisse nur von einer verschwindend geringen Anzahl der Patienten bei der Krankenhauswahlentscheidung berücksichtigt werden (vgl. GERAEDTS 2006, 2008 sowie STREUF et al. 2007). Über eine aus Patientensicht häufig unverständliche Darstellung der Qualitätsbereichte berichtet die Studie von FRIEDMANN et al. 2009.

[8] eigene Darstellung

[9] vgl. KOSTKA & KOSTKA 2008: 32ff.

die Ergebnisse ausnahmslos zur positiven Öffentlichkeitsarbeit und nicht etwa zur Optimierung der Versorgungsstruktur herangezogen werden. Darüber hinaus macht sich das Verwertungsdefizit *zweitens* im Rahmen der Implementierung von Veränderungsmaßnahmen, die auf der Grundlage des generierten Datenmaterials verabschiedet wurden, bemerkbar. Mit andern Worten gesagt bedeutet dies, dass obzwar vermittels der PZ-Befragung Stellschrauben zur Verbesserung der Versorgungsqualität (z.B. Patienten fühlten sich nicht ausreichend über die einzelnen Therapieelemente informiert) freigelegt wurden, keine Anstalten gemacht werden, diese in die gewünschte Richtung zu drehen. Bezugnehmend auf die Ausführungen des arrivierten AZ-Forschers Oswald NEUBERGER können wir in diesem Zusammenhang – ohne bereits an dieser Stelle den zentralen Umsetzungshindernissen zu sehr vorgreifen zu wollen – davon ausgehen, dass für die meisten PZ-Befragungsprojekte eine Art *‚Parzival-Effekt'* gilt: „Nicht, was geantwortet wird, sondern dass gefragt wurde, ist wichtig."[10]

Ehe wir uns jedoch im unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt 7.1 mit der Frage, welche Gründe für die höchst mangelhafte Dienstbarmachung der PZ-Daten zu Qualitätsverbesserungsprozessen verantwortlich zu machen sind, an die einschlägige Literatur wenden werden, sollen vorab einige ausgewählte Beweise für die faktische Existenz des Verwertungsdefizits angeführt werden.

Versuchen wir nun also eine Art ‚Indizienliste' aufzustellen, anhand derer die obig monierte Missetat Namens Verwertungsdefizit überführt werden kann, so weisen die nachstehenden acht Hinweise nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit einen ausreichenden Stichhaltigkeitsgrad auf, um eine – die angeschlagene Metapher bemühend – Festnahme zu legitimieren:

1. Das petitio principii der PZ-Forschung: Einen ersten, indirekten Hinweis auf die unzureichende, qualitätsoptimierende Verwertung von Patientenbefragungen gibt der in Kapitel 4.4 sattsam beschriebe Sachverhalt, dass der Nutzen von PZ-Befragungen zur Erhöhung der Versorgungsqualität *bis dato* noch nicht glasklar nachgewiesen werden konnte. „(....) über die praktische Verwertung von Patientenbefragungen [wird, T.K.]" – so urteilt der Gesundheitswissenschaftler Karl BLUM – „(...) selten berichtet. Obwohl das zentrale Verwertungsziel von Patientenbefragungen in der Verbesserung des Versorgungsangebotes und der Steigerung der PZ besteht, stehen diesbezügliche Nachweise vielfach noch aus."[11] Dass sich das Verwertungsdefizit nicht etwa – wie die voranstehenden Zeilen nahe legen könnten – aus einem reinen Veröffentlichungsdefizit zusammensetzt, sondern *realiter* im Alltagsgeschäft der PZF anzutreffen ist, verdeutlichen die nächsten Hinweise.

2. Die Studie von TASA und Mitarbeitern (1996): Basierend auf den Interviewaussagen von insgesamt 17 Krankenhausmanagern zum Thema ‚Verwendung von PZ-Befragungsdaten' konnten die Autoren acht zentrale Datenumsetzungshindernisse identifizieren, die wiederum auf drei Oberkategorien – „characteristics of data (usercenteredness, link to process), characteristics of organization (size, structures, strategies, and time), and charcteristics of individuals (fear, skepticism ...)"[12] verteilt werden können. Ohne nun auf die in dieser Studie ausfindig gemachten Umsetzungsbarrieren – welche wir in Kapitel 7.1 noch genauer unter die Lupe nehmen werden – genauer einge-

[10] NEUBERGER 1997: 433
[11] BLUM 1998b: 260
[12] TASA 1996 et al.: 61

hen zu wollen, weist die Studie von Kevin TASA und Kollegen alles in allem daraufhin, dass der Weg von der Datenauswertung bis zur versorgungsstrukturverändernden Dateneinspeisung nicht nur mit äußerst spitzen Steinen gepflastert, sondern darüber hinaus auch noch mit Fallgruben und Tretminen bespickt ist.

3. Die Studie von DIRKS-WETSCHKY & TROJAN (1998, 2001): Beseelt von der Neugierde, einen Einblick in die praktische Handhabung des Instruments PZ-Befragung im deutschen Krankenhausalltag zu erhalten, sandten die beiden Autoren einen 22-Items umfassenden Fragebogen, der die Dimensionen 1) Hintergründe/Erkenntnisinteressen der Befragung, 2) Durchführungsmodus der Befragung, 3) Auswertung der Befragung und 4) Umsetzung der Befragungsergebnisse umfasste, an insgesamt 26 Krankenhäuser, die in der Vergangenheit eine PZ-Befragung durchgeführt hatten. Betrachten wir nun die Ergebnisse zu der vierten Fragebogendimension, so konnte das Autorenduo DIRKS-WETSCHKY & TROJAN die Verwertungsdefizit-Hypothese insoweit verifizieren, als dass „(...) nur vier der untersuchten 26 Krankenhäuser (=15 Prozent) (...) Ausführungen über konkrete Umsetzungsmaßnahmen gemacht [hatten, T.K.].“[13]

4. Die Studie von PASSFELD (2001): In der explorativen Fragebogenentwicklungsphase befragte Holger PASSFELD unter anderem 12 Krankenhausexperten anhand eines knappen Gesprächsleitfadens zu ihrer Einstellung *resp.* zu ihren Erfahrungen mit der Methode PZ-Befragung. Von besonderen Interesse für den Untersuchungsgang der vorliegenden Arbeit sind dabei allen voran die Expertenäußerungen zu der von PASSFELD gestellten Frage: „Wie schätzen Sie die Chancen für die Umsetzung und Anwendung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen ein?“[14]; da die Experten diese Frage äußerst kritisch beantworteten. Neben den grundsätzlichem Vorbehalt, dass das medizinische Personal den Patienten als medizinischen Laien keine ausreichende Beurteilungskompetenz attestiert, erspähen die Experten in den unzureichenden finanziellen und personellen Ressourcen der Kliniken weitere, äußerst griffige Umsetzungsbremsen. Ferner machten die Experten darum keinen Hehl, dass die PZ-Befragungen *bis dato* zumeist ausschließlich für Marketingzwecke instrumentalisiert wurden.[15]

5. Die Studie von RIDER & PERRIN (2002): Ausgehend von der elegisch stimmenden Befundlage, dass in der Literatur wenig Wissen über die faktische Nutzung der Zufriedenheitsdaten vorherrscht[16], versandten das Autorenduo an insgesamt 810 Hausärzte, die in der Vergangenheit eine oder mehrere PZ-Befragungen durchgeführt hatten, einen Fragebogen zur praktischen Verwertung der Zufriedenheitsdaten. Die Antworten der Ärzte (Rücklaufquote 68%) beziehen die Verwertungsdefizit-Hypothese nun insofern mit einem enorm starken Imprägnierschutz, als dass nur 7,1% der befragten Ärzte Zufriedenheitsbefragungen öfters durchführten und auf deren Grundlage Veränderung einleiteten.[17] *Summa summarum* gelangten die Autoren zu der unerquicklichen Einsicht, dass „(...) <25% of primary care physicians find profiles [of patient satisfaction, T.K.] useful for improving care and even fewer report using profiles to change practice.”[18]

---

[13] DIRKS-WETSCHKY & TROJAN 2001: 357
[14] PASSFELD 2001: 90
[15] vgl. ebenda
[16] „Little is known about physicians' use of patient satisfaction information or how profiles affect individual physician behavior" [RIDER & PERRIN 2002: 752].
[17] vgl. ebenda
[18] ebenda

6. Die Helsana-Studie von BEULE und Mitarbeitern (2004): Das Verwertungsdefizit kommt in der von Wolfgang BEULE, Max MÜLLER und Benjamin SPICHER durchgeführten Helsana-Studie, in welcher das Autorentrio 23.814 Schweizer Bürger, die eine Helsana-Versicherung abgeschlossen haben, zu ihrer Zufriedenheit mit dem Hausarzt befragten[19], darin zum Vorschein, dass „(...) Gesamthaft nur 19% der Ärzte (115 von 600) eine detaillierte Auswertung der PZ-Erhebungen bestellt und erhalten haben. Diese niedrige Quote ist enttäuschend. Der Evaluationsreport gäbe genügend Anhaltspunkte zur allfälligen Verbesserung und Qualitätssicherung. Es bleibt zu fragen" – so runden BEULE und Mitarbeiter diesen Passus mit einem gehörigen Schuss Zynismus ab – „ob das Thema Patientenzufriedenheit kein Thema in der Arztpraxis ist?"[20]

7. Die Studie von DAVIES & CLEARY (2005): Die Ergebnisse dieser Untersuchung, in welcher die beiden Autoren – in Analogie zu der Studie von Holger PASSFELD (2001) – insgesamt 14 Klinikdirektoren und -manager dazu interviewten, ob und wenn ja in welchem Ausmaß die PZ-Befragungsergebnisse zur Verbesserung der Versorgungsqualität herangezogen werden, förderte die Erkenntnis zu Tage, dass es getreu den Angaben der befragten Experten im Klinkalltag derzeit noch eine ganze Palette von strukturellen und persönlichen Hindernissen gibt, welche dafür Sorge tragen, dass die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen nicht in dem gewünschten Maße umgesetzt werden.

8. Die Studie BOYER und Kollegen (2006): In dieser Forschungsarbeit legten BOYER und Mitarbeiter insgesamt 500 Mitarbeitern eines 2.200 Betten starken Krankenhauses, an dem seit 1998 jährlich eine PZ-Befragung durchgeführt wird, einem eigens entwickelten Fragebogen (21 Items) zur Erfassung der allgemeinen Einstellung zur PZ-Befragung sowie zur Ermittlung der praktischen Datenverwertung vor. Anhand der retournierten Fragebögen – die Rücklaufquote betrug nur 52%[21] – konnten die Autoren einige Widersprüchlichkeiten aufzeigen, die das Verwertungsdefizit bestätigen. So gaben zwar einerseits 94% der befragten Mitarbeiter an, dass sie die PZ-Befragung für äußerst wichtig halten, andererseits waren jedoch nur 60% der Mitarbeiter über die Ergebnisse der letzten Zufriedenheitserhebung informiert und ein nicht unwesentlicher Anteil der befragten Mitarbeiter – vornehmlich Ärzte – äußerten sich kritisch hinsichtlich der patientenseitigen Urteilskompetenz. Neben diesen zuletzt angeführten Studienergebnissen untermalt allen voran der folgende Befund die Vorherrschaft des Verwertungsdefizits: „According to 40% of the responders, satisfaction results were formally discussed in the department; these data resulted in implementing improvment actions and led to modifications in their bevaiour with patients. (...) There is" – so schließen die Autoren ihre Studie – „a gap between what resonders declared and what they actually did."[22]

Wenden wir uns nun aber, nachdem wir in den vorausgehenden Zeilen noch einmal den Aktualitätswert des Verwertungsdefizits nachweisen konnten, ohne Umschweife den möglichen Gründen zu, die für die Persistenz dieser Problematik verantwortlich gemacht werden können.

[19] vgl. BEULE et al. 2004: 7
[20] ebenda: 96
[21] vgl. BOYER et al. 2006: 361
[22] ebenda: 362

7.1 Das Verwertungsdefizit – *Eine ätiologische Perspektive*

Wenn wir uns im Folgenden der Diskussion unterschiedlichster Ursachen zur Erklärung des ubiquitären Verwertungsdefizits generierter Zufriedenheitsdatensätze annehmen werden, müssen wir uns vorab in einem ersten Schritt in Erinnerung rufen, dass die gegenwärtige Hochkonjunktur von PZ-Befragungen in den Institutionen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens ihren Ausgangspunkten in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts nahm. Katalytisch wirkte sich damals auf die Implementierung von PZ-Befragung einerseits die 1989 verabschiedete rechtliche Verpflichtung von Krankenhäusern zur Qualitätssicherung (§ 135 SGB V) sowie andererseits der durch das 1992 ratifizierte Gesundheitsstrukturgesetz verstärkt anhebende Leistungswettbewerb unter den Krankenhäusern aus. Ohne nun den in der Literatur myriadenartig besprochenen Qualitätssicherungs- *resp.* Qualitätsmanagementsdiskurs an dieser Stelle ein weiteres Mal mehr als nötig aufrollen zu wollen, ist nichtsdestotrotz das Wissen darum, dass der Anstoß zur flächendeckenden Verbreitung von PZ-Befragungen nicht etwa aus dem inneren des Gesundheitssystems, sondern aus dessen Umwelt stammte, für den Fortgang unseres Untersuchungsganges von fundamentaler Bedeutung.

Suchen wir nun nach diesen hinführenden Worten sowohl die nationale als auch die internationale Literatur zur PZF nach Studienarbeiten ab, die sich explizit der Erforschung jener Gründe verschrieben haben, welche für die mangelhafte Dienstbarmachung von PZ-Daten im Rahmen von Versorgungsqualitätsverbesserungsprozessen primär verantwortlich zu machen sind, so stellt sich angesichts der Tatsache, dass bis auf die beiden Zeitschriftenaufsätze von Kevin TASA et al. »*Using patient feedback for quality improvement*« (1996) sowie Karl BLUM »*Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen – Eine Ursachenanalyse*« (1998b) zu diesem Themenkomplex keine eigenständigen Forschungsbemühungen angestrengt wurden, Ernüchterung ein. Erschwerend kommt noch hinzu, dass sich die Studie von BLUM beinahe gänzlich in hypothetischen Spekulationen über die möglichen Verwertungsdefizitgründe erschöpft. Neben diesem Mangel an empirischer Hypothesenabsicherung sticht bei der Durchmusterung der schmalen Verwertungsdefizitliteratur ferner die vollständige Ausblendung organisationstheoretischer Theoriebezüge ins Auge. Verkürzt gesagt bedeutet dies, dass sich die Gründe, welche in der einschlägigen Literatur für die Existenz des Verwertungsdefizits verantwortlich gemacht werden, vorrangig auf der kognitiv-emotionalen Ebene der Mitarbeiter (mangelnde Motivation, Machtverlustängste, Furcht vor Rollendiffusion usw.) sowie auf der methodischen Ebene (kirtikunempfindliche Messinstrumente, enorme zeitliche Lücke zwischen Datengewinnung und Datenpräsentation, unverständliche Ergebniskommunikation usw.) angesiedelt sind.

Wenn wir nun in den nachstehenden Zeilen den Versuch starten werden, die bislang in der Literatur diskutierten Verwertungsdefizitgründe zu systematisieren und durch eine organisationssoziologische Perspektive zu ergänzen (siehe Abbildung 99), so sei vorab angemerkt, dass in der vorliegenden Arbeit eine umfassende Behebung des in der Fachliteratur zu verzeichnenden '*Verwertungsdefizitserforschungsdefizits*' allein deshalb nicht geleistet werden kann, als dass die Zielsetzung der in den Kapitel 8 bis 9 vorzunehmenden empirischen Untersuchung eine gänzlich andere, nämlich die Entwicklung und Überprüfung eines multimethodischen Erhebungsinstrumentariums zur Erfassung der PZ, ist. Aufgrund dieser Tatsache schüttet das in den kommenden Zeilen

mit Leben zu füllende Bündel optionaler Umsetzungshindernisse gewissermaßen ein neues Forschungsterrain auf, welches darauf harrt, von künftigen PZ-Forschergenerationen genaustens kartographisiert zu werden.

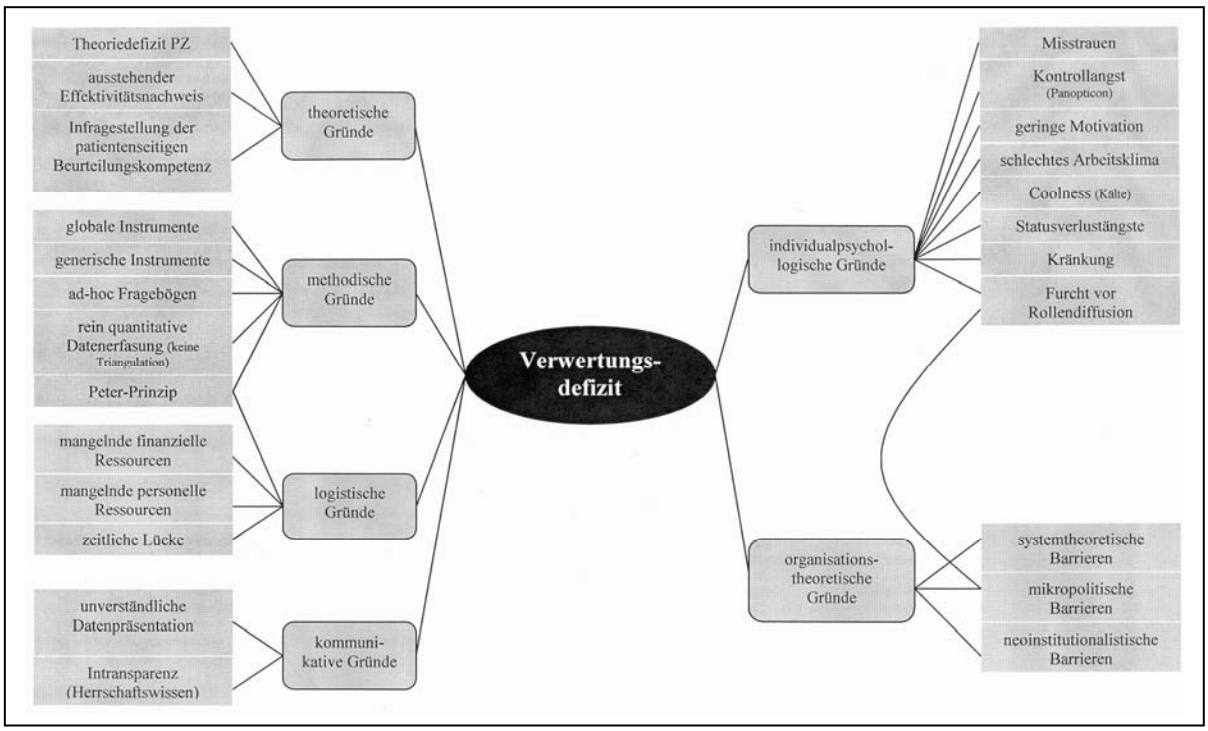


Abb. 99: Zentrale Gründe für die Persistenz des Verwertungsdefizits[23]

7.1.1 Theoretische Ursachen des Verwertungsdefizits

Betrachten wir nun die theoretischen Hindernisse, die der praktischen Umsetzung generierter Zufriedenheitsdaten im Wege stehen, so zeigt sich, dass sich diese Umsetzungsbarrieren aus drei folgenden Elementen zusammensetzen: 1) dem Theoriedefizit der PZF, 2) dem bisweilen noch ausstehenden Effektivitätsnachweis von PZ-Befragungen (*petitio principii*) sowie 3) der grundsätzlich in Frage gestellten Beurteilungskompetenz der Patienten. Da wir die ersten beiden Gründe, sprich die von Seiten des Klinikpersonals zur Immunisierung gegenüber den Befragungsergebnissen genutzten Hinweise auf das Theorie- und Legitimitätsdefizit der PZF, bereits in den Kapitel 2 und 4 der vorliegenden Arbeit hinreichend erörtert haben, soll nachstehend der dritte theoretische Verwertungsdefizitgrund, *nudis verbis* die in Abrede gestellte Beurteilungskompetenz der Patienten – obzwar wir diesen Sachverhalt im Kapitel 3 ebenfalls kurz skizziert haben – näher in Augenschein genommen *bzw.* anhand einiger Fallbeispiele veranschaulicht werden.

Das von Klinikmitarbeitern zur Entschärfung von Patientenkritik ins Felde geführte Argument, demnach die Patienten sowohl aufgrund ihres fehlenden Fachwissens als auch aufgrund ihrer aktuellen Erkrankung nicht dazu befähigt sind, die erfahrene Dienstleistung angemessen zu beurteilen, bildete – wie gleich zu zeigen sein wird – in der Geschichte der PZF lange Zeit die gewichtigste Ursache des Verwertungsdefizits. Zur Unterfütterung dieser Aussage seien an dieser Stelle *pars pro toto* die Eckdaten des ‚*Frankfurter Psychiatriestreites*' referiert, der uns in schockierender Weise *ad oculus demonstriert*, wie ‚totale Institutionen' in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts auf kritische Patientenstimmen reagierten. Ausgelöst wurde der in den Jahren 1976/1977 statthabende Konflikt zwischen dem Sozialarbeiter und Journa-

[23] Entwicklung des Autors

listen Ernst KLEE und der Frankfurter Universitäts-Nervenklinik, welcher als ‚*Frankfurter Psychiatriestreik*' in die Literatur Einzug erhalten hat, durch eine von KLEE geleitete Projektgruppe, in der aktuelle Klinikpatienten eine eigene Rundfunksendung (»*Klinikinsassen machen eine Sendung*«[24]) selbst gestalten sollten. Stand die Klinikleitung diesem Projekt zu Anfangs noch überaus interessiert und unterstützend gegenüber, so schlug diese positive Grundhaltung in dem Augenblick ins Gegenteil um, als die Klinikleitung darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass die Patienten das Forum der ersten Sendung dazu nutzen, massive Kritik an der derzeitigen Versorgungssituation (u.a. Ärzte haben keine Zeit, Undurchsichtigkeit der Diagnosen, "Pillenkeule" statt Therapie[25]) zu üben. Betrachten wir nun die Kritikimmunisierungstechniken der Klinik: *Erstens* wurden den an der Radiosendung beteiligten Patienten massive Repressalien (u.a. Absetzung oder Höherdosierung der Medikamente, Entlassung) angedroht, was in der Summe dazu führte, dass zum zweiten Sendetermin nur noch drei der ursprünglich 8 Patienten erschienen.[26] *Zweitens* spielt die Klinik zu ihrer Verteidigung gegenüber der Öffentlichkeit und den Patienten ihre historisch gewachsene Trumpfkarte namens Definitionsmonopol aus. Kurzum: Die Kritik der Patienten wird als Symptom ihrer Krankheit gewertet und damit zugleich entwertet.[27] Zu guter Letzt versuchte sich die Klinik *drittens* durch eine Personalisierung des Konflikts, es wurde Strafanzeige gegen KLEE wegen angeblicher Verleumdung erstattet, von der vorgebrachten Kritik reinzuwaschen.[28]

Ehe wir nun im nachstehenden Kapitelunterpunkt die methodischen Ursachen des Verwertungsdefizits inspizieren werden, sei der Leser der vorliegenden Arbeit vorab auf den überaus brisanten Sachverhalt hingewiesen, dass die obig beschriebene Immunisierungstechnik der "Kritikhinwegpsychologisierung" von deutschen Psychiatern nicht ausnahmslos gegen Kritiker aus den Reihen der Patientenschaft, sondern ebenfalls gegenüber Kritikern aus der normalen Bevölkerung – so z.B. im Falle des Psychiatriekritikers Johannes Georg LEHMANN-HOHENBERG[29] – sowie sogar gegenüber Kritikern aus den eigenen medizinischen Reihen – so z.B. in den Fällen des Anstaltswärters Gottlieb HÄGLI[30] und dem Psychologiedoktoranden Heinz WEISS[31] – angewandt wurden. Zu guter Letzt sei in diesem Zusammenhang an den Präzedenzfall des Assistenzarztes Hans MAUSBACH erinnert, der ob seiner im Rahmen einer 1970 ausgestrahlten Fernsehsendung namens ‚*Halbgötter in Weiß*' vorgebrachten Kritik gegenüber der damaligen Behandlung von Patienten und Assistenzärzten im Krankenhausalltag zwar nicht – wie etwa der voranstehend genannte Heinz WEISS – der Unzurechnungsfähigkeit bezichtigt wurde, jedoch bereits am nächsten Arbeitstag fristlos entlassen wurde.[32]

---

[24] vgl. KLEE 1978: 13 „Über die Sendung heißt es: »Ziel der Sendung ist es, dass sich Patienten mit ihren Konflikten, Problemen, Nöten selber zu Wort melden. Es geht darum, dass nicht Fachleute, Helfer, Betreuer informieren, welche Gefühle psychisch Kranke haben, was sie bedrückt, wie sie sich sehen, wie sie mit ihrer Situation fertig werden, sondern dass die Betroffenen selbst die Initiative ergreifen ... Die Sendung soll von den Aufnahmen bis zu den notwendigen Schnitten von Patienten bestimmt werden, d.h.: die *Patienten* gestalten die Sendung.« Dieser Text steht in der von Pittich [Psychiater an der zur Frankfurter Universitätsklinik, T.K.] mitverantworteten Zeitschrift »Treffpunkte«"[ebenda: 14].

[25] vgl. ebenda

[26] vgl. ebenda: 17-19

[27] vgl. ebenda: 34

[28] vgl. ebenda: 37

[29] vgl. SCHWOCH & SCHMIEDEBACH 2007: 35ff.

[30] vgl. HÄGI 1894 sowie die Aufarbeitung des historischen „Falls Hägi" durch MEIER 2006

[31] vgl. WEISS 1976b und 1977a

[32] vgl. DER SPIEGEL 1971: 198-200

7.1.2 Methodische Ursachen des Verwertungsdefizits

Nehmen wir uns nun den in der Abbildung 99 angeführten methodischen Gründe an, die für das Problem der unzureichenden Nutzung von PZ-Daten für die Optimierung der Versorgungsstruktur verantwortlich gemacht werden können zu, so erweisen sich die ersten vier Gründe: 1) globale Instrumente, 2) generische Instrumente, 3) ad-hoc-Instrumente und 4) rein quantitative Datenerhebung; insofern als mehr oder weniger selbstklärend, als dass wir im vorausgehenden Kapitelunterpunkt mehrfach darauf hingewiesen haben, dass einerseits sowohl global gehaltene als auch selbstgestrickte ad-hoc-Fragebögen eine mangelhafte Kritiksensitivität aufweisen und somit keine veränderungsrelevanten Schwachstellen identifizieren können sowie dass andererseits ein ausschließlich quantitatives Erhebungsdesign sich zwar – vorausgesetzt das ein psychometrisch hinreichend getesteter Fragebogen angewandt wird – zur generellen Schwachstellenvisibilisierung (z.B. Patienten sind mit dem Krankenhausessen unzufrieden) nicht jedoch zur Aufdeckung des feinen Ursachengewebes der objektivierten Schwachstelle (z.B. Lag die Unzufriedenheit mit dem Essen nun daran, dass es zu kalt, nicht reichhaltig genug oder dass es zu eintönig war?) eignet.

Werfen wir nun noch abschließend einen kurzen Blick auf die fünfte methodische Verwertungsdefizitbarriere: *Das Peter-Prinzip*. Laut diesem Prinzip, welches von Laurence J. PETER ausgangs der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts entdeckt wurde, neigt „in einer Hierarchie (...) jeder Beschäftigte dazu, bis zu einer Stufe der Unfähigkeit aufzusteigen“[33]. Wenn sich der Leser nun berechtigterweise die Frage stellt, was dieses Prinzip mit der defizitären Nutzbarmachung von Patientenbefragungen zu tun hat, so sei unter Rückgriff auf die im Kapitelunterpunkt 6.2 vorgestellten Studien darauf hingewiesen, dass ein Gutteil der in deutschen Krankenhaus statthabenden Patientenbefragungen von Mitarbeitern des Pflegepersonals, deren methodisches und statistisches Fachwissen gegen Null tendiert, durchgeführt werden. Unnötig zu sagen, dass mit den Ergebnissen derartigen Studien nicht viel Staat zu machen ist, da es methodisch geschulten Mitarbeitern (z.B. Ärzte, Psychologen Sozialarbeiter, Betriebswirtschaftler etc.), denen die Daten präsentiert werden, ein leichtes ist, die Aussagefähigkeit der erzielten Ergebnisse *in toto* zu widerlegen. *Prospektiv* sei darauf hingewiesen, dass wir das vor dem Hintergrund des ‚*Peter-Prinzips*’ unweigerlich aufkommende Unverständnis, warum im operativen Krankenhausgeschäft Mitarbeiter ohne empirische Methodenqualifikation mit der Durchführung von Patientenbefragungen beauftragt werden, im Kapitelunterpunkt 7.1.6.3 vermittels der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie zu verflüchtigen versuchen werden.

7.1.3 Logistische Ursachen des Verwertungsdefizits

Aus logistischer Perspektive erweisen sich insbesondere, wie in der Literatur mehrfach betont wird[34], finanzielle und personelle Engpässe als zentrale Barrieren aus, welche die Ausbesserung der im Rahmen von Patientenbefragungen aufgedeckten Versorgungsschwachstellen verhindern. Die dritte logistische Verwertungsdefizitursache, welche maßgeblich durch die beiden im vorausgehenden Satz genannten Ressourcenknappheiten moderiert wird, besteht in der zumeist geträchtlichen ‚zeitlichen Lücke’ die zwischen der Datenerhebung und der Datenpräsentation

[33] PETER & HULL 1972: 19
[34] vgl. MESSNER 2000: 107

klafft.[35] Kurzum: Dass die Aussagekräftigkeit von PZ-Befragungsergebnissen seitens der Mitarbeiter dezidiert in Frage gestellt wird, wenn seit der Erbebungsphase bereits mehrere Monate verstrichen sind, scheint logisch evident und nicht weiter erläuterungsbedürftig.

7.1.4 Kommunikative Ursachen des Verwertungsdefizits

> „Aber schon der nächste Tag, brachte eine arge Enttäuschung. Törleß hatte sich nämlich am Morgen die Reclamausgabe jenes Bandes gekauft, den er bei seinem Professor gesehen hatte, und benützte die erste Pause, um mit dem Lesen zu beginnen. Aber vor lauter Klammern und Fußnoten verstand er kein Wort, und wenn er gewissenhaft mit den Augen den Sätzen folgte, war ihm, als drehe eine alte, knöcherige hand das Gehirn in Schraubenwindungen aus dem Kopfe. Als er nach einer halben Stunde erschöpft aufhörte, war er nur bis zur zweiten Seite gelangt, und Schweiß stand auf seiner Stirne. Aber dann biß er die Zähne aufeinander und las nochmals eine Seite weiter, bis die Pause zu Ende war. Abends mochte er das Buch schon nicht mehr anrühren. Angst? Ekel? – er wusste nicht recht."
>
> Robert Musil[36]

> „Manchmal, o glücklicher Augenblick, bist du in ein Buch so vertieft, daß du in ihm versinkst – du bist gar nicht mehr da. Herz und Lunge arbeiten, dein Körper verrichtet gleichmäßig seine innere Fabrikarbeit, – du fühlst ihn nicht. Du fühlst dich nicht. Nichts weißt du von der Welt um dich herum, du hörst nichts, du siehst nichts, du liest."
>
> Kurt Tucholsky[37]

Von diesem beiden diametral entgegenstehenden Lesererfahrungen, ist leider die erstere, sprich die von MUSIL in der rezitierten Törleß-Passage in brillanter Manier zum Ausdruck gebrachte Schieflage zwischen dem enormen Schwierigkeitsgrad des Textes und der eingeschränkten Verständniskompetenz des Lesers, in den allermeisten Patientenzufriedenheitsbefragungsergebnispräsentationen die Regel und zweitere die absolute Ausnahme.[38] Unmäandriert gesagt bedeutet dies, dass die praktische Umsetzung der Patientenbefragungsergebnisse häufig daran scheitert, dass den Krankenhausmitarbeitern die evozierten Daten auf höchst unverständliche *resp.* auf eine nur schwer zugängliche Weise vorgestellt werden. Eine empirische Unterfütterung erfährt die obig beanstandete Präsentationsverständnisproblematik in der Forschungsarbeit von Thomas MESSNER, in der nur 26% der von ihm befragten Krankenhausmitarbeiter zur Beantwortung der Fragebogenaussage »*Die Präsentation* [der PZ-Befragungsergebnisse, T.K.] *war verständlich und nachvollziehbar*« von der Antwortkategorie *‚stimmt völlig'* Gebrauch machten.[39] Weiterhin stimmten in derselben Untersuchung nur 25% der Mitarbeiter dem Statement »*Die schriftliche Darstellung der Ergebnisse war verständlich und nachvollziehbar*« völlig zu.[40]

Als weiterer kommunikationsbasierter Grund für das Ressentiment der Mitarbeiter gegenüber den PZ-Befragungsergebnissen kann ferner die im operativen Alltagsgeschäft nicht minder häufig anzutreffende Praktik angesehen werden, dass die Befragungsergebnisse nicht allen Mitarbeitern gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden, sondern von der "Chefetage" (ärztliche Leitung, Pflegedienst, Verwaltung, Qualitätsbeauftragte) gewissermaßen als Herrschaftswissen verwandt wird.[41]

---

[35] vgl. KOCK 2003: 22-23
[36] MUSIL 2006: 113
[37] TUCHOLSKY 1975: 64
[38] vgl. KOCK 2003: 23-24; LÖSCHMANN & BENGEL 2000: 530; MESSNER 2000: 80, 82
[39] vgl. MESSNER 2000: 80
[40] vgl. ebenda: 82
[41] vgl. MESSNER 2000: 107

Unter Vorgriff auf die in Kapitelunterpunkt 7.1.6.1 vorzunehmende systemtheoretische Analyse des Verwertungsdefizits sei an dieser Stelle bereits soviel verraten, als dass die vornehmliche ökonomische Legitimierung von Patientenbefragungen insofern ebenfalls eine kommunikationsbedingtes Verwertungsdefizitursache bildet, als dass die angeschlagene betriebswirtschaftliche Tonart sich nicht anschlussfähig zu sprachlichen Codes des Ärzte-, Therapeuten-, Pflege- und Sozialarbeitssystems verhält. Dies bedeutet, dass die argumentative Ausblendung der medizinisch-therapeutischen Funktionsdienlichkeit zufriedener Patienten mit höher Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass sich die obig genannten Systeme gegenüber dem raunenden PZ-Diskurs taub stellen.

7.1.5 Individualpsychologische Ursachen des Verwertungsdefizits

Wenn wir nun im Folgenden den Versuch starten werden, die in der Abbildung 99 enumerierten individualpsychologischen[42] Verwertungsdefizitgründe, welche sich teilweise mit den im unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkt darzustellenden psychoanalytischen und mikropolitischen Umsetzungsbarrieren überschneiden, für den Leser etwas deutlicher hervortreten zu lassen, so erweist sich ersterhand die Kontroll- und Rationalisierungsangst der Mitarbeiter als ein zentrales Verwertungshindernis. So berichtet *bspw.* Rose-Maria RING, dass unter den Krankenhausmitarbeitern Befürchtungen laut wurden, dass PZ-Erhebungen als Instrument der Kontrolle und für mögliche Sanktionen missbraucht werden könnten.[43] Werden derartige Befürchtungen gegenüber dem Instrument Patientenbefragung vor der Datenerhebung nicht weitestgehend abgebaut, so ist nicht nur damit zu rechnen, dass sich das Personal widerständig gegenüber Verbesserungsvorschlägen, die auf der Grundlage der Zufriedenheitsdaten entwickelt wurden, zeigt, sondern dass das Personal mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entweder in Form eines Gatekeeping-Effekts oder aber in Gestalt des Hawthorn-Effekts einen die Zufriedenheitswerte noch oben regulierenden Einfluss auf die Erhebung nehmen wird.

Das nun zweitens eine gering ausgeprägte Arbeitsmotivation sowie ein schlechtes Arbeitsklima der Implementierung neuer Versorgungskonzepte keinen Rückenwind gewährt, scheint nicht weiter erläuterungsbedürftig, zumal wir im Kapitelunterpunkt 3.1.1.1.2.1 anhand des Klassikers der psychiatrischen Soziologie »*Alltag in der Anstalt*« nachweisen konnten, dass das Pflegepersonal die sozialpsychiatrischen Neuerungen, welche die Ärzten und Therapeuten auf den Stationen verwirklicht sehen wollten, unter Anwendung der Drohung ‚*Unruhe im Personal*' zu stiften, abschmetterten. Da der überaus bedeutsame Einfluss, den unterschiedliche Machtkonstellationen auf die Veränderungsbereitschaft der Organisationsmitglieder ausüben, im mikropolitischen Kapitelunterpunkt 7.1.6.2 noch ausführlich diskutiert wird, wenden wir uns nun abschließend noch den beiden letzten individualpsychologischen Verwertungsdefizitursachen, *nudis verbis* der ‚*nazistischen Kränkung*' sowie der ‚*Furcht vor Rollendiffusion*', zu.

Zur ‚*nazistischen Kränkung*': In der Literatur zur Implementierungsforschung wird schon seit geraumer Zeit die veränderungsbereitschaftserhöhende Wirkung der (Arbeits-)Akzeptanz *bzw.* die veränderungsbereitschaftslähmende Wirkung der Kränkung herausgestrichen.[44] In unserem Zusammenhang bedeutet dies, dass die Krankenhausmitarbeiter um so höhere Widerstände gegenüber den PZ-Befragungsergebnissen aufbauen werden, je weniger sie das Gefühl haben, dass ihre bisher geleistete Arbeit von der Krankenhausleitung angemessen gewürdigt wird.

---

[42] Angemerkt sei, dass wir den Terminus der Individualpsychologie im Folgenden nicht getreu dem gleichnamigen Ansatz von Alfred ADLER verwenden.
[43] vgl. RING 2001: 272
[44] Vgl. KLEVE 2007c

Dass die Furcht des Krankenhauspersonals vor einer partiellen Auflösung der starren Rollenverteilung, demnach sich auf der einen Seite das wissende, vernünftige, mündige Personal und auf der anderen Seite die unwissende, unvernünftige, unmündige Patientenschaft befindet, im Rahmen von Veränderungsprojekten, die den inferiorien Rollenstatus der Patienten anzuheben trachten, zu ausgeprägten Implementierungsblockaden führen kann, lässt sich sowohl an den größtenteils gescheiterten Versuchen der Umwandlung kustodialer Psychiatriestationen zu therapeutischen Gemeinschaften[45] als auch an der nur schleppend verlaufenden Umsetzung des Rooming-In-Konzeptes[46] in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts ablesen. Versuchen wir nun die Frage zu beantworten, warum die Klinikmitarbeiter ein vitales Interesse daran haben, die tradierten Rollenverteilungen aufrecht zu erhalten, so bietet allen voran die psychoanalytischen Organisationstheorie[47] einige wertvolle Antworten. Simplifiziert gesagt geht die psychoanalytische Organisationstheorie unter Rückriff auf die Konzepte der ‚Anpassungsmechanismen' (Paul PARIN)[48], der ‚institutionalisierten Abwehr' (Stravos MENZOS)[49] sowie der ‚Angstbindungsfunktion' (Harald PÜHL)[50] davon aus, dass die Einkleidung einer beruflichen Rolle, die das Bindeglied zwischen der Person und der Organisation darstellt[51], nicht nur eine elementare Bedeutsamkeit für das reibungslose funktionieren der Organisation (Erwartungssicherheit), sondern ebenfalls für das konfliktfreie Seelenleben des Rollenträgers mit sich führt. Ausgehend von den im vorausgehenden Satz ausbuchstabierten Konzepten wird der beruflichen Rolle auf der einen Seite eine identitätsstabilisierende Funktion[52] und auf der anderen Seite eine Angstabwehr- *resp.* Angstbindungsfunktion[53] (so hilft z.B. Macht gegenüber Anderen bei der Unterdrückung von Ohnmachts- und Unfähigkeitsgefühlen) zugeschrieben. Vor dem Hintergrund dieses theoretischen Ansatzes können die für das Verwertungsdefizit von PZ-Daten verantwortlich zu machenden Rollendiffussionsängste in Anschluss an BAUER & GRÖNING als "Identitätswiderstände"[54] gedeutet werden.[55]

7.1.6 Organisationstheoretische Ursachen des Verwertungsdefizits

Ausgehend von der etymologischen Wurzel des Theorie-Begriffs, welcher auf das griechische Verb ‚theorein' zurückgeht und gemeinhin mit ‚beobachten' oder ‚schauen' übersetzt wird, werden wir in den nachfolgenden Kapitelunterpunkten 7.1.6.1 bis 7.1.6.3 das Verwertungsdefizit aus drei unterschiedlichen organisationstheoretischen Bebachtungsstandpunkten beleuchten. Ehe wir uns nun allerdings zur Gewahrwerdung weiterer, in der Literatur *bis dato* unberücksichtigter Ursachen, die für das Verwertungsdefizit verantwortlich gemacht werden können, nacheinander die zur Disposition stehende Problematik einmal aus der systemteoretischen-Brille, dann aus der mikropolitischen-Brille sowie abschließend aus der neoinstitutionalistischen-Brille in Augenschein nehmen werden, sei die Organisation Krankenhaus vorab so dargestellt, wie sie sich unter der in der Vergangenheit zumeist aufgesetzten bürokratietheoretischen-Brille präsentiert. Betrachten wir also nun unter Bezugnahme auf die Ausführungen der Medizin-

[45] vgl. HEIM 1978; KISKER 1960; VELTIN 1969, 1987 sowie WINKLER 1969 und 1971
[46] vgl. TROSCHKE 1974
[47] eine gute Einführung in die psychoanalytische Organisationstheorie bietet das von BAUER & SCHMIDTBAUER (2005) verfasste Buch »*Im Bauch des Wals. Über das Innenleben von Institutionen*«.
[48] vgl. PARIN 1977
[49] vgl. MENTZOS 1988: 79ff.
[50] vgl. PÜHL 2005 und 2007
[51] vgl. BAUER & SCHMIDTBAUER 2005: 94, 96
[52] vgl. PARIN 1977 sowie SCHMIDTBAUER 2005: 149ff.
[53] vgl. MENTZOS 1988 sowie PÜHL 2005 und 2007
[54] BAUER & GRÖNING 1995: 56
[55] zu einer analogen Widerstandsdeutung siehe u.a. die Texte von LEFFERS & STEMMER-LÜCK 1997; LEUSCHNER 1985a&b; MENZIES 1974; PAUL 2002 und VELTIN 1987

soziologen ROHDE[56] und RASPE[57] das Krankenhaus aus dem von Max WEBER gezimmerten Beobachtungsturm des Bürokratie-Ansatzes[58], so erhalten wir das Bild einer effizienten, jedoch inhumanen – da sie die singulären Bedürfnisse der Patienten übergeht – Maschine.[59] Die von WEBER inaugurierte Maschinenmetapher[60] gründet dabei auf der idealtypischen Vorstellung, dass das Handeln der Angestellten ausnahmslos durch formale Regeln determiniert wird.[61] Der einzelne Mitarbeiter gleicht in dieser Vorstellung somit einem subjektenthobenen Werkzeug – Max WEBER spricht in diesem Zusammenhang auch vom "Paragraphen-Automaten"[62] – zur Realisierung der primären Organisationszweckes[63], welcher im Krankenhaus in der an Effizienzkriterien ausgerichteten Heilung oder Linderung von Krankheiten Gestalt gewinnt.[64] Betrachten wir nun, ohne an dieser Stelle näher auf die Ungereimtheiten, die bei der Übertragung des Bürokratiekonzepts auf die Krankenhausorganisation unweigerlich entstehen, eingehen zu wollen[65], welche Gründe aus der Perspektive des Bürokratiekonzepts für das Verwertungsdefizit verantwortlich gemacht werden können, so offenbart sich, dass dieser tradierte organisationssoziologische Ansatz die monierte Problematik der unverdaut ausgeschiedenen PZ-Daten nur durch irrationales Mitarbeiterverhalten zu erklären weis. Konkret formuliert bedeutet dies, dass der bürokratische Ansatz uns nicht darüber aufzuklären weis, wie das irrationale Verhalten einerseits zustande gekommen sein kann sowie andererseits, ob sich hinter dem vermeintlich irrationalen Handeln nicht eine rationale Strategie der Akteure verbirgt. Diesen theoretischen Erklärungsnöten soll nun in den kommenden Zeilen dadurch Abhilfe geschafft werden, dass wir uns von der Maschinenmetapher lösen und die Organisation in den nachstehenden Kapitelunterpunkten erstens als *‚operativ-geschlossenes System'* (7.1.6.1), zweitens als *‚Arena mikropolitischer Machtspiele'* (7.1.6.2) sowie drittens als *‚offenes System'* (7.1.6.3) unter die Lupe nehmen werden.

7.1.6.1 Patientenzufriedenheitsdaten als närrisches, wirkunmächtiges Rauschen

– Eine systemtheoretische Perspektive auf das Verwertungsdefizit

Um nun im Folgenden die systemtheoretische Organisationstheorie luhmannscher Prägung, welche ausgehend von den gesellschafts- und organisationstheoretischen Grundlagenarbeiten Niklas LUHMANNS[66] insbesondere von Dirk BAECKER[67], Peter FUCHS[68], Helmut WILLKE[69] und Rudolf WIMMER[70] weiterentwickelt wurden, zur Aufspürung entscheidender Ursachen für die defizitäre Nutzbarmachung evozierter PZ-Datensätze fruchtbar anwenden zu können, müssen wir uns vorderhand in einem ersten Schritt darüber verständigen, was es bedeutet eine Organisation *bzw.* – treffender formuliert – eine Organisation Namens Krankenhaus als ein soziales System zu konzipieren. Beschrän-

---

[56] vgl. ROHDE 1973 und 1975b
[57] vgl. RASPE 1979: 11-35
[58] Lesenwerte Einführungen in den Bürokratieansatz stellen nach Ansicht des Autors die Texte von BEA & GÖBEL 1999: 46-57 sowie von KIESER 1995 dar.
[59] Zur Entwicklung und Tragweite der Maschinenmetapher siehe MORGAN 1997: 23-50
[60] „Der entscheidende Grund für das Vordringen der bürokratischen Organisation" – so Max WEBER – „war von jeher ihre rein t e c h n i s c h e Überlegenheit über jede andere Form. Ein voll entwickelter bürokratischer Mechanismus verhält sich zu diesen genau wie eine Maschine zu den nicht mechanischen Arten der Gütererzeugung. Präzision, Schnelligkeit, Eindeutigkeit, Aktenkundigkeit, Kontinuierlichkeit, Diskretion, Einheitlichkeit, straffe Unterordnung, Ersparnisse an Reibung, sachlichen und persönlichen Kosten sind bei streng bürokratischer (...) Verwaltung durch geschulte Einzelbeamte gegenüber allen kollegialen oder ehrenamtlichen Formen auf das Optimum gesteigert" [WEBER 1972: 561-562].
[61] Eine brillante Kritik an der Vorstellung, dass das an formalen Regeln ausgerichtete Handeln gänzlich ohne das subjektive Interpretationsmoment des Handelnden auskommen könnte lieferte Günter ORTMANN mit seinem Buch »*Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung*« (2003).
[62] WEBER 1988: 322
[63] vgl. ADORNO 1986f: 441
[64] vgl. PARSONS
[65] vgl. RASPE 1979: 30-35
[66] vgl. LUHMANN 1988, 2000 sowie 2009b&d
[67] vgl. BAECKER 1994, 2000, 2004, 2007a&b sowie 2009
[68] vgl. FUCHS 2002
[69] vgl. WILLKE 1992
[70] vgl. WIMMER 1995 und 2004

ken wir uns nun, da eine umfängliche Besprechung des systemtheoretischen Organisationskonzepts den inhaltlichen Bogen der vorliegenden Arbeit bei weitem überspannen würde, darauf, ausschließlich die für den nachstehenden Argumentationshorizont zweckdienlichen Kennzeichen des sozialen Systems Krankenhaus zu skizzieren, so erhalten wir das folgende Bild: Die Organisation Krankenhaus, welche in das mit dem binären Code krank/gesund operierende Funktionssystem der Krankenbehandlung[71] eingebettet ist, gebärt sich unter systemtheoretischen Gesichtspunkten als ein autopoeitisches, operativgeschlossene System, dass sich auf der Basis von anschlussfähiger Kommunikation (Entscheidungen) reproduziert. Legen wir nun das im verschlüsselten Subtext dieser Aussage zum Vorschein kommende Bildnis einer sich gegenüber der Umwelt abschottenden Organisation, die von Seiten der Umwelt (z.B. Organisationsberater) nicht kausal zu beeinflussen, sondern höchstens produktiv zu irritieren ist, als Interpretationsfolie über das Verwertungsdefizits, so stellt sich unweigerlich die Frage nach den Gründen, die dafür verantwortlich zu machen sind, dass sich das Krankenhaus gegenüber den zurückgespiegelten PZ-Daten taub verhält *bzw.* – mit MATURANA & VALERA gesprochen – warum die Datenpräsentation keine Perturbationen im System Krankenhaus auszulösen vermögen. Greifen wir nun zur Beantwortung dieser Frage auf die insbesondere von Helmut WILLKE ausgearbeitete Interventionstheorie[72] zurück, so präsentiert sich das zur Disposition stehende Verwertungsdefizit als spezifisches Kommunikationsproblem. Pointiert formuliert kann das Verwertungsdefizit unter systemtheoretischen Gesichtspunkten darauf zurückgeführt werden, dass sich die – wie in Kapitelunterpunkt 4 dargestellt wurde – in der Praxis zuhauf anzutreffende ökonomistische Engführung in der Legitimitätsausweisung von PZ-Befragungen nicht anschlussfähig zu der vom Krankenhaus genutzte Leitdifferenz (krank/gesund) verhält.

7.1.6.2 Patientenzufriedenheitsdaten als Angriffsbälle abschlussschwacher Innovationsspieler oder Das ausgeklügelte Catenaccio der Routinespieler

– Eine mikropolitische Perspektive auf das Verwertungsdefizit

Ein unstreitbarer Vorteil des nunmehr ins Auge zu heftenden Mikropolitik-Monokels gegenüber dem im vorausgehenden Kapitelunterpunkt übergestreiften Okular der systemtheoretischen Organisationstheorie besteht darin, dass gewissermaßen durch einen Umschwung von der Vogel- zur Froschperspektive *resp.* von der System- zur Akteursebene einem veränderungsprozessrelevantes Phänomen Namens ‚Macht' eine höhere Aufmerksamkeit zuteil wird.[73] Bevor nun jedoch diejenigen Gründe, welche aus dem von CROZIER & FRIEDBERG in ihrem scharfsichtigen Essay »*Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns*«[74] begründeten und im deutschen Sprachraum maßgeblich durch ORTMANN – unter Bezugnahme auf einige Elemente der Stukturationstheorie von Anthony GIDDENS[75] – weiterentwickelten[76] Mikropolitik-Ansatz für das Verwertungsdefizit vornehmlich verantwortlich zu machen sind, herausgestellt und anhand einiger ausgewählter empirischer Studien veranschaulicht werden können, müssen vorab in einem ersten, vorbereitenden Schritt die zentralen Kennzeichen *bzw.* Ausgangsprämissen des mikropolitischen Organisationskonzepts näher konturiert werden. Wie schon die Überschrift zum vorliegenden Kapitelunterpunkt verrät, greifen die Vertreter des Mikropolitik-Ansatzes zur allegorischen Organisationsdarstellung nicht etwa auf die WEBERSCHE Maschinen-,

[71] vgl. LUHMANN 2009c
[72] vgl. WILLKE 2001
[73] vgl. IDING 2001: 72 und ORTMANN 1988b: 220
[74] vgl. CROZIER & FRIEDBERG 1979
[75] vgl. GIDDENS 1995
[76] vgl. ORTMANN 1988a&b

sondern auf die Spiel-Metapher[77] zurück. Mit diesem Bildnis versuchen die Vertreter des mikropolitischen Ansatzes kenntlich zu machen, dass sie sich zwar auf der einen Seite des Einflusses organisationaller Zwänge (Spielregeln) auf das Handeln der Mitarbeiter bewusst sind und diese auch in einem angemessen Maß anerkennen, dass sie aber den Mitarbeitern auf der anderen Seite die Freiheit *resp.* den Handlungsspielraum zuerkennen, im Rahmen der herrschenden Spielregeln individuelle Strategien zu verfolgen kann.[78] Der mikropolitische Ansatz grenzt sich somit vom Bürokratiekonzept primär dadurch ab, dass er den in der Organisation tätigen Mitarbeitern *erstens* Handlungsfreiheitsgrade attestiert und *zweitens* – was umso schwerer wiegt – davon ausgeht, dass die Mitarbeiter ihr Handeln nicht vorrangig an einem allgemeinverbindlichen Unternehmenszweck (z.B. im Krankenhaus die Heilung oder zumindest Linderung von Krankheiten), sondern an individuellen Interessen (z.B. Bestandssicherung, Aufstieg, Ausweitung des Einflusses etc.) ausgerichtet ist. Die aus mikropolitischer Perspektive entscheidende Ressource, welche darüber entscheidet, ob die Durchsetzung der individuellen Interessenlage einen erfolgreichen Verlauf nimmt, bildet das jeweilige Machtkapital der Spieler. Das Machtkapital eines Spielers ist dabei – CROZIER & FRIEDBERG folgend – um so größer, je stärker er die relevanten Ungewissheitszonen eines anderen Spielers via 1) Expertenwissen, 2) Beziehungen zur Umwelt, 3) Kontrolle von Informations- und Kommunikationskanälen und/oder 4) durch die Benutzung organisatorischer Regeln (z.B. ‚Dienst nach Vorschrift') kontrolliert.[79] Um nun im Folgenden den mikropolitischen Ansatz als erkenntniserweiternde Interpretationsfolie über das Verwertungsdefizit legen zu können, bedarf es vorab noch einer Aufsplittung des Spielkonzept in Innovations- und Routinespiele. Getreu dieser Unterscheidung, die von Günther ORTMANN und Mitarbeitern in den mikropolitischen Diskurs eingeführt wurde, können Reformtreiber als Innovations- und Reformbremser als Routinespieler angesehen werden. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass die Innovationsspieler – welche sich zumeist aus Mitarbeiter der oberen Organisationsetage zusammensetzen – mit dem Ziel antreten, die in der Organisation bislang geltenden Strukturen zu modifizieren und die Routinespieler – welche vornehmlich aus den tieferen Etagen der Organisation stammen – gegenläufig dazu alles in ihrer Macht stehende aufbieten, um den Innovationsspielern den Wind aus den Segeln zu nehmen und den *status quo* zu sichern.

Werfen wir nun durch die in den obigen Zeilen geschärften Gläser der mikropolitischen-Brille einen ausgedehnten Blick auf das Verwertungsdefizit, so können wir zwei zentrale Gründe erspähen, die für die unzureichende Nutzbarmachung erhobener PZ-Daten zur Optimierung der Versorgungsstruktur verantwortlich gemacht werden können: *Erstens* an Machtressourcen arme Innovationsspieler (QM-Beauftragter) sowie *zweitens* an Machtressourcen reiche Routinespieler (Pflegepersonal, Ärzte, Therapeuten), die ob der angekündigten Veränderungen ihre Position gefährdet sehen.[80] Zur empirischen Unterfütterung der Hypothese, dass ein nicht unbedeutender Teil des Verwertungsdefizits mikropolitischen Widerständen geschuldet ist, werden wir nachstehend einige Ergebnisse aus den Forschungsarbeiten

[77] vgl. NEUBERGER 1998 und 2006: 30

[78] „Das Spiel ist für uns" – so CROZIER & FRIEDBERG – „mehr als ein Bild, es ist ein konkreter Mechanismus, mit dessen Hilfe die Menschen ihre Machtbeziehungen strukturieren und regulieren und sich doch dabei Freiheit lassen. Das Spiel ist das Instrument, das die Menschen entwickelt haben, um ihre Zusammenarbeit zu regeln. Es ist das wesentliche Instrument organisierten Handelns. Es vereint Freiheit und Zwang. Der Spieler beleibt frei, muss aber, wenn er gewinnen will, eine rationale Strategie verfolgen, die der Beschaffenheit des Spiels entspricht, und muss dessen Regeln beachten" [CROZIER & FRIEDBERG 1979: 68].

[79] vgl. CROZIER & FRIEDBERG 1979: 49ff.

[80] „Die Entscheidung für den Widerstand gegen oder die Förderung eines Innovationsspiels hängt" – so IDING – „stark vom Gewinn und Verlust an Ressourcen ab. Für das Verstehen von Innovationsspielen ist also die Kenntnis der bisherigen Machtverteilung notwendig" [IDING 2001: 91].

von Christa und Thomas FENGLER (1980), Hermann IDING (2000, 2001, 2008) sowie Ramona-Isabell AUER (2005) in der gebotenen Kürze referieren.

Wie bereits in Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.1 herausgestrichen wurde, konnte das Forscherehepaar FENGLER in ihrem Klassiker der psychiatrischen Soziologie »*Alltag in der Anstalt*« eindrucksvoll nachweisen, dass sich das Pflegepersonal zur Durchsetzung ihrer Interessen *bzw.* zur Zurückweisung der von den Ärzten geforderten sozialpsychiatrischen Neuerungen auf die mikropolitischen Machtquellen der Informationskontrolle sowie der Benutzung organisatorischer Regeln zurückgriff. Verkürzt gesagt bedeutet dies, dass das Pflegepersonal – insbesondere wenn es sich bei wichtigen Entscheidungen oder Reformmaßnahmen übergangen fühlte – die Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter dadurch einzuschüchtern versuchte, dass es ihnen mit ‚*Unruhe im Personal*'[81] (Abkühlung der Arbeitsbeziehungen zum therapeutischen Team, Dienst nach Vorschrift, Verweigerung der Kooperation, Zurückschraubung sozialpsychiatrischer Errungenschaften etc.) drohte.[82] Mit Blick auf die in Kapitelunterpunkt 7.2 darzustellenden Ansatzpunkte zur künftigen Überwindung des Verwertungsdefizits sei in diesem Zusammenhang *en passant* angemerkt, dass die FENGLERS insbesondere in der frühzeitigen Partizipation des Pflegepersonals an Veränderungsüberlegungen sowie in der so genannten ‚*bis-auf-weiteres-Klausel*', demnach Neuerungen erst einmal in einer Projektphase auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden müssen, zwei Techniken zur Abschwächung des pflegerischen Reformwiderstandes erblickten, die sicherlich auch ein Scherflein zur Akzeptanzerhöhung von patientenzufriedenheitsdatenbasierten Veränderungskonzepten beizusteuern vermögen.

Die Stärke der von Hermann IDING im Jahre 2000 vorgelegten Forschungsarbeit »*Hinter den Kulissen der Organisationsberatung*« besteht darin, dass er anhand zweier qualitativer Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhäusern demonstrieren konnte, dass „der Widerstand gegen Wandel (...) sich nicht als bürokratischer Immobilismus, als irrationales Verhalten eines operativ geschlossenen Systems deuten [lässt, T.K.], sondern (...) als rationales Agieren interessengeleiteter Akteure verstanden werden [muss, T.K.] (...)."[83] Zu dieser Einsicht gelangte IDING angesichts der Tatsache, dass die unter anderem auf der Basis von Mitarbeiter- und Patientenbefragungen ausgearbeiteten Reformkonzepte der extern hinzugezogenen Innovationsspieler (Berater) von der Krankenhausleitung verkürzt gesagt nur insoweit umgesetzt wurden, als sie mit den schon in der Schublade liegenden Rationalisierungskonzepten harmonisierten.

Zu guter Letzt sei noch *in nuce* auf die Diplomarbeit »*Modernisierung im Krankenhaus. Eine mikropolitische Studie*« hingewiesen, in welcher die Autorin Ramona-Isabell AUER den in der chirurgischen Ambulanz des Stuttgarter Katharinenhospitals auf der Grundlage unsystematisch erfasster Mitarbeiter- und Patientenbeschwerden verabschiedeten Strukturveränderungsprozess (Einrichtung eines patientenfreundlichen Anmelde- und Wartebereichs, Installierung einer zentralen Koordinationsstelle etc.[84]) unter mikropolitischen Gesichtspunkten analysierte. In den insgesamt zehn von der Autorin durchgeführten qualitativen Leitfadeninterviews zeigte sich, dass obzwar die geplanten Umsetzungsmaßnahmen weitestgehend realisiert wurden, sich insbesondere die Ärzte über den äußerst schleppenden Verlauf des Implementierungsprozesses (> 3 Jahre) beklagten.[85] Vermittels einer strategischen Organisationsanalyse konn-

[81] FENGLER & FENGLER 1980: 170
[82] vgl. ebenda: 73, 124-125, 167, 170ff.
[83] IDING 2001: 98
[84] vgl. AUER 2005: 8ff.
[85] vgl. ebenda: 75, 77

te AUER dann den Nachweis erbringen, dass das Pflegepersonal, welches angesichts der Veränderungsmaßnahmen eine eklatante Schwächung ihrer Position (Verlust des Dienstzimmers, Angst von Arzthelferinnen ersetzt zu werden usw.) befürchtete, den Umsetzungsprozess nach allen Kräften zu verhinderten suchte. In der Summe zeigte sich, dass die mangelnde Berücksichtigung der Interessen des Pflegepersonals (fehlende Mitsprachemöglichkeit) bei der Entwicklung und Umsetzung des Reformprojekts die Widerständigkeit des Pflegpersonals, welche letztendlich nur durch eine „Top-Down-Durchsetzung" gebrochen werden konnte[86], auf den Plan rief.

7.1.6.3 Patientenzufriedenheitsdaten als Bausubstanz potemkinscher Qualitätsdörfer – *Eine neoinstitutionalistische Perspektive auf das Verwertungsdefizit*

Den nach Ansicht des Autors der hiesigen Arbeit überzeugendsten Erklärungsansatz für die Persistenz des Verwertungsdefizits erhalten wir, wenn wir das zur Verhandlung stehende Problem aus der neoinstitutionalistischen Brille betrachten. Um nun dem Leser die Ursachen, welche laut der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie für die mangelhafte Nutzbarmachung von PZ-Daten zur Optimierung der Versorgungsstruktur verantwortlich zu machen sind, verständlich darlegen zu können, werden wir vorab – in Analogie zu den beiden vorausgehenden Kapitelunterpunkten – die zentralen Kernannahmen des Neoinstitutionalismus in komprimierter Form zusammenstellen.[87]

Versuchen wir also nun aus der einschlägigen Literatur zum organisationstheoretischen Ansatz[88] des Neoinstitutionalismuses, welcher im deutschen Sprachraum erst knappe 20 Jahre nach der Veröffentlichung des neoinstitutionalistischen Gründungsaufsatzes »*Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony*« durch John W. MEYER und Brian ROWAN (1977)[89] eine intensive Besprechung erfuhr[90], diejenigen Grundaussagen herauszudestillieren, welche den Neoinstitutionalismus gegenüber den drei im vorausgehenden Textabschnitt bemühten Organisationstheorien, *nudis verbis* dem Bürokratie-, Systemtheorie- und Mikropolitik-Ansatzes, abgrenzen, so erhalten wir insgesamt drei entscheidende Distinktionsmerkmale:

1. *Die Organisation als offenes System*: Im Gegensatz systemtheoretischen Ansatz, in dem die Organisation als ein gegenüber der Umwelt operativ-geschlossenes System beschrieben wird, gehen die Vertreter des Neo-Institutionalismuses davon aus, dass sich die gegenüber den von der Umwelt an sie herangetragenen, institutionalisierten Erwartungshaltungen rezeptiv verhält; wobei diese der Umwelt zugestandene Einflusspotential auf die Ausgestaltung der formalen Organisationsstrukturen dem Neoinstitutionalismus die Kritik einbrachte, dass das von ihnen entworfene Organisationsmetapher dem Bildnis eines ‚übersozialisierten Akteurs' entspräche.[91]
2. *Die Relativierung von Effizienz oder die Aufwertung von Legitimität*: Gegen die bis auf den Bürokratie-Ansatz von Max WEBER zurückreichende Vorstellung, dass das Überleben einer Organisation

[86] vgl. ebenda: 100

[87] Jenen Lesern, die sich intensiver mit dem Ansatz des Neoinstitutionalismus beschäftigten wollen, sei zu einer einführenden Lektüre die nachstehende deutschsprachige Literatur anempfohlen: HASSE & KRÜCKEN 1996, 1999; SENGE 2007; SENGE & HELLMANN 2006; WALGENBACH 2006 sowie WALGENBACH & MEYER 2008.

[88] Treffender wäre es von neoinstitutionalistischen Ansätzen *resp.* Spielarten zu sprechen, da sich hinter dem Label ‚Neo-Institutionalismus' keine geschlossene Theorie verbringt. Eine gelungene Aufarbeitung der unterschiedlichen Spielarten, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden kann, findet sich bei WALGENBACH & MEYER 2008: 22-84.

[89] Als weiterer Gründungstext gilt der Aufsatz »*The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisational Fields*« von Paul J. DIMAGGIO und Walter W. POWELL (1983), welcher mittlerweile auch in deutscher Übersetzung (siehe DIMAGGIO & POWELL 2000) vorliegt. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass neben MEYER & ROWAN und DIMAGGIO & SCOTT noch Lynne ZUCKER und Richard SCOTT als Hauptvertreter des Neo-Institutionalismuses angesehen werden.

[90] vgl. WALGENBACH & MEYER 2008: 13

[91] vgl. ebenda: 61

maßgeblich von ihren ökonomischen Effizienzgrad abhängt, führen die Anhänger des Neoinstitutionalismus das so genannte Legitimitäts-Argument ins Feld. Ausgehend von der im Lichte des Bürokratiemodells paradox anmutenden Alltagsbeobachtung, dass auch ineffiziente produzierende Organisationen nicht notwendigerweise dem Tode geweiht sind, sondern unter gewissen Voraussetzungen am Markt bestehen können, gehen die Neoinstitutionalisten von der Annahme aus, dass die Überlebensfähigkeit einer Organisation vornehmlich dadurch bestimmt wird, inwieweit die Organisation durch die Erfüllung externer Erwartungshaltungen (z.B. Umweltschutz, Familienfreundlichkeit, Zertifizierung usw.) Legitimität aufgebaut hat. „Durch die Übernahme institutionalisierter struktureller Elemente und Managementpraktiken" – so fassen WALGENBACH & MEYER diesen Sachverhalt zusammen – „zeigt sich die Organisation konform mit den Erwartungen ihrer Umwelt. Sie gewinnt Legitimität und sichert so den Ressourcenfluss, der für das Überleben der Organisation erforderlich ist."[92]

3. „*Über Katzengold, symbolische Politik, Lippenbekenntnisse, Rationalitätsmythen, Legitimitätsfassaden, Zeremonien, Rituale, Fiktionen und potemkinsche Dörfer*" – *Die Entkoppelungs-These*: Das für den weiteren Untersuchungsgang der vorliegenden Arbeit bedeutendste neoinstitutionalistische Konzept bildet die von MEYER & ROWAN formulierte Entkoppelungs-Vermutung, der zufolge Organisationen die von der Umwelt an sie adressierten institutionalisierten Rationalitätsvorstellungen (z.B. das ein modernes Krankenhaus über ein Qualitätssigel verfügen muss) zwar auf der formalen Organisationshülle umsetzen, ihnen jedoch gleichzeitig jeglichen strukturierenden Einfluss auf die tatsächlich in der Organisation statthabenden Arbeitsaktivitäten absprechen.[93] Unter Rückgriff auf die bekannte GOFFMANSCHE Bühnenmetapher[94] führen die Organisationen gemäß des Entkoppelungstheorems die von Seiten gewichtiger externer Personen (z.B. Patienten, Öffentlichkeit, einweisende Ärzte usw.) *bzw.* externer Organisationen (z.B. Landschaftsverbände, Krankenkassen, ambulante Einrichtungen usw.) an sie herangetragenen Rationalitäts-Spiel-Skripte ausschließlich auf der Vorderbühne auf, während sie auf der Hinterbühne alles beim Alten lassen. Vermittels der Anwendung des Entkoppelungs-Tricks sorgen die Organisationen somit einerseits dafür, dass der überlebenswichtige Ressourcenfluss (z.B. Gelder, neue Patienten, fachlich qualifizierte Arbeitskräfte usw.) nicht durch einen Entzug von Legitimität (z.B. Einbußen an Image, Akzeptanz, Glaubwürdigkeit usw.) zum Austrocknen gebracht wird und das andererseits der konkrete Arbeitsprozess von hemmender – mit SCHELESKY gesprochen – ‚Dauerreflexion' verschont bleibt.

Wenden wir uns nach diesen hinführenden Worten nun mit der entscheidenden Frage, welche Ursachen für die sattsam belegte Problematik, dass die im Rahmen von PZ-Befragungen generierten Datensätze vorrangig zur positiven Außendarstellung und nur in einer verschwindend geringen Fallzahl zur Verabschiedung qualitätsverbessernder Versorgungsmaßnahmen genutzt werden, an die neoinstitutionalistische Organisationstheorie, so nimmt es angesichts der obigen Ausführungen nicht Wunder, dass sich unter neoinstitutionalistischen Gesichtspunkten die Entkoppelungs-These zur Erklärung des Verwertungsdefizits aufdrängt. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass die mangelhafte praktische Furchtbarmachung von PZ-Daten für Verbesserungsprozesse darauf zurückgeführt werden kann, dass

[92] ebenda
[93] vgl. ebenda: 81ff.
[94] vgl. GOFFMAN 2004

sich das Gros der Krankenhäuser dem Instrument ‚*Patientenbefragung*' nicht schwerpunktmäßig mit der Absicht der Effizienz- *bzw.* Qualitätssteigerung, sondern mit dem Ziel der Legitimitätssicherung oder -akkumulation, welches durch eine öffentlichkeitswirksame Datenpräsentation als erreicht angesehen werden kann, verschrieben haben.

Durchmustern wir allerdings nun zum Zwecke einer erfahrungsgesättigten Substanzialisierung der im vorausgehenden Satz formulierten Hypothese, laut derer das Verwertungsdefizit zu einem Großteil dadurch erklärt werden kann, dass PZ-Befragungen von Kliniken bewusst als legitimitätsstiftende und nicht etwa – wie nach außen hin kommuniziert wird – als qualitätsverbessernde Instrumente eingesetzt werden, so müssen wir leider zur Kenntnis nehmen, dass *bis dato* keine empirische Forschungsarbeit vorliegt, welche die obige Hypothese auf direktem Wege unterstützen könnte. Wenngleich wir also zur empirischen Unterfütterung unserer Hypothese im medizinisch-therapeutischen Dienstleistungssektor keine Studie vom Schlage eines Peter WALGENBACH, der in seiner Habilitationsschrift »*Die normgerechte Organisation*« (2000) auf empirischen Wege (qualitative Befragung von 37 Qualitätsmanagern) den Nachweis erbringen konnte, dass in den untersuchten Industriebetrieben die DIN EN ISO-Zertifizierung vornehmlich zur Errichtung einer Legitimitätsfassade implementiert wurde, ausfindig machen konnten, so bedarf es nach Ansicht des Autors der vorliegenden jedoch keiner allzu großen Phantasie, um die nachstehend darzustellenden Ergebnisse aus der von Frank WISSING im Jahre 2008 vorgelegten Arbeit »*Die Mitarbeiterbefragung als Institution? Eine neoinstitutionalistische Perspektive auf Verbreitung und Scheitern von Mitarbeiterbefragungen im Kontext von Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern*« als indirekten Beleg für die Stichhaltigkeit der obigen Hypothese – nach dem Motto: Was für den Umgang mit den Ergebnissen von Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen gilt, dass gilt aller Wahrscheinlichkeit nach ebenso, wenn nicht sogar in einem verschärfterem Maße, für den Umgang mit den Ergebnisse von PZ-Befragungen – zu werten.

Zur Überprüfung seiner Ausgangsfragestellung, ob „(...) die neoinstitutionalistische Theorie ein angemessenes Instrumentarium [bietet, T.K.], um die Verbreitung von Mitarbeiterbefragungen – trotz ihres häufigen Scheiterns in ihren Folgeprozessen – im Krankenhaussektor zu beschreiben und zu erklären"[95] führte Frank WISSING mit insgesamt sieben Qualitätsmanagementverantwortlichen nordrhein-westfälischer Kliniken problemzentrierte Experteninterviews durch. Dabei gelangte WISSING zu der Einsicht, dass sich zumindest in drei der sieben Kliniken klare Anhaltspunkte für die Entkoppelung der Mitarbeiterbefragungsergebnisse von der Aktivitätsstruktur fanden.[96]

[95] WISSING 2008: 25
[96] vgl. WISSING 2008: 200, 205

7.2 Das Verwertungsdefizit – *Eine therapeutische Perspektive*

Ausgehend von dem im vorausgegangenen Kapitelunterpunkt hinreichend erläuterten Ursachenbündel, welches für die vielfach beklagte Problematik, dass die im Rahmen von PZ-Befragungen zu Tage geförderten Daten allenfalls zur Außendarstellung, nicht jedoch – wie ursprünglich intendiert – zum Management von Veränderungsprozessen verwandt werden, verantwortlich zu machen ist, sollen den anwendungsorientierten Lesern in den kommenden Zeilen schlagwortartig zehn Empfehlungen „an die Hand" gegeben werden, vermittels derer sie die Verwertungsdefizitauftrittswahrscheinlichkeit deutlich reduzieren können.

Vademekum zur Überwindung des Verwertungsdefizits:

1. Informieren Sie die Mitarbeiter frühzeitig über die geplante PZ-Befragung.

2. Erläutern Sie den Mitarbeitern ausführlich den Sinn & Zweck der PZ-Befragungen (Unfreezing[97]).

3. Machen Sie den Mitarbeitern die physischen, psychischen und kontaiven Auswirkungen von Patienten(un)zufriedenheit deutlich.[98]

4. Handeln Sie nach der Aktionsforschungs-Maxime „*Betroffene zu Beteiligten machen*" und lassen Sie die Mitarbeiter an der Untersuchung aktiv teilhaben. Dadurch erhöhen Sie die Akzeptanz der Untersuchungsergebnisse erheblich (expansives statt widerständiges Lernen[99]).

5. Verwenden Sie keinesfalls selbstgestrickte Fragebögen, sondern nutzen Sie eines der im Anhang der vorliegenden Arbeit aufgelisteten Instrumente, welches hinreichend auf die konventionellen psychometrischen Gütekriterien überprüft wurde.

6.Tragen Sie Sorge dafür, dass die Daten nach der Erhebungsphase unverzüglich ausgewertet und präsentiert werden (Schließung der ‚zeitlichen Lücke').

7. Befragen Sie im Anschluss an die quantitative Erhebung eine kleine Anzahl von Patienten (N=10 bis 20) mittels qualitativer Methodik (Interviews oder Fokus-Gruppen) zu den im Fragebogen objektivierten Schwachstellen (Werte <75%). Dadurch erzielen Sie einerseits ein tieferes Verständnis für die Schwachstellenursachen und können andererseits konkrete Verbesserungsvorschläge ausarbeiten.

8. Achten Sie bei der Ergebnispräsentation darauf, dass Sie a) die bisher geleistete Arbeit der Krankenhausmitarbeiter nicht entwerten und dass b) jeder Mitarbeiter der Ergebnisdarstellung kognitiv folgen kann.

9. Bilden Sie interdisziplinär Projektgruppen, in denen auf der Grundlage der PZ-Befragungsergebnisse Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden.

10. Impementieren Sie die Verbesserungsmaßnahmen im Modus der FENGLERSCHEN ‚*Bis-auf-weiteres-Kausel*' (Insel-Lösung[100]). Kurzum: Lassen Sie die Praxis oder noch besser die nächste PZ-Befragung über Wert oder Unwert der verabschiedeten Maßnahmen entscheiden.

[97] Gemäß den drei wesentlichen Phasen eines Veränderungsprozesses nach Kurt LEWIN bildet das Unfreezing (Auftauen) die erste Veränderungsphase (vgl. TÖPFER & ALBRECHT 2006: 584)
[98] siehe dazu die Kapitel 3 und 4 der vorliegenden Arbeit
[99] vgl. HOLZAKMP 1993
[100] vgl. TÖPFER & ALBRECHT 2006: 590

WLADIMR Du musst eigentlich auch zufrieden sein, gib's zu.
ESTRAGON Womit zufrieden?
WLADIMIR Dass du mich wiedergefunden hast.
ESTRAGON Meinst du?
WLADIMIR Sag es doch, wenn es auch nicht wahr ist.
ESTRAGON Was soll ich denn sagen?
WLADIMIR Sag: Ich bin zufrieden.
ESTRAGON Ich bin zufrieden.
WLADIMIR Ich auch.
ESTRAGON Ich auch
WLADIMIR Wir sind zufrieden.
ESTRAGON Wir sind zufrieden.
Schweigen
Was sollen wir jetzt machen, da wir zufrieden sind?
WLADIMIR Wir warten auf (....).

Samuel Beckett[1]

Die einzige Freude auf der Welt ist das Anfangen. Es ist schön zu leben, weil leben anfangen ist, immer, in jedem Augenblick Wenn dieser Sinn fehlt – Gefängnis, Krankheit, Gewohnheit, Dummheit -, möchte man sterben.

Cesare Pavese[2]

8. Aufbau der empirischen Untersuchung und Entwicklung der Erhebungsinstrumente

Die nunmehr folgenden Zeilen sollen insofern ganz im Zeichen des obig platzierten PAVESE Zitates stehen, als dass wir nun auf der einen Seite nach unseren bisher rein theoretischen Ausführungen im vorliegenden Kapitel grundsätzlich mit der im Dissertationstitel in Aussicht gestellten ‚*empirischen Forschungsarbeit*' anfangen werden und das auf der anderen Seite vermittels eben dieser ‚*Empiriearbeit*' eine Forschungsausrichtung ihren Anfang nehmen soll, die in der PZF *bis dato* vergeblichst darauf harrte, angefangen zu werden. Ohne nun diesen zugegebenermaßen etwas sibyllinisch verfassten Satz durch eine Vorwegnahme der Inhalte des unmittelbar folgenden Kapitelunterpunktes 8.1 schärfer konturieren zu wollen, sei noch mit Blick auf den weiteren Gang des Kapitels angemerkt, dass – wie fälschlicherweise aus dem voranstehenden Satz herausgelesen werden könnte – auch die weiteren Ausführungen nicht gänzlich auf eine Ausklammerung jedweder theoretischer Bezüge verzicht üben können.

8.1 Explikation der Untersuchungsziele

Ausgehend von den im Kapitel 6 zu Tage geförderten methodischen Unzulänglichkeiten der PZF im Allgemeinen sowie der Zufriedenheitserfassung in der Suchtkrankenbehandlung im Speziellen bemüht sich der empirische Part der vorliegenden Arbeit um die Erreichung der folgenden drei Leitziele:

Erstens soll aufgrund der bereits mehrfach thematisierten Problematik, dass in der Vergangenheit zur Erfassung der Zufriedenheit von alkoholabhängigen Patienten, die sich einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung unterzogen, ausnahmslos generische Erhebungsinstrumente angewandt wurden, in den kommenden Zeilen ein spezifischer Fragebogen entwickelt werden, der sowohl den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe als auch den zentralen Erkenntnissen der (Alkoholismus-)Psychotherapieforschung hinreichend Rechnung trägt.

[1] BECKETT 1971: 151
[2] PAVESE 1974: 63

Zweitens sollen dem Fragebogen in Gestalt eines leitfadengestützten Interviews, eines projektiven Bildertests sowie eines standardisierten Ausdrucksbeobachtungsverfahrens drei weitere Methoden zur Seite gestellt werden, vermittels derer einerseits die Grundlage für die Konstruktvalidierung mittels MTMM geschaffen und andererseits überprüft werden soll, ob die Patienten – insbesondere bei der Vorlage der acht Bildkarten – ein höheres Unzufriedenheitsaufkommen als im Fragebogen berichten. Hinsichtlich der MTMM sei noch angemerkt, dass die Multitrait-Voraussetzung in der vorliegenden Arbeit dadurch eingelöst wird, als dass die Patienten sowohl im Fragebogen als auch im Interview (Multimethod) nicht nur zum Metakonstrukt ‚*Patientenzufriedenheit*', sondern gleichfalls zu den Subkonstrukten ‚*abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung*' und ‚*Kohärenzsinn*' befragt werden.

Drittens wird mit der Entwicklung und Anwendung des multimethodischen Erhebungsdesigns die Absicht verfolgt, dass den von Seiten der Klinikmitarbeiter zuhauf gegenüber der PZF in den Himmel gereckten Protestschildern, auf denen unter anderem – in modifizierender Anlehnung an Odo MARQUARD[3] – die spöttischen Worte zu lesen sind, dass „*Patientenzufriedenheitsforscher Sockenfabrikanten gleichen, die Socken nur für Sockenfabrikanten herstellen*", die Argumentationsgrundlage entzogen wird. Unverklausuliert gesagt bedeutet dies, dass sich der Autor der vorliegenden Arbeit durch die Inbetriebnahme einer Methoden-Triangulation nicht nur Erkenntnisfortschritte für die PZF, sondern darüber hinaus auch für die untersuchte Praxiseinrichtung verspricht.

8.2 Untersuchungsdesign

Die vorliegende empirische Untersuchung wurde in der Abteilung Sucht-Rehabilitation „Stillenberg" der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Warstein durchgeführt. An der Untersuchung, welche in zwei Etappen (Pretest- und Stichtagserhebung) abgewickelt wurde, beteiligten sich insgesamt vier Stationen/Häuser, in denen alkoholabhängige Patienten/innen suchttherapeutisch über einen Zeitraum von acht (Kurzzeittherapie) bis maximal 16 Wochen (Langzeittherapie) behandelt wurden. Das vorrangige Ziel der in diesen Häusern angebotenen Entwöhnungsbehandlung besteht darin, der suchterkrankungsbedingten Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit mit geeigneten Behandlungsmaßnahmen zu begegnen und den Patienten/innen somit eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Gemäß des Therapiekonzepts ist eine Realisierung dieses übergeordneten Therapieziels unumstößlich an eine strikt abstinente Lebensführung geknüpft. Verkürzt gesagt bedeutet dies, dass zur Erreichung des therapeutischen Metaziels, sprich der Inklusion in den ersten Arbeitsmarkt, in der Entwöhnungsbehandlung schwerpunktmäßig an dem Aufbau eines umfangreichen Bewältigungsrepertoires gearbeitet wird, welches den Patienten/innen eine Aufrechterhaltung ihrer abstinenten Lebensweise ermöglicht.

Wie bereits obig erwähnt wurde, schlüsseln sich die zwei Phasen, namentlich dem im Juni 2009 vollzogenen Zwei-Phasen-Pretest sowie der im April 2010 durchgeführten Stichtagserhebung (Hauptstudie), auf. Im Rahmen des Pretest wurde eine erste Version des entwickelten Fragebogens von insgesamt 20 Patienten, die sich seit mindestens drei Wochen in der Behandlung befanden, bearbeitet (Standardpretest). Anschließend führte der Autor mit 19 dieser Patienten,

[3] „Philosophen, die nur für professionelle Philosophen schreiben" – so MARQUARD – „agieren fast so absurd, wie Sockenhersteller es täten, die Socken nur für Sockenhersteller herstellen: sie werden nicht einmal von Philosophen gelesen" [MARQUARD 2007: 73].

ein Patient brach die Therapie vorzeitig ab, ein kognitives Pretestinterview vermittels Comprehension-, Information Retrival- und General Probing sowie unterschiedlicher Methode des lauten Denkens (Retrospective Think Aloud und Paraphrasing) durch. Die auf der Grundlage der Pretestergebnisse leicht modifizierte Endversion des PZ-Fragebogens wurde dann im April 2010 in Form einer Stichtagserhebung an 40 Patienten, die sich – analog zum Pretest – ebenfalls seit mindestens drei Wochen in der Therapie befanden (Einschlusskriterium), erneut getestet. Obzwar nun eine Stichtagserhebung mitunter gravierende Nachteile – z.B. dass die Patienten noch keine genauen Angaben darüber machen können, inwieweit die Therapie sie auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitete – aufweist, fand sie in der vorliegenden Arbeit, eingedenk ihres limitierten Aussagenwertes, deshalb Anwendung, da eine Befragung – wie ursprünglich angedacht – kurz vor der Entlassung aufgrund der im Vergleich zu einem allgemeinmedizinischen Krankenhaus langwierigeren Behandlungsdauer sowie der viel geringeren Bettenzahl zu einer enormen Überschreitung des Dissertationszeitrahmens geführt hätte, welcher im Anbetracht der obig ausformulierten Untersuchungsziele nicht zurechtfertigen gewesen wäre. Kurzum: Da die in Kapitelunterpunkt 8.1 ausformulierten Untersuchungsziele ohne weiteres mit einer Stichtagserhebung angegangen werden können, entschied sich der Autor aus pragmatischen Gründen für dieses Studiendesign. Zum konkreten Ablauf der Stichtagserhebung ist weiterhin zu sagen, dass mit 9 der insgesamt 40 Patienten, die den PZ-Fragebogen über das Wochenende ausgefüllt hatten, zu Beginn der anschließenden Woche ein leitfadengestütztes Interview, indessen Rahmen sowohl der projektive Bildertest als auch das Ausdrucksbeobachtungsverfahren zum Einsatz kamen, durchgeführt wurde.

8.3 Entwicklung des multimethodischen Erhebungsinstrumentariums

Nachdem wir vorausgehend in Gestalt der primären Untersuchungsabsichten sowie des gewählten Untersuchungsansatzes die beiden zentralen Eckpunkte der empirischen Studie umrissen haben, sollen in den nunmehr nachfolgenden Kapitelunterpunkten die einzelnen Schritte der jeweiligen Instrumenteneinwicklung näher erläutert werden.

8.3.1 Der Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPSQAAT)

Den Ausgangspunkt des kaskadenförmig aufgebauten Fragebogenkonstruktionsprozesses, der sowohl deduktive als auch induktive Elemente in sich vereinigt[4], bildet der von Manfred ZIELKE entwickelte QbP-Fragebogen[5], welcher vom Autor der vorliegenden Arbeit bereits in seiner im Jahre 2004 eingereichten Diplomarbeit mit Erfolg eingesetzt wurde.[6] Wenngleich sich nun auch der psychometrisch suffizient evaluierte QbP-Fragebogen, dessen 81 Items sich auf die Fragenbereiche: 1) Veränderungen durch die Therapie, 2) Klinikbereiche, 3) Therapiemaßnahmen, 4) Serviceleistungen; 5) Therapiekonzept und Therapieprogramm verteilen, nicht nur in den Forschungsarbeiten ZIELKES, sondern ebenso in der besagten Diplomarbeit des Autors als überaus kritiksensitiv – *bspw.* konnte in der Diplomarbeitsstudie ein mangelhafte Prozesstransparenz festgestellt werden – erwies, sprechen die nachstehenden fünf Kritikpunkte nichtsdestotrotz für eine gründliche Ausbesserung des QbP-Fragebogens:

[4] vgl. BÜHNER 2004: 47 sowie TRÄNKLE 1983: 225
[5] vgl. ZIELKE 2001 sowie ZIELKE et al. 2002a und 2007a-d
[6] vgl. KORF 2004

1. Betrachten wir den QbP-Fragebogen im Lichte der rational-choice basierten Theorie der Befragung, laut derer sowohl die Rücklaufquote als auch die Beantwortungsqualität um so höher ausfallen, je geringer der Patient die mit dem Fragebogenausfüllungsprozedere unweigerlich verbundenen subjektiven Kosten (z.B. zeitliche und kognitiven Kosten) einschätzt bzw. – *vice versa* – je höher er den subjektiven Nutzen der Befragung bewertet, so zeigt sich, dass der QbP-Fragebogen u.a. aufgrund des fehlenden Deckblattes, des Verzichts auf soziale, materielle oder altruistische Gratifikationen sowie der Verwendung eines unausgereift-spartanischen Begleitbriefes ausgeprägte Nutzenmaximierungsreserven offenbart.

2. Darüber hinaus weist der QbP-Fragebogen eine expertokratisch verkürzte Inhaltsvalidität auf, d.h., dass der „*am grünen Tisch*" – im Rahmen einer Fragebogenkonferenz – entwickelte QbP-Fragebogen vorrangig professionelle Qualitätskriterien beinhaltet.[7] Die Exklusion der Patientenmeinung *resp.* der patientenseitigen Qualitätsindikatoren aus der Instrumentengenese führt in letzter Konsequenz dazu, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit „am Patienten vorbei" gefragt wird. Als Beleg für die Gültigkeit dieses Kritikpunktes kann *bspw.* der Tatbestand herangezogen werden, dass die – wie in Kapitel 3 sattsam dargestellt wurde – aus der Patientensicht besonders zufriedenheitsrelevanten Dimensionen ‚Beziehung zu den Mitpatienten' und ‚Mitbestimmung in der Therapie' im QbP-Fragebogen nicht berücksichtigt wurden.

3. Zu monieren ist weiterhin, dass der Fragebogen mit generischer und nicht mit indikationsspezifischer Intention konzipiert wurde. Dies bedeutet, dass der QbP-Fragebogen grundsätzlich auf allen Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses eingesetzt werden kann; was zwar einerseits die vorteilhafte Möglichkeit eines klinikendogenen Benchmarkings in sich birgt, andererseits jedoch im selben Atemzug zu einem immensen Informationsverlust (Aussparung suchttherapeutisch bedeutsamer Dimensionen), der wiederum in letzter Konsequenz dem in Kapitel sieben hinreichend besprochenen Verwertungsdefizit in die Karten spielt, führt.

4. Besonders kritisch ist ferner der Sachverhalt zu bewerten, dass die – wie im Unterpunkt 8.3.1.1.1 noch näher zu erläutern sein wird – aus Patientensicht besonders zufriedenheitstreibende Dimension der '*Beziehung zum Klinikpersonal*' (z.B. die Beziehung zum Therapeuten) im QbP-Fragebogen mit nur vier globalen Items, die ausgeprägten Deckeneffekten (*Ceiling-Effekt*) Vorschub leisten, deutlich unterrepräsentiert ist. Neben der Ausblendung patientenseitiger Qualitätskriterien ist in diesem Zusammenhang die gänzlich fehlenden Theorieeinbettung *resp.* -ableitung der genutzten Items (z.B. unter Rückriff auf die unspezifischen Wirkfaktoren GRAWES) zu beanstanden.

5. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit eine partielle Modifikation des QbP allein aufgrund der beabsichtigten Konstruktvalidierung mittels MTMM, welche die simultane Messung verschiedener Konstrukte voraussetzt, angezeigt ist. Wie bereits obig angemerkt, werden wir der Multitrait-Forderung durch eine zusätzliche Implementierung des von SPIEßL konzipierten PZ-Globalmaßes ZUF-3[8], der Leipziger Kurzskala zur Erfassung des Kohärenzsinns (SOC-L9) von SCHUMACHER[9] sowie der deutschen Skala zur Messung der

[7] Der Fragebogen wurde von der "Arbeitsgemeinschaft Entlassungsfragebogen" im Wissenschaftsrat der AHG AG entwickelt (vgl. ZIELKE 2001 sowie ZIELKE et al. 1999)

[8] siehe dazu die Ausführungen im Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.5

[9] siehe dazu die Ausführungen im Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.4.2

abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung (SEQ) von HERDING[10] in den neu zu entwickelnden Fragebogen hinreichend Rechnung tragen.

Wenn nun ob der obig explizierten Verbesserungsbedarfe des QbP in den nachfolgenden Kapitelunterpunkten ein gänzlich neuer PZ-Fragebogen, der den Namen ‚*Warsteiner Patient Satisfaction Questionnaire for Alcohol Abuse Treatment'* (WPSQAAT) tragen soll, entwickeln wird, so sei vorab mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass der Autor der hiesigen Arbeit dem QbP-Fragebogenentwickler Manfred ZIELKE insofern zu großem Dank verpflichtet ist, als dass der WPSQAAT auf dem formalen Grundgerüst des QbP-Fragebogens entwickelt wurde.

8.3.1.1 Schritte der Fragebogenoptimierung

In den unmittelbar nachstehenden Kapitelunterpunkten sollen dem Leser nun in einem ersten Schritt die Wege *ad oculos demonstriert* werden, die vom Autor zur Ausmerzung der voranstehend beschriebenen fünf QbP-Fragebogen-Kritikpunkte eingeschlagen wurden. In einem daran anschließenden zweiten Schritt wird der Leser über die inhaltliche Struktur des WPSQAAT (Operationalisierung) unterrichtet.

8.3.1.1.1 Intensive Analyse der nationalen und internationalen PZ-Forschungsliteratur

Durchmustern wir nun zur Überwindung der expertokratisch-verkürzten Inhaltsvalidität des QbP-Fragebogens, der – wie im obigen Textabschnitt bereits angemerkt wurde – ohne eine explorative Vorphase im Rahmen einer Fragebogenkonferenz, an der ausnahmslos ‚*Experten kraft Ausbildungswissen*' (Mitarbeiter) und nicht etwa ‚*Experten kraft persönlichen Erfahrungswissens'* (Patienten) teilnahmen, entwickelt wurde, all jene in der nationalen wie internationalen PZF veröffentlichten Forschungsarbeiten, die entweder im Zuge der Fragebogenentwicklung umfangreiche explorative Patientenbefragungen durchführten oder aber sich von vornherein einer in unserem Zusammenhang relevanten Fragestellung – z.B. zu subjektiv erlebten Wirkfaktoren („*Was hat Ihnen am meisten geholfen?*"[11]), ideale Therapievorstellungen („*Wie müsste eine »ideale« stationärpsychiatrische Behandlung ihrer Meinung nach aussehen?*" oder „*Was macht eine gute Psychotherapie aus?*"[12]) usw. – annahmen, so kristallisiert sich in der Summe heraus, dass die psychosozialen Aspekte der medizinisch-therapeutischen Dienstleistung (z.B. Beziehungen zu den Mitarbeitern und Mitpatienten) von den allermeisten Patienten als bedeutendste *resp.* zufriedenheitsdienlichste Komponenten eingeschätzt wurden.[13] Für die Operationalisierung der WPSQAAT-Dimensionen ist nun nicht nur die Erkenntnis bedeutsam, dass die Patienten dem erleben Therapiemitbestimmungsausmaß (Shared-Decison-Making)[14] sowie den erfahrenen Beziehungen zu den Mitpatienten[15] eine ausgeprägte zufriedenheitsspendende Potenzialität zuschrieben, sondern zu wissen, von welchen Faktoren die Zufriedenheit der Patienten mit der ärtzlichen/therapeutischen-Beziehung beeinflusst wird. Diesbezüglich konnte in der Literatur sattsam nachgewiesen werden, dass Patien-

[10] siehe dazu die Ausführungen im Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.4.2

[11] vgl. CARLSON & SHARMA 1994; EICHLER et al. 2006; ELLIOTT & JAMES 1989; GERSHEFSKI et al. 1996; GLASS & ARNKOFF 2000; GOODWIN 1999; HSU et al. 1983; FEIFEL & EELLS 1963; KALLERT & SCHÜTZWOHL 2002; LÄNGLE et al. 2003; KENNY 1995; KORDY et al. 1990; LÄNGLE et al. 2003; PERREAUKT et al. 1996; RICKETTS & KIRSHBAUM 1994; ROEB & ZOBEL 1995; SCHNEIDER et al. 2004; SENF & SCHNEIDER-GRAMANN 1990; VARTIAINEN et al. 1995; WATZL & RIST 1987; ZÄHRES et al. 1993 und ZAJAC et al. 2006

[12] vgl. BJÖRKMAN et al. 1995; ELBECK 1992; ELBECK & FECTEAU 1990; HANSSON et al. 1993; HAPKEMEYER et al. 2008; HARTLAGE & SPERR 1980; JOHANSSON & EKLUND 2003; JONKER et al. 2000; NOBLE et al. 1999 sowie SPIEßL et al. 199a

[13] vgl. BRÜGGINK 1999; CHENG et al. 2003; DOYLE & WARE 1977; GIUPPONI et al. 2009; DEHN-HINDENBERG 2008; MÖLLER-LEIMKÜHLER et al. 2003 und SCHRÖDER et al. 2006

[14] vgl. HAMANN et al. 2005; HANSSON et al. 1993; JANSSEN et al. 2007 und OMMEN et al. 2007

[15] siehe dazu die in der Fußnote 276 des dritten Kapitels der vorliegenden Arbeit angegebene Literatur

ten, die ihren behandelnder Arzt/Therapeut als offen, humorvoll, freundlich, entspannt, empathisch, aufmerksam zuhörend, engagiert, unterstützend, patientenzentriert, aufrichtig, wertschätzend, respektvoll, non-direktiv, ungekünstelt, psychosozial interessiert, informationsspendabel, verständnisvoll, mitfühlend, anteilnehmend, optimistisch, sozial kompetent, partnerschaftlich und emotional teilhabend wahrnahmen, eine signifikant höhere Zufriedenheit angaben.[16] Bevor wir nun zum nächsten Fragebogenkonstruktionsschritt übergehen werden, sei vorab noch darauf hingewiesen, dass die sowohl in nationalen wie internationalen PZ-Studien zur Konstruktoperationalisierung myriadenartig herangezogene Meta-Analyse von HALL & DORNAN, in welcher die Autoren aus den analysierten 221 Instrumenten insgesamt 11 Zufriedenheitsdimensionen extrahierten[17], in der vorliegenden Arbeit nicht weiter berücksichtigt wird, da die Majorität der von HALL & DORNAN untersuchten Fragebögen ohne die explorative Berücksichtigung patientenseitiger Qualitätskriterien entwickelt wurde und somit eine eingeschränkte, expertokratisch verkürzte Inhaltsvalidität aufweisen.

8.3.1.1.2 Inhaltsanalytische Auswertung von 30 deutschsprachigen PZ-Fragebögen

Werten wir nun zur Erzielung einer möglichst hohen Inhaltsvaldität die Zufriedenheitsdimensionen jener 31 von insgesamt 90 dokumentenanalytisch untersuchten Fragebögen[18], deren Itempool auf der Basis umfangreicher explorativer Patientenbefragungen erstellt wurde, mittels der von MAYRING vorgelegten qualitativen Inhaltsanalyse, so erhalten wir das auf der nachstehenden Seite abgelichtete Kategoriengebilde.

Betrachten wir nun die in der Abbildung 100 illustrierten Ergebnisse der Inhaltsanalyse, so zeigt sich, dass die bereits im Rahmen der Literaturanalyse zu Tage geförderten, aus Patientensicht relevanten Dimensionen im Wesentlichen repliziert werden konnten; wobei die Dimension ‚Stationsklima' im Gegensatz zur Literaturanalyse eine stärkere Akzentuierung erfährt.

[16] siehe dazu unter anderem die folgende Literatur: BARLETT et al. 1984; BEN-SIRA 1976, 1980; BERTAKIS et al. 1991, 2003; BJÖRKMAN et al. 1995; BLANCHARD et al. 1996, 1990; BROCK et al. 2009; BULLER & BULLER 1987; BURGOON et al. 1991; CALNAN et al. 1994; CHANNA & SIDDIQI 2008; CHRISTEN et al. 2008; CORNSTOCK 1982; DELGADO et al. 1993; DIMATTEO et al. 1985; FRIEDMAN et al. 1980; HANSSON et al. 1993; HENBEST & STEWART 1990; INUI et al. 1982; KASARABADA et al. 2002; KINNERSLEY et al. 1999; KRUPAT et al. 2000; LARSON & ROOTMAN 1976; LESTER et al. 2003, 2005; ROBBINS et al. 1993; ROTER 1977; ROTER et al. 1987; SALA et al. 2002; SCHATTNER et al. 2004; SCHMIDMAST et al. 2004, 2008; SHEPPARD 1992, 1993; STILES et al. 1979; TREADWAY 1983; WAGNER et al. 2002; WENSING 1998b; WILLIAMS et al. 1998; WOLLEY et al. 1978 sowie WRENCH & BOOTH-BUTTERFIELD 2003. *En passant* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in Studien, welche den Einfluss nonverbaler Arztsignale auf die Patientenzufriedenheit untersuchten, nachgewiesen werden konnte, dass soziale Aufmerksamkeit/Kompetenz vermittelnde Signale wie z.B. häufiger Blickkontakt, leichtes nach vorne beugen des Oberkörpers (in sitzender Position), offene Körperhaltung, Begleitung der Patientenäußerungen durch regelmäßiges, verständnisvolle Kopfnicken usw. mit einer signifikant höheren Patientenzufriedenheit sowie einer höheren Kompetenzzuschreibung einhergingen (vgl. BENSING 1991; BLANCHRAD et al. 1990; BULLER & BULLER 1987; BULLER & STREET 1991; DIMATTEO et al. 1979a&b, 1980, 1986; FRIEDMANN 1979; FRETZ et al. 1979; GRIFFITH et al. 2003; HALL et al. 1988, 1994; HARRIGAN et al. 1983, 1986; HASKRAD et al. 2008; LARSON & SMITH 1981; PENDELTON 1983 sowie STREET & BULLER 1987).

[17] vgl. HALL & DORNAN 1988b: 937

[18] zur Dokumentenanalyse siehe die Ausführungen in Kapitel 6

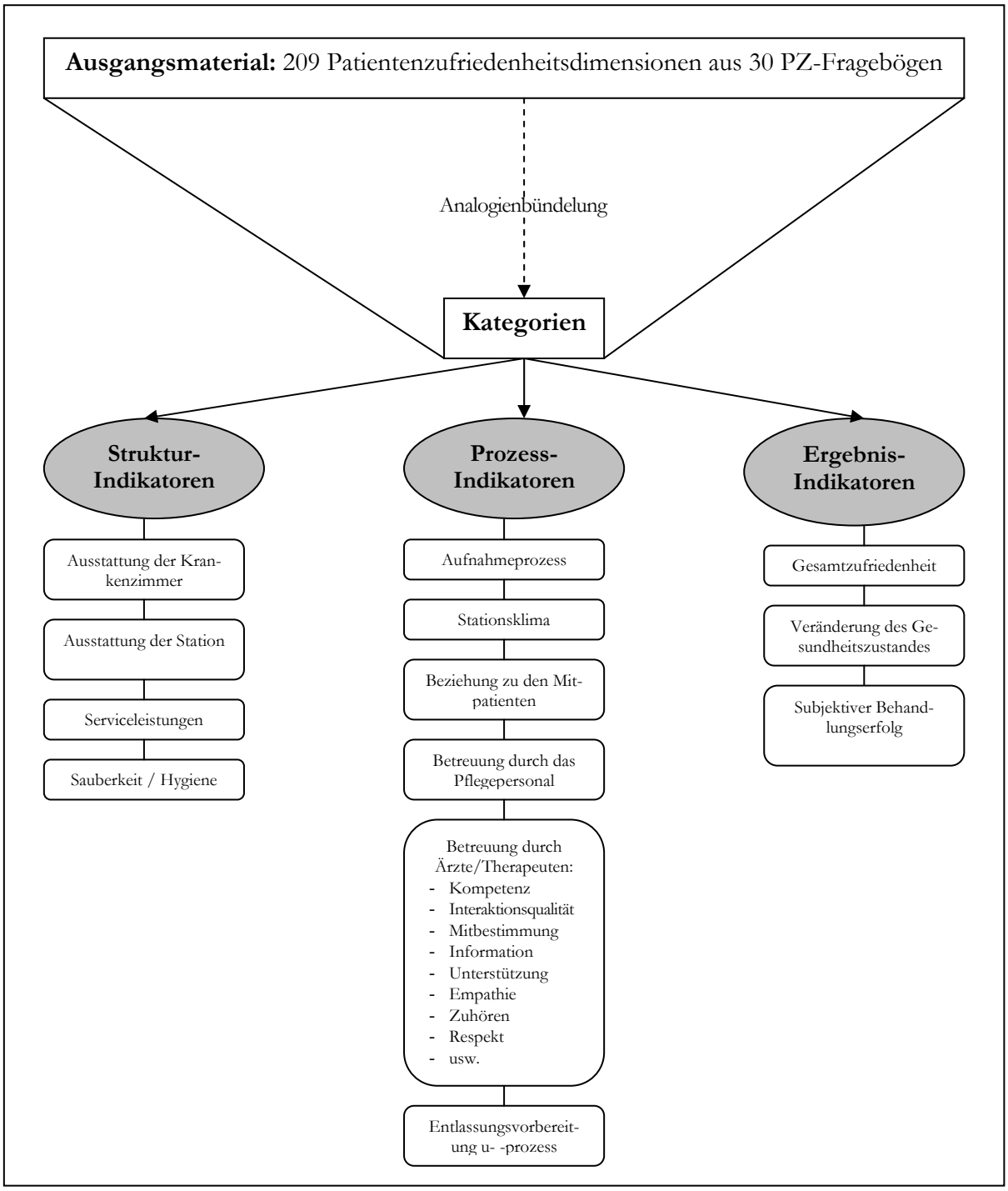


Abb. 100: Inhaltsanalytische Auswertung der Dimensionsstruktur von 30 deutschsprachigen PZ-Fragebögen[19]

8.3.1.1.3 Inhaltsanalytische Auswertung der offenen Fragestellungen des Katamnesefragebogens

Gießen wir nun zur weiteren Absicherung der Inhaltsvalidität sowie zur Erhöhung des Zielgruppenspezifitätsgrades die Antworten zu den vier offenen Fragestellungen: 1) *Was hat geholfen?*, 2) *Verbesserungsvorschläge?*, 3) *Rückfallgründe?* und 4) *Strategien gegen Rückfälle?* des 6-Monate-Katamnesefragebogens der Abteilung Sucht-Rehabilitation „Stillenberg" (Datensatz des Jahres 2001[20]) in den inhaltsanalytischen Filter, so erhalten wir die folgende Kategorienessenz:

[19] eigene Entwicklung der Autors
[20] an der katamnestischen 6-Monate-Befragung beteiligten sich 117 Patienten (vgl. DÜLBERG 2003: 2).

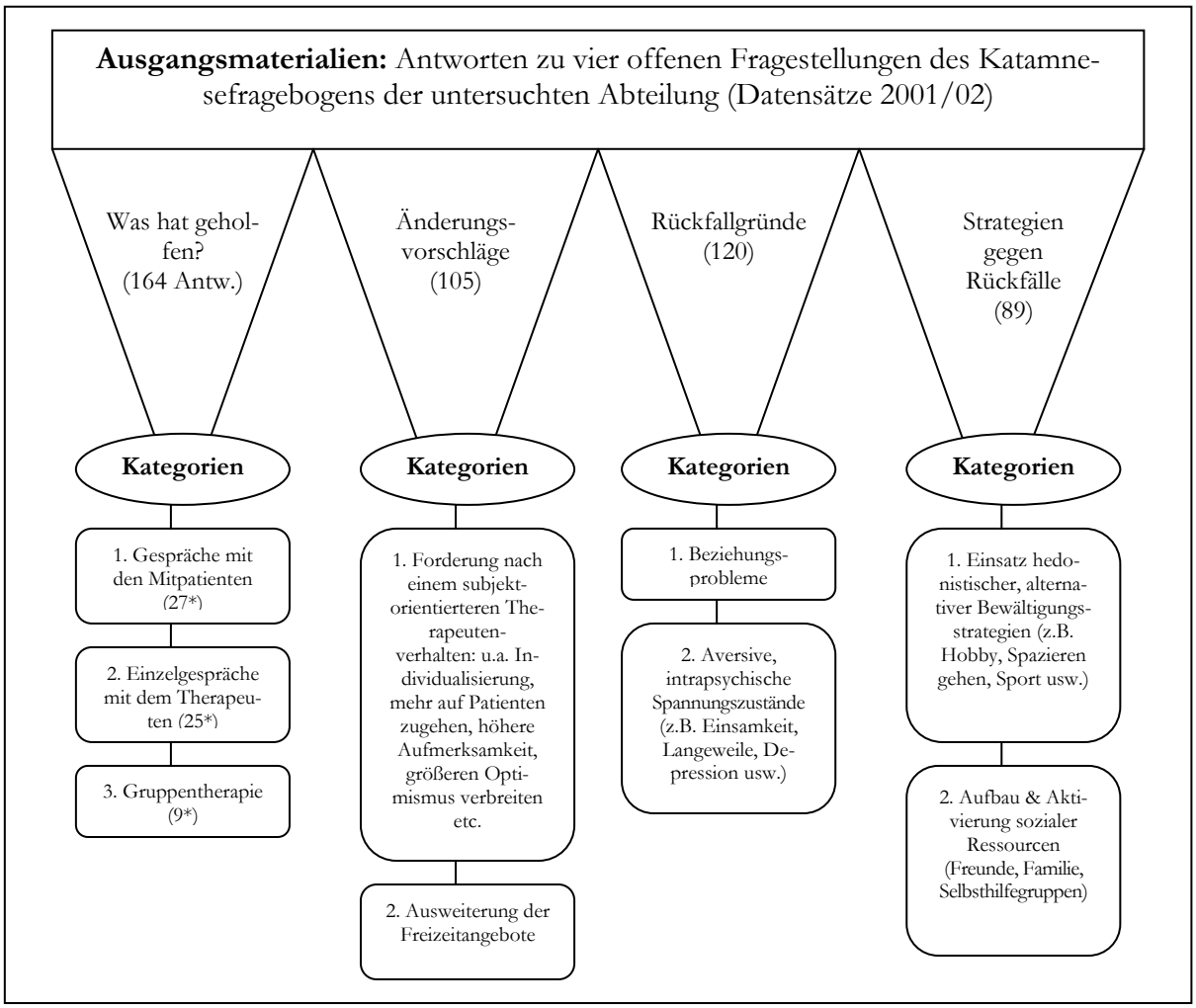


Abb. 101: Inhaltsanalytische Auswertung der Antworten zu den offenen Fragen des Katamnesefragebogens[21]

Nehmen wir nun die obigen Abbildung näher in Augenschein, so zeigt sich einmal mehr, dass die Patienten der in der PZF *bis dato* sträflichst vernachlässigten Dimension ‚*Beziehung zu den Mitpatienten*' eine überragende therapeutische Wirkmächtigkeit attestieren. Darüber hinaus sind – ohne dem **Kapitelunterpunkt** 8.3.1.2.7 zu sehr vorgreifen zu wollen – *in puncto* zielgruppenspezifischer Fragebogengestaltung für die inhaltliche Ausstaffierung des WPSQAAT besonders die paraphrasierten Rückfallgründe sowie die verdichteten Rückfallpräventionsstrategien von Bedeutung, da sich eine qualitativ hochwertige Suchtkrankenbehandlung dadurch auszeichnet, dass sie den Patienten in eben diesen Bereichen – also z.B. beim Umgang mit intrapsychischen Spannungszuständen – Hilfe in Form des Aufbaus neuer *resp.* der Wiederaktivierung vergessener Bewältigungsmechanismen angedeihen lässt. Mit Blick auf die inhaltliche Dimensionierung des WPSQAAT sei an dieser Stelle prospektiv angemerkt, dass uns die von den Patienten im Katamnesefragebogen angeführten Rückfallgründe und -präventionstechniken – welche im **Kapitelunterpunkt** 8.3.1.2.7 durch weitere Erkenntnisse der Alkoholismuspsychotherapieforschung vertieft werden – insbesondere bei der Entwicklung der direkten Veränderungsskala (*Was hat sich durch die Therapie verändert?*) Pate stehen werden.

[21] eigene Entwicklung der Autors

8.3.1.1.4 Integration zentraler Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychotherapieforschung sowie der Alkoholismustherapieforschung

Zur Einlösung der in Kapitelunterpunkt 8.3.1 ausbuchstabierten Eigenschaften, die der im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu entwickelnde WPSQAAT schlussendlich aufweisen sollte, werden wir uns nun in den nachstehenden Zeilen von den bislang eingeschlagenen Wegen des induktiven Fragebogenkonstruktionsprozess lösen, um auf deduktiven Fragebogenentwicklungspfaden weiter voranschreiten zu können. D.h., dass wir nachstehend – getreu der gewählten Überschrift – zur Gewinnung weiterer, theoriegeleiteter Indikatoren sowohl auf zentrale Erkenntnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung als auch auf bedeutsame Einsichten der speziellen Alkoholismuspsychotherapieforschung zurückgreifen werden. Darüber hinaus sei noch angemerkt, dass einerseits einige Kernaussagen aus dem Forschungsbereich der ‚*Psychologie der Gesundheitsförderung*' (Salutogenese- und Resilienzforschung) sowie andererseits die Itemstruktur einiger bewährter, für unseren Untersuchungsgang relevanter Fragebögen (z.B. zur Therapeutischen-Beziehung, zum Gruppen- und Stationsklima etc.) in die konkrete Ausgestaltung des WPSQAAT einfließen werden.

8.3.1.1.4.1 Theoriegeleitete Konstruktion der Veränderungsskala

Versuchen wir nun die direkte Veränderungsskala des QbP, welche in ihrer ursprünglich-generischen Form insgesamt 22 Items – die sich auf die vier Faktoren: 1) *Gesundheitliche Stabilisierung und Wohlbefinden*, 2) *Leistungsfähigkeit und berufliche Perspektive*, 3) *Soziale Kompetenz und Sensibilität* sowie 4) *Gesundheitliche Stabilisierung* verteilen – umspannte, der Gestalt zu modifizieren, dass sie diejenigen Bereiche, in denen therapiezielförderliche Veränderungen stattfinden sollten, hinreichend abbildet, so müssen wir zuerst einmal die Frage beantworten: ‚*Welche körperlichen-, psychischen und/oder sozialen Ressourcen benötigt ein alkoholabhängiger Patient zur Erzielung und Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensweise?*'; bzw. – angesichts der empirisch sattsam belegten Tatsache, dass 10% der Patienten bereits während[22] und zwischen 30 und 70% der Patienten, je nach Katamnesezeitraum, postationären wieder rückfällig werden[23] – kleinlauter formuliert: *Welche körperlichen-, psychischen und/oder sozialen Ressourcen benötigt ein alkoholabhängiger Patient, damit eine Abstinenzverletzung (lapse) nicht dazu führt, dass die betroffene Person wieder gänzlich in ihre althergebrachten Trinkmuster (replase) verfällt*? Durchmustern wir nun zur Beantwortung dieser Fragestellung die einschlägige psychologische Fachliteratur, so erweisen sich auf der einen Seite die Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie (Salutogenese) – die in Abkehr von der lange Zeit dominierenden Pathogenese nicht die krankmachenden, sondern die gesundmachenden *resp.* gesunderhaltenden Faktoren erforscht – sowie auf der anderen Seite die Ergebnisse der empirischen Alkoholismus-Rückfallforschung – welche sich mit den rückfallbegünstigenden und –protektiven Komponenten beschäftigt – als besonders hilfreich. Da wir nun allerdings durch die Aufnahme der SOC-Kurzskala (‚*Kohärenzsinn*') in den WPSQAAT – siehe dazu den unmittelbar nachfolgenden Kapitelpunkt – bereits das Prunkstück aus der Gesundheitspsychologie entwendet haben, werden wir uns bei der Konstruktion der ‚*alkoholismusentwöhnungsbehandlungsspezifischen Veränderungsskala*' in den nachstehenden Zeilen schwer-

[22] vgl. KÜFNER & FEUERLEIN 1989 sowie LAUER & RICHTER 1995a&b
[23] vgl. EMRICK 1974a&b sowie KÜFNER et al. 1986, 1988 und SÜß 1988, 1995

punktmäßig an den basalen Erkenntnissen der Ende 1970 in Amerika aufkeimenden Rückfallforschung orientieren.

Um nun auch jenen Lesern, die mit der nationalen wie internationalen Literatur zur Alkoholismus-Therapie *bis dato* wenig Berührung hatten, den Skalenentwicklungsprozess verständlich darstellen zu können, soll im Folgenden das meistverwandte sozial-kognitive Rückfallentstehungsmodell von G. Alan MARLATT, anhand dessen wir später die veränderungsrelevanten Bereiche herauspräparieren werden, *in nuce* vorgestellt werden.

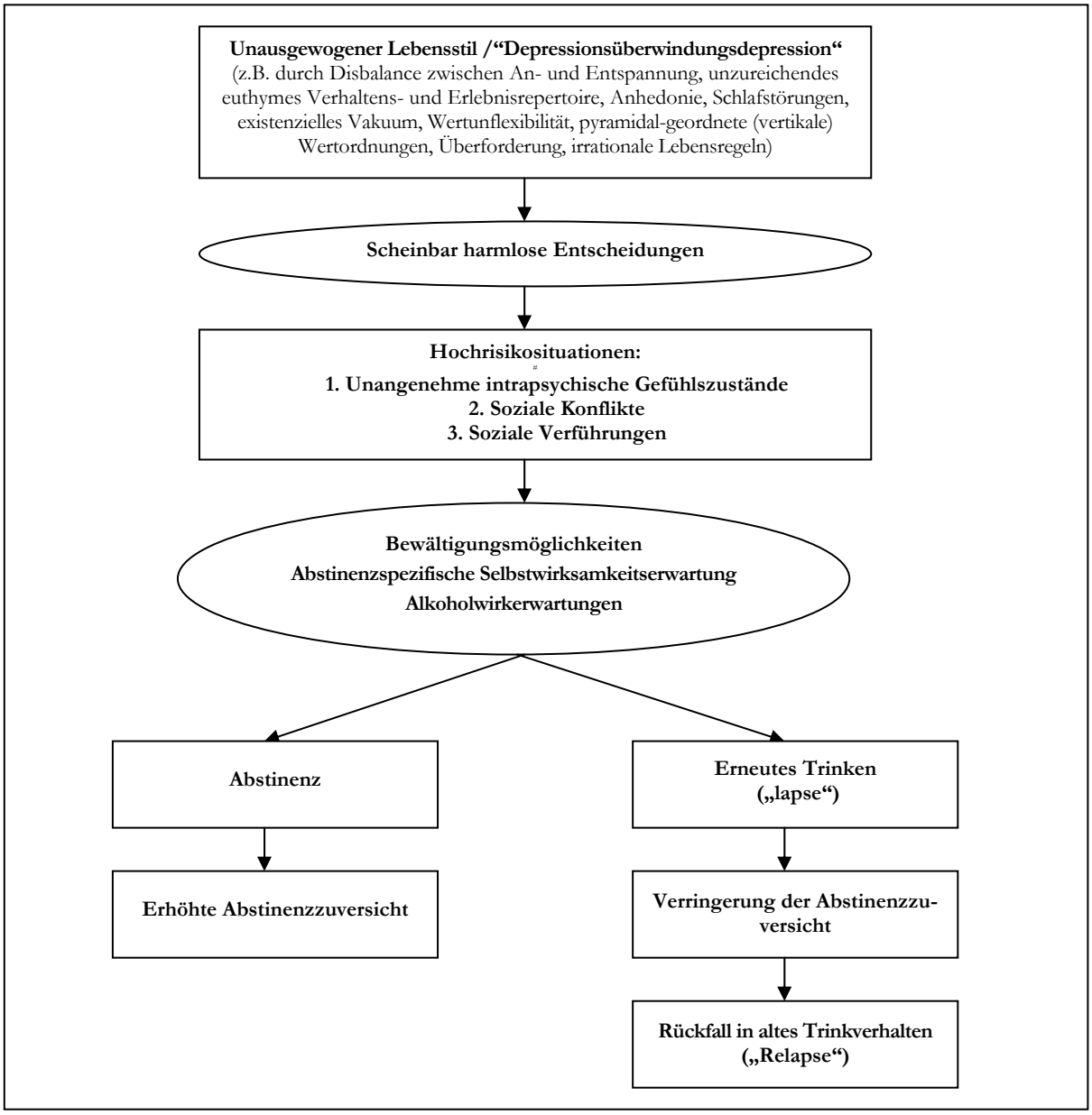


Abb. 102: Das sozial-kognitive Rückfallentstehungsmodell von G. Alan MARLATT[24]

Betrachten wir nun die einzelnen Prozessschritte des sozial-kognitiven Rückfallentstehungsmodells, so zeigt sich vorderhand, dass gemäß MARLATT ein unausgewogener Lebensstil, worunter er ein Ungleichgewicht zwischen angenehmen und unangenehmen Gefühlen versteht, den Rückfallnährboden bilden. Um dem Leser nun die zentralen Schwierigkeiten, unter denen abstinent lebende alkoholabhängige Menschen häufig leiden und die letztlich für den

[24] eigene, leicht modifizierte Entwicklung in Anlehnung an die Modellabbildung bei LINDENMEYER 1999: 28

unausgewogenen Lebensstil verantwortlich zu machen sind, eingehender darstellen zu können, haben wir dem Marlattschen Terminus des ‚*unausgewogenen Lebensstils*' in Gestalt der ‚*Depressionsüberwindungsdepressionen*' einen anschaulichen Neologismus des Philosophen Peter SLOTERDIJKS zur Seite gestellt[25], da diese Wortneuschöpfung nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit in äußerst luzider Weise auf die zumeist unterbelichtete Problematik hinweist, dass eine abstinente Lebensweise für alkoholabhängige Menschen keinesfalls nur die Erlösung von den quälenden Krankheitssymptomen der Sucht, sondern gleichzeitig auch den schmerzlichen Verzicht auf eine Substanz bedeutet, welche bei der Regulation der psychischen und sozialen Homöostase in der Vergangenheit des Patienten eine Hauptrolle gespielt hatte.[26] Gelingt es nun den Patienten im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung nicht oder nur in eingeschränkten Maße, sich ein umfängliches, alternatives hedonistisches *resp.* euthymes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire anzueignen, so führt dies in letzter Konsequenz zu dem Zustand, der in der Literatur vielsagend als „krampfhafte-" oder „unzufriedene Abstinenz" bezeichnet wird.[27] In diesem Sachverhalt, demnach alkoholabhängige Menschen der abstinenten Lebensweise in einer nur verschwindend geringen Anzahl Positiva im Sinne von Genuss, Freude, Zufriedenheit, Glück, Wert und Sinn abtrotzen können, kommt nun die rückfallbegünstigende Ausgangssituation zum Ausdruck, welche von MARLATT mit dem Etikett des ‚*unausgewogenen Lebensstiles*' versehen wurde.

Nehmen wir nun, ohne bereits an dieser Stelle die notwendigen rückfallprotektiven Veränderungen, die sich angesichts der obig beschriebenen Ausgangssituation im Rahmen einer Entwöhnungstherapie idealerweise Vollziehen sollten, beschreiben zu wollen, die zweite Modellkomponente, *nudis verbis* das vollziehen ‚*scheinbar harmloser Entscheidungen*' in Augenschein. Nach MARLATT & GORDON neigen abstinent lebende Alkoholiker, die ihrem trockenen Dasein wenig erfreuliches abgewinnen können, dazu, durch sogenannte „*scheinbar irrelevante Entscheidungen*" (z.B. die Entscheidung Alkohol für Gäste zu Hause zu lagern) das Auftreten von Hochrisikosituationen[28] zu begünstigen.

Gerät nun ein alkoholangängiger Mensch, der sich der abstinenten Lebensweise verschrieben hat, in eine hochrisikoreiche Situation – wobei in der Rückfallforschung suffizient nachgewiesen werden konnte, dass unangenehme, intrapsychische Gefühlszustände (z.B. Langeweile, Sinnlosigkeit, existentielles Vakuum, Schuld, Hoffnungslosigkeit, Unzufriedenheit, Minderwertigkeitsgefühle, Einsamkeit, Alleinsein, Selbstunzufriedenheit, Niedergeschlagenheit, Ängste, Gereiztheit usw.[29]) gefolgt von sozialen Konflikten (z.B. Streit mit dem Lebenspartner oder familiäre Unstimmigkeiten) und sozialen Trinkaufforderungen (z.B. auf Festen) die Hochrisikosituations-Hitparade anführen[30] – so hängt es allen voran von den zur

---

[25] vgl. SLOTERDIJK 1986: 258

[26] vgl. KÖRKEL & KRUSE 1997: 168 sowie WOHLFAHRT 1992: 159

[27] vgl. KÖRKEL & KRUSE 1997: 78ff.

[28] Unter hochrisikoreichen Situationen („high risk situations") versteht MARLATT „any situation that poses a threat to individual's sense of control and increase the risk of potential relapse" [MARLATT 1985: 37]

[29] vgl. ANNIS et al. 1987; BECKER et al. 1996; BOOTH et al. 1991; CHANEY et al. 1978; ESTMAN & NORRIS 1982; ESTRADA et al. 1995; HENKEL et al. 2005; HILGE & SCHWOON 1990; HORE 1971a&b; HOYER 1995; KIVLAHAN et al. 1983; KLEIN et al. 1995; LAUER & SOHNS 1993, 1994a&b; LINDENMEYER & FLORIN 1998; LITMAN 1986; LITMAN et al. 1979; MAFFLI et al. 1996; MARLATT 1978, 1979; MARLATT & GORDON 1985; RIST et al. 1989; SANDAHL 1984; SCHOLZ 1983; SLUSAREK 1993; SOHNS & LAUER 1995; STEELE et al. 1981; STROWING 2000; WAGNER-GLENN & PARSONS 1991 und WATZL 1991. Die stimmungsregulierende Instrumentalisierung des Alkohols (Auflösung negativer Emotionen) findet sich ferner in den folgenden Werken der „schöngeistigen Literatur" besonders eingängig beschrieben: Hans FALLADAS »*Der Trinker*«, Jack LONDONS »*König Alkohol*«, Joseph ROTHS »*Die Legende vom heiligen Trinker*« sowie Eugene O'NEILLS »*Der Eismann kommt*«.

[30] vgl. ANNIS et al. 1987; ESTRADA et al. 1995; KLEIN et al. 1995 sowie LINDENMEYER & FLORIN 1998 und SOHNS & LAUER 1995

Verfügung stehenden kognitiven und behavioralen Coping-Mechanismen der betroffenen Person ab, ob er die Situation angemessen (abstinent) meistert oder aber dem Suchtmittelverlangen nachgibt. Neben einem defizitären Bewältigungsarsenal, welches unter anderem in einer niedrigen abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung zum Vorschein kommt, wirkt laut dem Modell von MARLATT ebenfalls eine positive Alkohol-Wirkungs-Erwartung rückfallkatalytisch.[31]

Gehen wir nun von dem Fall aus, dass eine alkoholabhängige, *bis dato* abstinent lebende Person in einer Hochrisikosituation aufgrund mangelhafter Bewältigungsstrategien einerseits und positiver Alkohol-Wirk-Erwartungen (z.B. „*durch einen kräftigen Schluck kann ich meine Sorgen vertreiben*") andererseits, zu einem erneuten Konsum des Suchtmittels greift („*lapse*"), so entscheidet laut MARLATT der nunmehr einsetzende kognitive Verarbeitungsprozess darüber, ob dieser Ausrutscher („*lapse*") in einer Wiederaufnahme des alten Trinkstils („*relapse*") mündet oder ob die Person nach diesem kurzen Ausrutscher wieder zu ihrer abstinenten Lebensführung zurückfindet. Führt die rückfällig gewordene Person die Verletzung der Abstinenzregel – verkürzt gesagt – darauf zurück, dass sie gegenüber dem Alkoholverlangen hoffnungslos untergeben ist („*Mir fehlt einfach die Willenskraft*"[32]), so geht dies sowohl mit einer Demontage der abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung als auch – aufgrund der entstandenen Dissonanz – mit erheblich selbstwertherabsetzenden Emotionen (z.B. Scham, Schuld, Hoffnungslosigkeit etc.) einher, welche *in globo* die Rückkehr zur „*nassen Lebensweise*" bedingen.

Der besondere Vorzug des sozial-kognitiven Rückfallmodells von MARLATT besteht nun darin, dass es im Gegensatz zu moralischen oder biologistischen Rückfallmodellen keineswegs einem therapeutischen Nihilismus, demnach Rückfällen therapeutisch nicht vorgebeugt werden kann, das Wort redet, sondern konkrete Ansatzpunkte zur Minimierung der Rückfallwahrscheinlichkeit darbietet.[33] Darüber hinaus räumt das sozial-kognitive Modell endgültig mit dem nach wie vor tief im Alltagsdenken verwurzelten Rückfallmythos auf, dass bereits ein bewusster oder unbewusster Konsum von Alkohol („*lapse*") dazu führt, dass eine bis zu eben diesem Zeitpunkt abstinent lebende alkoholabhängige Person unumstößlich einen Kontrollverlust erleidet und wieder zur Gänze dem verführen Alkoholkonsum verfällt.[34]

Listen wir nun zum Zwecke der Entwicklung einer zielgruppenspezifischen Veränderungsskala all jene Faktoren auf, die von der einschlägigen empirischen Rückfallerforschung als rückfallschützend identifiziert werden konnten, so ergibt sich das folgende Bild.

---

[31] In der Rückfallforschung konnte der Befund, dass ausgeprägte positive Alkoholwirkerwartungen das Rückfallrisiko erheblich steigern *bzw.* das – *vice versa* – negative Wirkerwartungen als Rückfallprotektoren fungieren, zur Genüge belegt werden (vgl. BAUER et al. 1999; BROWN 1985; CONNORS & MAISTO 1988; CONNORS et al. 1988, 1993; JONES & MC MOHAN 1994a/b und 1996 sowie RATHER & SHERMAN 1989).

[32] Vgl. KÖRKEL & KRUSE 1997: 112 sowie RICKENS 2003: 20

[33] vgl. RICKENS 2003: 29

[34] vgl. KÖRKEL & KRUSE 1997: 149

Rückfallprotektive Faktoren:

- ausgewogener Lebensstil
- umfängliches Repertoire an euthymen Erlebnis- und Verhaltensweisen (Fähigkeiten zur Initiierung von Lebensfreude und Daseinsgenuss[35]; Übernahme „*positiver Süchte*“[36] wie z.B. Ausdauersport[37])
- noogene Grundspannung[38] (als sinnvoll erlebte Tätigkeiten, Lebensaufgaben[39])
- parallel-geordnete (horizontale) Wertordnungen[40]
- Abbau irrationaler Lebensregeln getreu der rational-Emotiv-Therapie von Albert ELLIS (z.B. *„Die Meinung, es sei für jeden Erwachsenen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden“*[41])
- Aufbau positiver Selbstinstruktionen[42]
- Überwindung dysfunktionaler- und Entwicklung funktionaler Selbstaufmerksamkeit[43]

---

[35] Ausgehend von der deutschen Übersetzung des griechischen Begriffs ‚euthym' = ‚was der Seele *gut tut*' versteht Rainer LUTZ, in persona der Nestor der eutyhmen Therapie, unter eutyhmen Verhaltens- und Erlebnisweisen die menschliche Fähigkeit zur Wohlbefindlichkeitsherstellung (vgl. LUTZ 1990, 2000a). Wenngleich sich nun Therapiemanuale wie etwa »*Die kleine Schule des Genießens*« (vgl. KOPPENHÖFFER 1994, 2004; LUTZ 1999; LUTZ & KOPPENHÖFFER 1983), »*Well-Being-Therapy*« (vgl. FAVA 1998, 1999, 2005; FAVA et al. 2009), »*Die Freudenbiographie*« (vgl. KAST 1997, 2006, 2007a&b) oder auch das von VIEHHAUSER vorgelegte »*Trainingsprogramm zur Förderung salutogener Ressourcen*« (2007), in hervorragender Weise dazu eignen, alkoholabhängigen Patienten Wege aufzuzeigen, wie sie auch ohne ihren bisherigen Trostspender Namens Alkohol in ihrem Leben Freude, Wohlbefinden und Genuss erleben können (Stichwort: ‚zufriedene Abstinenz'), so müssen wir leider kritisch zu Kenntnis nehmen, dass die Anwendung derartige Therapiemanuale im deutschen Entwöhnungsbehandlungsalltag *bis dato* eher die Ausnahme den die Regel darstellt (vgl. STAHLMANN 2005: 29).

[36] vgl. GLASSER 1976, 1977

[37] Zum positiven Einfluss von Ausdauersportarten (z.B. des nicht-kompetetiven „Genusslaufens“) auf die Abstinenzfähigkeit von alkohol- und drogenabhängigen Patienten siehe insbesondere BARTMANN 1992, 1994, 2009; BARTMANN & KATZFEY 1994; LEHOFER 1992; LEHOFER et al. 1995; SCHAY et al. 2004, 2006; SINYOR et al. 1982; STIENSMEIER-PELSTER et al. 1989 sowie WEBER 1984, 1987 und WEISZ 1989. Darüber hinaus seien jenen Lesern, die sich näher mit dieser Thematik auseinandersetzen möchten, die erbaulichen Autobiographien von Andreas NIEDRIG »*Vom Junkie zum Ironman*« (2007) und Hermann WENNING »*Lauf zurück ins Leben*« (2010) empfohlen.

[38] Mit dem Begriff der ‚Noodynamik', welcher im Unterschied zur Psychodynamik die intentionale Grundspannung eines von Werten angezogenen und nicht eines von opaken Trieben getrieben Seins beschreibt, grenzte sich Viktor E. FRANKL von der Psychoanalyse FREUDS ab. „Wir selbst halten“ – so FRANKL – „dass es ein für menschliches Sein wesentliches Merkmal ist, im polaren Spannungsfeld zwischen Sein und Sollen zu stehen, im Angesicht von Sinn und Werten zu stehen, von ihnen angefordert zu werden. (...) Die Dynamik, die sich im polaren Spannungsfeld zwischen Sein und Sollen etabliert, wird in der Logotherapie im Gegensatz zu aller Psychodynamik Noodynamik genannt. Von der ersteren unterscheidet sie sich in erster Line dadurch, dass in sie ein Moment der Freiheit eingeht: während ich von Trieben getrieben werde, werde ich von Werten gezogen, d.h. ich kann zu einer Wertforderung ja oder nein sagen, ich kann mich also so oder so entscheiden. (...) Je reduzierter die Spannung ist, die aus der Noodynamik erfließt, desto bedrohter und gefährdeter ist der Mensch“ [FRANKL 2007: 108-109]

[39] So konnte in mehreren logotherapeutisch verankerten Untersuchungen der Nachweis erbracht werden, dass Alkoholiker in verstärktem Maße unter Gefühlen der Sinnlosigkeit und Leere – Viktor FRANKL spricht in diesem Zusammenhang auch von „existenziellem Vakuum“ oder „fehlender noogener Dynamik“ – leiden (vgl. ADFAMS & WASKEL 1991; ARIMOND & KAMMER 1993; BECKER & QUINTEN 2003; BEUEL 2004; CRUMBACH & CARR 1979; CRUMBACH et al. 1980; FRANKL 1973: 15-16; HUTZELL & PETTERSON 1986; KERN 1986, 1992; KURZ 1986; LUKAS 2002; MARSH et al. 2003; PESCHEL 1988; RAINER 1997 sowie WAISBERG & PORTER 1994. *Pars-prototo* konnten beispielsweise ARIMOND & KAMMER (1993) die Erkenntnis zu Tage fördern, dass Patienten mit einem ausgeprägten existenziellen Frustrationsgrad die Therapie entweder früher abbrachen oder am Therapieende eine bedeutend ungünstigere Abstinenzprognose als jene Patienten erhielten, die eine Vergleichsweise geringe existenzielle Frustration aufwiesen. Eine gelungene Einführung in die Nomenklatur der Logotherapie und Existenzanalyse, in der auch die ebenso marginalen wie fundamentalen Unterschiede zwischen den Phänomenen der „existenziellen Frustration“, dem „existenziellen Vakuum“ und der „noogenen Neurose“ verständlich herausgearbeitet werden, bieten RIEDEL et al. 2008.

[40] Im Unterschied zu der besonders krisenanfälligen pyramidalen Wertanordnung, in dessen Rahmen der Mensch einen einzigen Wert (z.B. die Erfüllung eines schöpferischen Wertes im Gewande des homo fabers) als handlungs- und sinnstimulierenden Leitwert ausgibt, basiert die krisenimmune horizontale Wertanordnung – *nomen est omen* – darauf, dass einerseits unterschiedlichen Werttypen (schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte) nachgestellt wird und dass sich andererseits eben diese drei Werttypen prinzipiell auf Augenhöhe begegnen (vgl. LUKAS 1986, 1989, 1991: 20ff.).

[41] ELLIS 1977a: 64. Entsprechend der Studienergebnisse von DE JONG-MEYER und Kollegen (1988) sowie TERHAAR & TIGGES-LIMMER (1993) weisen rückfällig gewordene Patienten im Vergleich zu abstinent gebliebenen Patienten ein höheres Maß allgemeiner und alkoholspezifischer irrationaler Denkgewohnheiten auf.

[42] In mehreren empirischen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass psychische kranke Patienten im Allgemeinen und alkholabhängige Patienten im Speziellen im Vergleich zu gesunden Personen zu sich selbst signifikant häufiger in einer negativ-pessimistischen „Tonart“ sprechen (vgl. BÖLLNER et al. 1975; GEISER 1993; LITMAN et al. 1979; RIEDSEL & SCHLIERKAMP 1993; TÖNNIES & TAUSCH 1981 sowie WESTERHOLT 1993).

[43] Im deutschsprachigen Raum konnte allen voran HOYER nachweisen, dass eine dysfunktionale, perseverierende Selbstaufmerksamkeit, welche insbesondere durch Gedankenkreisen, Grübelzwang (Rumination) sowie einer hohen Inflexibilität (kein „gesundes Abbruchkriterium“) gekennzeichnet ist, für alkoholabhängige Patienten einen erheblichen Rückfallrisikofaktor darstellt (vgl. HOYER 2003a sowie HOYER et al. 2000). Ein entscheidendes Veränderungsziel stationärer Entwöhnungsbehandlung sollte nach HOYER und Kollegen somit darin bestehen, die dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit zu senken und die funktionale Selbstaufmerksamkeit zu aufzubauen (vgl. HOYER et al. 2000: 111-112). Jenen Lesern, die sich eingehender mit dem rückfallbegünstigenden Auswirkungen dysfunktionaler Selbstaufmerksamkeit beschäftigen möchten, sei die Lektüre der nachstehenden Literatur empfohlen: CASSELI 2008; DEMELBAUER et al. 1999; HULL 1981; HULL et al. 1983, 1986; HULL & YOUNG 1983; KORNTHEUER 2004; MITTAG 1991; NOLEN-HOEKSMA & HARRELL 2002 sowie STEELE & JOSEPHS 1990.

- Ausgeprägte allgemeine und abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen[44]
- Internale Kontrollüberzeugungen[45]
- Aufbau *resp.* Pflege der sozialen Kontakte (Netzwerk-Unterstützung)[46]
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen[47]
- Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und Entwicklung beruflicher Zukunftsperspektiven[48]
- Verbesserung der Affektwahrnehmung ("Non-Alexithymie")[49]
- Einübung schlafhygienischer Techniken (Handhabbarkeit von Schlafproblemen[50])
- Entwicklung von Kompetenzen zum produktiven Umgang mit Momenten der Langeweile und/ oder Einsamkeit
- Ausgeprägte Selbstsicherheit und Soziale Kompetenz[51]
- Negative Alkohol-Wirkungs-Erwartungen[52]

Wie nun der unmittelbar nachstehenden Abbildung 103 entnommen werden kann, erweiterte der Autor der vorliegenden Arbeit die vormals 22 Items umfassende Veränderungsskala des QbP-Fragebogen auf der Grundlage der obig enumerierten Rückfallprotektoren sowie unter Berücksichtigung der im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung des Kamtamnesefragebogens erzielten Rückfallprophylaxe-Erkenntnisse zu einer nunmehr insgesamt 64 Items umfassenden alkoholismusentwöhnungsbehandlungsspezifischen Veränderungsskala, die sich apriorisch auf 11 Faktoren verteilen.

---

[44] siehe dazu die Ausführungen in Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.4.3

[45] Die rückfallprotektive Bedeutsamkeit internaler Kontrollüberzeugungen speist sich einerseits aus dem positiven Zusammenhang zwischen interner Kontrollüberzeugung und psychischer Gesundheit sowie andererseits aus dem sattsam belegten Befund, dass sowohl Therapieabbrecher als auch rezidive Patienten stark ausgeprägte fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen aufweisen (siehe dazu allen voran den Übersichtsartikel von KRAMPEN & FISCHER 1988). Konstruktdefinition: „Externale Kontrollüberzeugungen liegen dann vor, wenn Personen Verstärkungen und Ereignisse die eigenen Handlungen folgen als nicht kontigent zum eignen Verhalten wahrnehmen, sondern sie als Ergebnis von Glück, Pech, Zufall, Schicksal oder abhängig von der Umwelt oder von anderen Personen wahrnehmen und interpretieren. Internale Kontrollüberzeugungen liegen dann vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse die eigenen Handlungen folgen als kontigent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Persönlichkeitsmerkmalen wahrnehmen. Die Bedeutung dieses Konstrukts für die Alkoholismustherapie liegt vor allem darin, dass eine erfolgreiche Behandlung bzw. Abstinenz nur dann erreicht werden kann, wenn der Patient das zu vermeidende Verhalten, nämlich Alkohol zu trinken, als von ihm bestimmbar und kontrollierbar erlebt" [BEIGELBÖCK & FESELMAYER 1987: 85].

[46] Zur rückfallvorbeugenden Bedeutsamkeit sozialer Unterstützungspotenziale (u.a. Freundeskreis, Familie usw.) siehe insbesondere AMMAN et al. 1988; ANGERMEYER & BOCK 1984; BAUMANN et al. 1987; BECKER et al. 1986; BARBER & CRISP 1995; BOOTH et al. 1992; FRANKE et al. 2001: 50ff.; HALL et al. 1991; HAVASSY et al. 1991; NIGEL 1995; OCHS 2006; PFEIFFER et al. 1989; RICKENS 2003: 35; RUMPF et al. 2009; ROSENBERG 1983; SCHINDLER & KÖRKEL 2009 sowie VAILLANT 1989.

[47] vgl. BOTTLENDER & SOYKA 2005; HENKEL et al. 2005; KÜFNER 1990 und MAFFLI et al. 1995

[48] vgl. HENKEL 1998, 2001, 2008; HENKEL & ZEMLIN 2006 sowie KÖRKEL & LAUER 1995: 169

[49] Unter dem Begriff *resp.* dem psychologische Konstrukt *‚Alexithymie'* wird in der einschlägigen Literatur die Unfähigkeit einer Person verstanden, seine Gefühle adäquat wahrzunehmen, diese sprachlich präzise kommunizieren und psychisch verarbeiten zu können (vgl. KÜPFER 2002: 366). Für die Alkoholismustherapie ist dieses Konstrukt nun insbesondere deshalb von Bedeutung, da es auf der einen Seite als empirisch gesichert gilt, dass ein immens hoher Anteil der Alkoholabhängigen (je nach Studie osszilieren die Werte zwischen 55 und 75%) unter der im Alexithymiekonstrukt zum Ausdruck kommenden Gefühlstaubheit leidet (vgl. BURIAN 1985b; CROISSANT et al. 2002; RYBAKOWSKI et al. 1988; THORBERG et al. 2009) und dass auf der anderen Seite – so zum Beispiel in der Studie von LOAS et al. 1997 – nachgewiesen werden konnte, dass hohe Alexithymiewerte sozusagen als Rückfallanheizer fungieren. Mit anderen Worten gesagt gelangten LOAS und Mitarbeiter (1997) in ihrer Studie zu der Einsicht, dass die poststationär rückfällig gewordenen Patienten am Ende der Therapie signifikant höhere Alexithymiewerte aufwiesen als ihre abstinent gebliebenen Mitstreiter. Zu analogen Ergebnissen gelangten auch ZIOLKOWSKI et al. 1995.

[50] So konnte in der empirischen Untersuchungen von WETTERLING et al. 2002 der Nachweis erbracht werden, dass 45,1% der befragten alkoholabhängigen Patienten an massiven Schlafstörungen litt. Interessant sind in diesem Zusammenhang nun insbesondere die Erkenntnisse, dass einerseits rückfällig gewordene Patienten von vermehrten Schlafstörungen in den Wochen vor dem Rückfall berichtenten und das andererseits der Alkohol von den Patienten bewusst als schlafanstoßende Substanz konsumiert wurde (vgl. BROWER 2001; BROWER et al. 1998; DANNEGGER 1999; DRUMMOND et al. 1998; FOSTER & PETER 1999; GANN et al. 1999, 2001, 2004; GILLIN et al. 1994; SCHREDL et al. 1999; SKOLODA et al. 1979; und WETTERLING et al. 2002)

[51] Die rückfallvorbeugende Relevanz ausgeprägter Selbstsicherheit (u.a. Kritikfähigkeit, Nein-sagen-können, Fordern-können) kann bereits an dem vorgestellten sozial-kognitiven Rückfallmodell von MARLATT (Risikosituation: soziale Trinkaufforderungen) abgelesen werden (siehe dazu ausführlich AREND 1994: 158ff.). So konnten beispielsweise FEUERLEIN & KÜFNER (1989) nachweisen, dass die Fähigkeit ‚Fordern-zu-Können' (gemessen mit dem Unsicherheitsfragebogen von DE MUYNCK & DE MUYNCK) einen signifikanten rückfallprotektiven Faktor darstellt (zu analogen Einsichten gelangten MILLER & HESTER 1986 sowie MILLER et al. 1995 in ihren Effektivitäts-Meta-Analysen). Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass alkoholabhängige Patienten verstärkt soziale Unsicherheit/Ängste/Phobien aufweisen und den Alkohol gewissermaßen im Sinne einer „Selbstmedikation" zum Abbau eben dieser Ängste einsetzen (vgl. BOOTH & HASKING 2009; DEMMEL & HAGEN 2002; KLAGES 1984; KUSHNNER et al. 1990; SCHCKIT & HESSELBROCK 1994 sowie WAGNER et al. 2004).

[52] vgl. KÖRKEL & LAUER 1995: 167

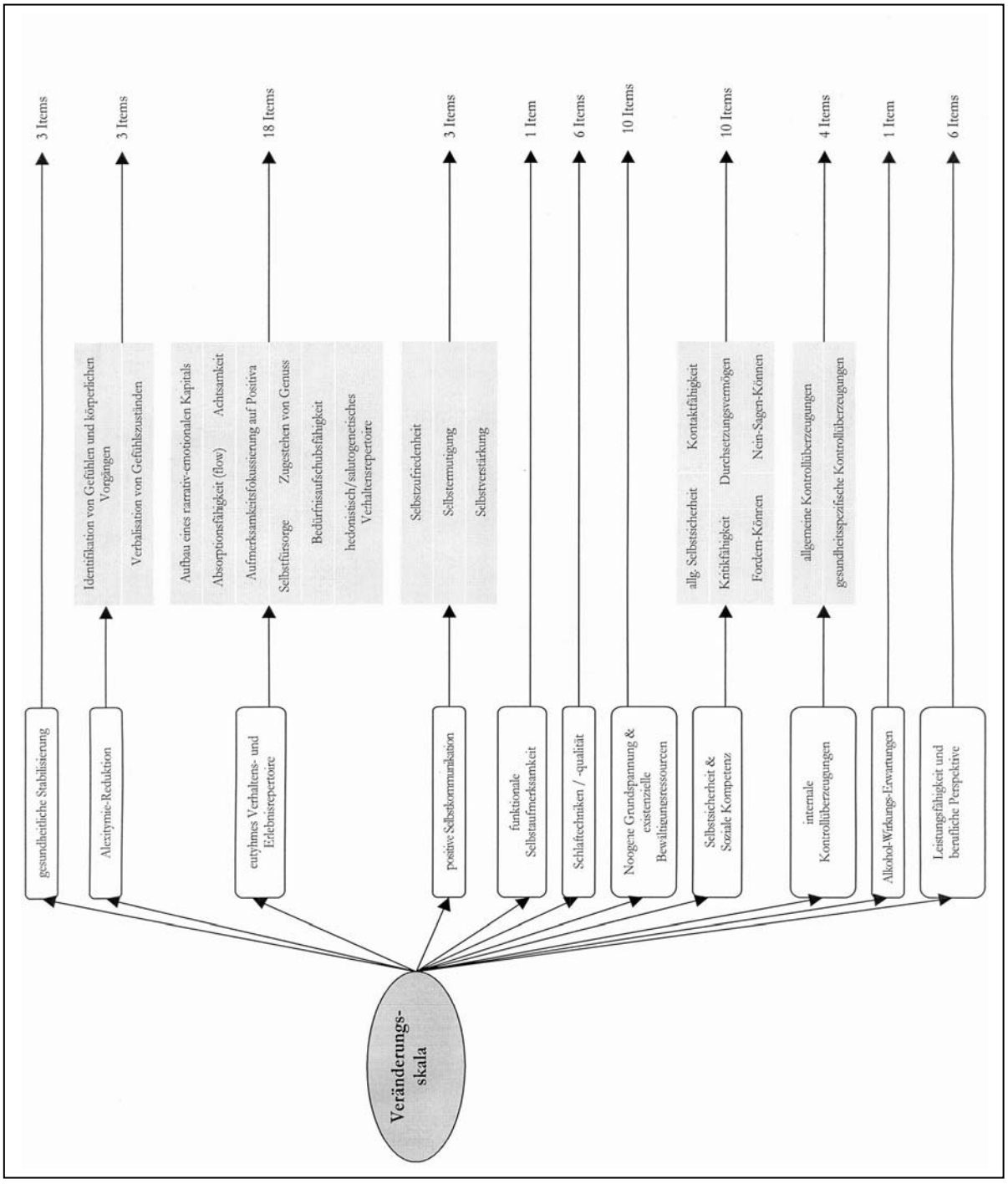


Abb. 103: Apriorische Faktorenstruktur der Veränderungsskala des WPSQAAT

Bevor wir uns nun dem nächsten Kapitelunterpunkt zuwenden werden, sollen vorab noch kurz jene Fragebögen in tabellarischer Form wiedergegeben werden, die vom Autor zur konkreten Formulierung der Veränderungsmessungsskala-Items durchgearbeitet worden sind.

Instrument	Autor(en)
Unsicherheitsfragebogen	Ullrich & Ullrich de Muynck (1978)
Kurzversion des Unsicherheitsfragebogens (U-Bogen-24)	Albin et al. (2006)
Fragebogen zur Messung der Angst in sozialen Situationen (SAP)	Lück (1971)
Hamburger Selbstfürsorgefragebogen	Harfst et al. (2009)
Tübinger-Anhedonie-Fragebogen (TAF)	Zimmer (1990a)
Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	Jack (2007)
Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA)	Walach et al. 2004, 2006
Flow-Kurzskala	Rheinberg et al. (2003
Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)	Krampen (1981b)
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	Lohaus & Schmitt (1989)

Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	Janke et al. (1985)
Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)	Tönnies (1982)
Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	Schwarzer (1994, 2002)
Toronto-Alexithymie-Skala-26	Kupfer (2000)
Resilienzskala (RS-25 / RS-11)	Schumacher et al. (2005)
Existenzskala (ESK)	Längle et al. (2000)
Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)	Schnell & Becker (2007)
Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)	Deusinger (1986)
Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS)	Hoyer (2000a/b)
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Buysse et al. (1989), Riemann & Backhaus (1996)
Schlaffragebogen A und B	Görtelmeyer (2005)

Tab. 139: Für die Itemsammlung und -formulierung der Veränderungsskala gesichtete Fragebögen

8.3.1.1.4.2 Die Leipziger Kurzskala (SOC-L9) zur Messung des Kohärenzsgefühls

Um im Rahmen der vorliegenden Arbeit nun eines der zentralen methodischen Probleme der PZF, in Worten die *bis dato* unzureichende Absicherung der Konstruktvalidität mittels MTMM[53], angehen zu können, haben wir uns – wie bereits mehrfach erwähnt wurde – für eine Integration der Leipziger Kurzversion des *‚Sense of Cohrence-Fragebogens'* (SOC-L9) in den WPSQAAT entschieden.[54] Dieser ebenso ökonomische wie psychometrisch hinreichend fundierte Kurzfragebogen erfasst mit dem so genannten Kohärenzgefühl das Kernkonstrukt der Salutogenese-Theorie des israelischen Gesundheitsforschers Aron ANTONOVSKY. Das Kohärenzgefühl, welches sich aus den Komponenten *‚Verstehbarkeit'*, *‚Handhabbarkeit'* und *‚Sinnhaftigkeit'* zusammensetzt, wird dabei von ANTONOVSKY als eine Art „obere Steuerungsinstanz"[55] verstanden, die im Bedarfsfalle (z.B. eine beliebige Stresssituation) die verfügbaren inneren und äußeren Ressourcen durchmustert und anschließend so arrangiert, dass die Belastungssituation überwunden wird. Laut ANTONOVSKY stellt der Kohärenzsinn somit „(...) eine globale Orientierung [dar, T.K.], die ausdrückt, in welchem Ausmaß eine Person ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens darauf hat, dass die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen zu begegnen, die diese Stimuli stellen; diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen."[56] Ohne nun an dieser Stelle tiefer als notwendig in das Salutogenesekonzept eintauchen zu wollen, sei der Leser abschließend noch auf den für die vorliegende Arbeit interessanten Forschungstatbestand aufmerksam gemacht, dass in mehreren empirischen Untersuchungen festgestellt werden konnte, dass einerseits alkoholabhängige Patienten im Vergleich zu Personen, die einen gesunden Umgang mit Alkoholika pflegen, einen bedeutend geringeres Kohärenzgefühl aufweisen sowie dass andererseits rückfällige Patienten zum Therapieabschluss geringere Kohärenzgefühlwerte zeigten als ihre abstinent geblieben Mitleidensgenossen.[57] Zudem brachen in der Studie von Steinar ANDERSEN & John E. BERG (2001) alkoholabhängige Patienten mit niedrigen Kohärengefühlscores die Therapie signifikant häufiger ab, als jene Patienten, deren Kohärensgefühlwerte im Normalbereich lagen.[58] Aufgrund dieser Erkenntnisse erschöpfen sich die Ergebnisse der SOC-L9 in der vorliegenden Studie somit nicht nur in ihrer MTMM-Funktion, sondern bilden darüber hinaus ein eigenständiges, therapierelevantes Outcomemaß.

[53] siehe dazu ausführlich Kapitel 6
[54] vgl. SCHUMACHER et al. 2000
[55] SCHIFFER 2001: 31
[56] ANTONOVSKY 1997: 36
[57] vgl. BADURA et al. 2000; FRANKE et al. 2001; GRAHAM 1998; MIDANIK et al. 1992; MÖLLER-LEIMKÜHLER et al. 2006; NEUNER et al. 2006; NILSSON et al. 2007 sowie TOBAMIDANIK & ZABKIEWICZ 2009
[58] vgl. ANDERSEN & BERG 2001

Zu guter Letzt sei noch angemerkt, dass die 9 Items der Leipziger Kurzskala von den Patienten auf visuellen Analogskalen zu beantworten sind.

8.3.1.1.4.3 Die Kurzskala zur Messung der ‚abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung' (SEQ)

Aufgrund der Tatsache, dass sich der prädikative Wert abstinenzspezifischer Selbstwirksamkeitserwartungen – d.h. „je höher die Abstinenz-Selbstwirksamkeitserwartung (als der Glaube, dem Alkohol widerstehen zu können) am Ende der Behandlung ist, desto höher ist für die betreffende Person die Wahrscheinlichkeit, später in Risiko-Situationen abstinent bleiben zu können"[59] (siehe dazu nochmals das voranstehend beschriebene sozial-kognitive Rückfallmodell von MARLATT) – in der nationalen und internationalen Alkoholismuspsychotherapieforschung als korrosionsbeständig erwiesen hat[60], werden wir sowohl zur Erhöhung der Zielgruppenspezifität des Fragebogens als auch zur Gewahrwerdung eines weiteren MTMM tauglichen Konstrukts den ‚*Self-Efficacy Questionnaire*' (SEQ) von Rainer GOLDECK und Mitarbeitern (1997), der von Sabine HERDING im Rahmen ihrer Diplomarbeit ins deutsche übersetzt und erfolgreich angewandt wurde, in den WPSQAAT aufnehmen. Der SEQ besteht aus fünf Items, welche für die kommenden drei Monate die Zuversicht in die eigene Abstinenz, die erwarteten Schwierigkeiten bei der Abstinenzaufrechterhaltung, die benötigte Hilfe zur Abstinenzaufrechterhaltung, die Motivation zur Abstinenz sowie die eigene Zuversicht in das Meistern von Ausrutschern („*lapse*") auf 7-stufigen Ratingskalen erfassen.[61] Da die SEQ-Items innerhalb des WPSQAAT jedoch direkt nach der Fragenbatterie zum Kohärenzgefühl (SOC-L9) gestellt werden, tauschte der Autor der vorliegenden Arbeit zur kognitiven Entlastung der Patienten die ursprüngliche 7-stufigen Ratingskalen durch Visuelle Analogskalen aus.

Abschließend sei noch *in nuce* angemerkt, dass obzwar im deutschen Sprachraum mit dem von Joachim KÖRKEL und Christine SCHINDLER entwickelten »*Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht*« (KAZ-35) ein bewährter Fragebogen zur Erhebung der abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeit zu Verfügung steht, in der hiesigen Arbeit dem ‚SEQ' deshalb der Vorzug gegeben wurde, da einerseits eine Aufnahme der 35 Items des ‚KAZ' in Anbetracht des untergeordneten Stellenswertes dieses Konstrukts innerhalb der vorliegenden Arbeit ein unangemessenes anschwellen des Gesamtfragevolumens bedeutet hätte und wir andererseits unsere mit dem Konstrukt ‚abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen' verknüpften Untersuchungsziele (MTMM-Rechnung und Outcomemaß) ohne weiteres auch vermittels des global angelegten ‚SEQ' erreichen können. Zur empirischen Unterfütterung dieser Annahme sei darauf hingewiesen, dass Sabine HERDING, die in ihrer Diplomarbeit sowohl den ‚SEQ' als auch den ‚KAZ-35' verwandte, signifikante Zusammenhänge zwischen den Patientenurteilen im ‚SEQ' und den Patientenurteilen im ‚KAZ-35' (N=30) nachweisen konnte: „Die Zuversicht der Patienten im SEQ korreliert signifikant mit dem Gesamtwert im KAZ-35 ($r = .51$; $p < .01$), den Unterska-

[59] FÄH et al. 1991 : 26

[60] ANNIS 1986; BAUER 2009; BROWN et al. 1998; BURLING et al. 1989; CHAPMAN & HUYGENS 1988; DI CLEMENTE et al. 1994; GREENFIELD et al. 2000; FÄH et al. 1991: 28; JONAS & EDER-JONAS 1995; KÖRKEL & SCHINDLER 1996; MARLATT & GORDON 1985; MAYER & KOENINGSMARK 1991; MC KAY et al. 1993; MILLER et al. 1991; MILLER et al. 1989; ROLLNICK & HEATHER 1982; RYCHTARIK et al. 1992; SCHINDLER & KÖRKEL 1994, 1995; SCHINDLER et al. 1997; TEMPORTEN 1992 sowie ZINGG & SOYKA 2009 und ZINGG et al. 2009. Dem entgegen konnten SCHNEIDER und Kollegen (2002) keinen prognostischen Effekt der am Therapierende gemessenen Abstinenzzuversicht feststellen. Eine dezidiert kritische Perspektive auf die rückfallprophylaktische Bedeutsamkeit abstinenzorientierter Kompetenzzuversicht richtet der Text von Ralf DEMMEL (2002).

[61] vgl. HERDING 1999: 38

len Unangenehme Gefühle (r = .56; p < .01), Sozialer Druck (r = .57; p < 0.1) und Angenehme Gefühle (r = .36; p < .05).“[62]

8.3.1.1.4.4 Theoriegeleitete Konstruktion der Skala ‚*therapeutische Beziehung*'

Aufgrund der bereits in Kapitelunterpunkt 8.3.1 erläuterten Problematik, dass die Dimension *‚Zufriedenheit der Patienten mit der therapeutischen Beziehung'* – obzwar sich diese nicht nur in explorativen Patientenbefragungen („Was hat Ihnen in der Therapie am meisten geholfen?“), sondern auch in der allgemeinen Psychotherapieforschung als bedeutendste, unspezifische Wirkvariable präsentiert[63] – im QbP-Fragebogen von ZIELKE mit nur einem Item („Mit der Betreuung durch meinen Bezugstherapeuten war ich zufrieden“) deutlich unterrepräsentiert ist, soll im Folgenden unter Bezugnahme auf die psychotherapeutische Forschungsliteratur zur ‚*therapeutischen Beziehung*' eine Skala entwickelt werden, die dem gegenwärtigen Wissenstand hinreichend Rechnung trägt. Wenden wir uns nun zur Einlösung dieses Vorhabens mit der Fragestellung: „*Welche Kennzeichen machen eine gute therapeutische Beziehung aus?*“ resp. „*Welches Therapeutenverhalten hat sich zur Entwicklung einer tragfähigen, veränderungsanstoßenden Therapeut-Patient-Beziehung bewährt?*“ an die einschlägige psychotherapeutische Fachliteratur, so erhalten wir das folgende Bild:

Insignien einer guten therapeutischen Beziehung

- Therapeut und Patient gehen von demselben Krankheitsentstehungsmodell aus[64];
- Therapeut und Patient stimmen hinsichtlich der angestrebten therapeutischen Ziele überein („Wir-Gefühl“)[65];
- Strukturierung und Transparenz des Therapieprozesses;[66]
- Der Patient ist davon überzeugt, dass der Therapeut ihm bei seinen Problemen helfen wird („Passung“ und „Kompetenzvertrauen“)[67];
- der Patient fühlt sich dazu fähig, sich seinen Problemen zu stellen und diese gemeinsam mit dem Therapeuten zu bearbeiten (Beseitigung der Demoralisierung des Patienten, Entfachung von Hoffnung, Einimpfung von Behandlungsoptimismus)[68];
- der Therapeut sollte seinem Gegenüber idealerweise – gemäß des Konzepts der ‚*komplementären Beziehungsgestaltung*' von GRAWE & STUCKI[69] – eine hinreichende Befriedigung der folgenden vier elementaren Grundbedürfnisse verschafft haben:
  1) dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle,

[62] ebenda: 49

[63] zum positiven Einfluss einer guten therapeutischen Beziehung auf den Therapieerfolg siehe u.a. HENTSCHEL 2005a: 313-314; HORVARTH & SYMONDS 1991; HORVARTH & LUBORSKY 1993; KRAMPE et al. 2001: 234; LAMBERT & BALLEY 2001; LUBORSKY 1996; MARTIN et al. 2000 und ORLINSKY et al. 1994. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang allerdings darauf hingewiesen, dass eine gute therapeutische Beziehung zwar eine notwendige, jedoch keineswegs eine hinreichende Variable für den Therapieerfolg darstellt. Vielmehr bildet eine tragfähige therapeutische Beziehung die essenzielle Grundlage für die therapeutische Bearbeitung konfliktreicher, selbstwertbedrohender, peinlicher, intimer und belastender Probleme. „Die therapeutische Beziehungsgestaltung“ – so der renommierte Gesprächspsychotherapeut Rainer SACHSE – „hat einen großen Einfluss darauf, wie Klienten im Therapieprozess ihre Probleme bearbeiten: Ob sie selbstexplorativ sind, ob sie sich öffnen oder vermeiden, ob sie sich peinlichen und problematischen Schemata stellen und ob sie unangenehme emotionale Zustände aushalten oder nicht. Die Qualität dieser Problembearbeitung wird wesentlich durch die therapeutische Beziehungsgestaltung mit beeinflusst“ [SACHSE 2006: 22].

[64] vgl. FRANK 1971, 1982, 1985 und TORREY 1972

[65] vgl. BODIN 1979; HORVATH & GREEBERG 1986, 1989; KIM-BERG & MILLER 2007: 51ff. sowie SADOWSKI 2007: 35, 47ff.

[66] vgl. FUCHS 2003 et al.: 14 und HOYER et al. 2003: 87-88

[67] vgl. BRAUN 2003: 142-143; PRIEBE 1992; SACHSE 2006 und SCHULTE 2005

[68] vgl. BRAUN 2003: 35, 142-143; FRANK 1985; LUEGER 1995 und SACHSE 2006: 54ff.

[69] eine wertvolle Weiterentwicklung dieses Ansatzes lieferte SACHSE (2001a, 2004a)

2) dem Bindungsbedürfnis,
3) dem Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie
4) dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung.[70]

- Als – mit Rainer SACHSE gesprochen – "Beziehungskredit"[71] aufbauendes Therapeutenverhalten gelten:
  - Ressourcenaktivierung[72],
  - Empathie (einfühlendes Verstehen)[73],
  - Wertschätzung („nichtbesitzergreifende Wärme")[74],
  - Echtheit (Kongruenz zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation)[75],
  - aktives Bemühen (Engagement, Loyalität)[76],
  - Verstärkung positiver, therapiefortschrittlicher Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten[77] („elfte Kanfersche Gebot"[78]);
  - angemessene therapeutische Selbstoffenbarung (self-disclosure)[79],
  - Ermöglichung einer kooperativ-partnerschaftlichen Behandlungsbeziehung (shared-decision-making)[80] sowie
  - „Kairos-Gespür"; dies meint die therapeutische Fähigkeit im richtigen Moment (hohe patientenseitige Aufnahmebereitschaft), die richtigen, veränderungsanstoßenden Fragen zu stellen („Takt und Timing")[81]
- Darüber hinaus sollte eine gute Therapiebeziehung im Rahmen der Entwöhungsbehandlung dadurch gekennzeichnet sei, dass der Therapeut den sechs von MILLER & SANCHEZ (1993) beschriebenen suchttherapeutischen Wirkfaktoren, welche unter dem Akronym „FRAMES" firmieren, genügend Aufmerksamkeit zuteil werden lässt:
  - **F**eedback (Rückmeldung bezüglich negativer Folgen)
  - **R**esponsibility (Betonung der Verantwortung für das eigene Verhalten)
  - **A**dvice (Beratung hinsichtlich Therapiezielen und Vorangehensweisen)
  - **M**anue (Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Therapieformen)
  - **E**mpathy (einfühlendes Verstehen)
  - **S**elf-efficacy (Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich Veränderungen).[82]

Orientiert an den obig dargestellten ‚*Insignien einer guten therapeutischen Beziehung*', der im Rahmen der Inhaltsanalyse von 30 deutschsprachigen PZ-Fragebögen gewonnen Erkenntnissen zur Dimensionierung des Leistungsattributs ‚*Therapeutische Beziehung*' (siehe Kapitelunterpunkt 8.3.1.2.2) sowie den nachstehend aufgelisteten Fragebögen, die sich der Operationalisierung des Konstrukts ‚*therapeutische Beziehung*' ange-

[70] vgl. STUCKI & GRAWE 2007: 18

[71] „Die Analogie vom Beziehungskredit bedeutet, dass ein Therapeut durch bestimmte Arten von Interventionen Vertrauen schafft, also gewissermaßen „Credits" auf sein Beziehungskonto einzahlt; hat er genügend Kredit, dann kann er sich auch Interventionen leisten, die Beziehungskredit „abbuchen" (wie z.B. Konfrontationen), ohne dass das Konto ins Minus gerät, d.h. ohne dass die Beziehung von Therapeut und Klient in Gefahr gerät. Somit sollte ein Therapeut immer dafür sorgen, dass er ausreichend Beziehungskredit besitzt, um auch konfrontative Interventionen realisieren zu können" [SACHSE 2006: 30].

[72] vgl. GRAWE & GRAWE-GERBER 1999; KIM-BERG & MILLER 2004: 14ff. und REGLI et al. 2000

[73] vgl. KURTZ et al. 1972; MILLER et al. 1980; ROGERS 1957; TRUAX 1966 und TRUAX et al. 1966

[74] vgl. GRAESSNER & HEINERTH 1975; ROGERS 1957; TRUAX 1966 und TRUAX et al. 1966

[75] vgl. GRAESSNER & HEINERTH 1975; ROGER 1957; SACHSE 2006: 44; TRUAX 1966 und TRUAX et al. 1966

[76] vgl. MINSEL et al. 1973: 207-208

[77] vgl. SADOWKSI 2007: 37, 113

[78] Frederick H. KANFER, in persona Entwickler der Selbstmanagement-Therapie, fasste die besonderen Anforderungen, welche sein Therapieansatz an den Therapeuten stellt, in insgesamt 11 Gesetzen zusammen. Das elfte Gesetzt lautet: „*Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten!*" [KANFER et al. 2006: 479].

[79] vgl. COZBY 1973; CZOGALIK 1990b; FINK 1992: 95ff.; HENSCHEL 2005b: 385-386; TSCHEULIN 1992: 64 sowie YALOM 2002: 31, 92ff. und 2003: 239ff. Jenen Lesern, die sich vertiefend mit den therapiebeziehungsförderlichen Effekten angemessener Selbstoffenbarungen des Therapeuten – einem therapeutischen Verhalten, dem bis zum heutigen Tage insbesondere die psychoanalytisch geschulten Therapeuten ablehnend gegenüberstehen – auseinander setzten möchten, sei neben der voranstehend genannten Fachliteratur ferner die Lektüre der überaus erkenntnisreichen belletristischen "Psychotherapie-Romane" »*Die Reise mit Paula*«, »*Und Nietzsche weinte*« sowie »*Die rote Couch*« des amerikanischen Psychiaters Iriving D. YALOM empfohlen, da YALOM in diesen Romanen immer wieder in sehr anschaulicher Weise die Zweckdienlichkeit therapeutischer Selbstoffenbarungen herausstellt.

[80] vgl. HILDENBRAND 1991, 2005; KIM-BERG & MILLER 2007: 33ff.; SIMON et al. 2005c und TERZIOGLU 2001, 2002, 2005

[81] vgl. AMBÜHL 1991; AMBÜHL & GRAWE 1988; NISCHK et al. 2000 und HONERMANN 2001: 64, 71, 232ff.

[82] vgl. KÜFNER 1995: 172

nommen haben, entwickelte der Autor eine insgesamt 54 Items umfassende Skala *‚Beziehung zum Bezugstherapeuten'*, die sich apriorisch – wie der Abbildung 104 zu entnehmen ist – auf 5 Faktoren verteilen.

Instrument	Autor(en)
Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI)	Barrett-Lennard (1962)
Klienten-Erfahrungs-Bogen	Eckert (1974, 1975)
Patientenbericht über die Therapiesitzung	Lazuarus (1978)
Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Therapeutenverhalten (FEPT)	Mittag (1983)
Sitzungsbeurteilungsbogen	Lieater (1983)
Working Alliance Inventory (WAI)	Horvath & Greenberg (1986, 1989)
Klienten-Stundenbogen (KSB)	Grawe (1987)
Stundenbeurteilungsfragebogen für Patienten (SB-K)	Schindler et al. (1989, 1990)
Patientennachbefragungsbogen	Grawe et al. (1990)
Trust in Physician Scale (TPS) - deutsche Version = Vertrauen in den Arzt (‚VIA')	Anderson & Dedrick (1990) sowie Glattacker et al. (2007)
Skala zur Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB)	Rudolf (1991)
Hamburger Evaluationsfragebogen (HEF)	Ludewig (1993)
Deutsche Version des ‚Helping Alliance Questionnaire' (HAQ)	Bassler et al. (1995)
Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BI-KEB)	Höger & Eckert (1997)
EAG-Stundenbogen	Petzold et al. (1998)
Klientenstundenbogen	Nischk et al. (2000)
Klienten-Stundenbogen (KSB)	Linsenhoff (2000)
Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und –Beratung (STEP-P)	Krampen & Wald (2001)
Inventar für Beziehungsverhalten (IBV)	Tscheulin & Splitter (2001)
Fragebogen zur Retrospektiven Erfolgsbeurteilung (REB)	Honermann (2001)
Prozessdokumentationsbogen (PDB)	Honermann (2001)
Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB)	Fuchs et al. (2003)
Kölner Patientenfragebogen (KPF)	Pfaff et al. (2003)
Fragebogen zur Partizipatievn Entscheidungsfindung (PEF-FB)	Simon et al. 2005b)
Patientenfragebogen *zur* Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)	Schulte (2005)
Patient-Arzt-Interaktionsfragebogen (PAINT-FKB)	Dibbelt et al. (2007)
Fragebogen zur Erfassung der Arzt-Patient-Interaktion (FAPI)	Müller et al. (2007a)
Scale to Assess the Therapeutic Relationship (STAR)	Mc Guire-Snieckus et al. (2007)

Tab. 140: Gesichtete Fragebögen zur Itemsammlung und -formulierung der Skala ‚therapeutische Beziehung'

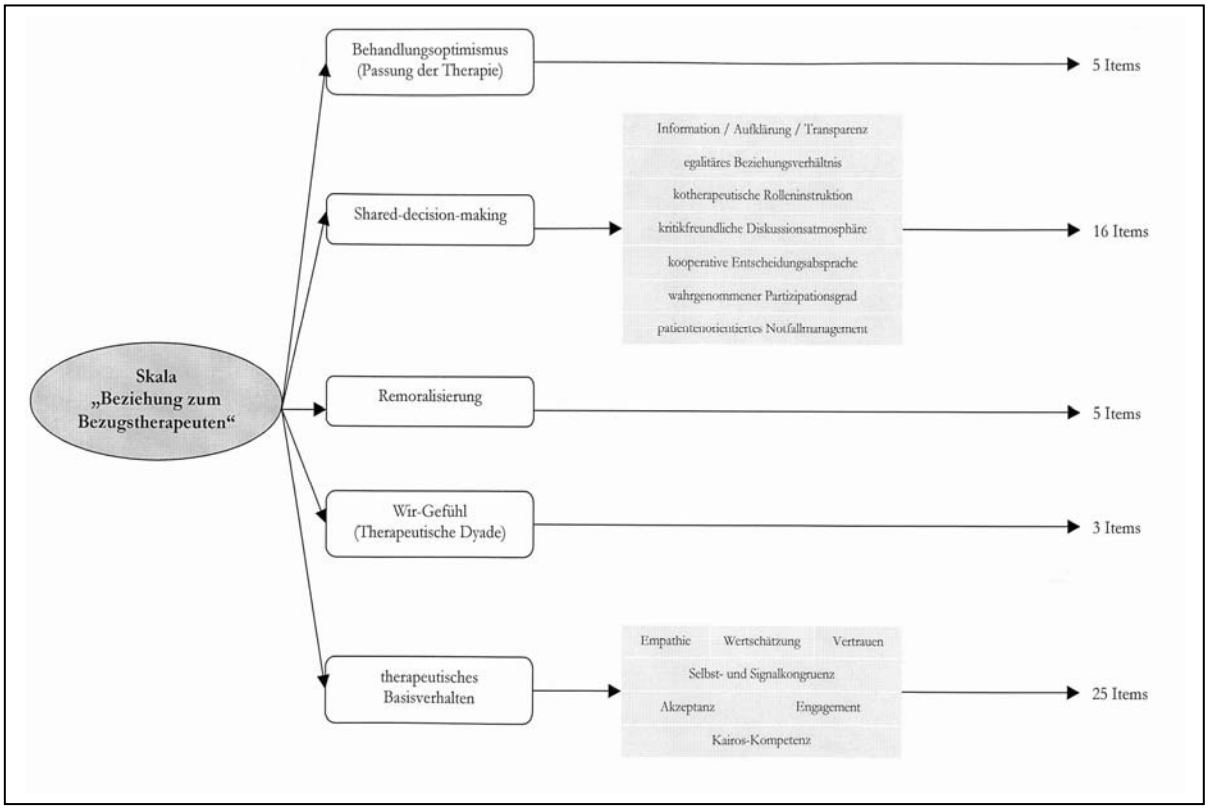


Abb. 104: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚Beziehung zum Bezugstherapeuten' des WPSQAAT

8.3.1.1.4.5 Theoriegeleitete Konstruktion der Skalen ‚*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*'

Da gruppenpsychotherapeutische Settings (z.B. Rückfallpräventionstraining, Selbstsicherheitstraining, Gruppenpsychotherapie usw.[83]) in der ambulanten wie stationären Entwöhnungsbehandlung die dominierende Behandlungsmethode darstellen[84], muss dieser in der Suchtkrankenarbeit höchst bedeutsame Therapiebaustein nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit innerhalb des WPSQAAT differenzierter erfasst werden als dies im ‚QbP-Fragebogen', welcher zur Erfassung der Zufriedenheit mit dieser Therapiekomponente nur ein einziges Statement („*Mit der Gruppentherapie war ich zufrieden*") aufbietet, *bis dato* der Fall war.

Durchmustern wir nun zur Entwicklung einer theoretisch fundierten Skala ‚*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*' die einschlägige psychotherapeutische Forschungsliteratur, so erhalten wir in Gestalt der nachstehend abgebildeten Gruppentherapie-Wirkfaktorenmodelle von CORSINI & ROSENBERG (1955), BLOCH & CROUCH (1985), YALOM (1985) und GRAWE et al. (1978) einige erste Anhaltspunkte, welche Facetten in einer derartigen Skala beinhalten sollte.

Faktor-nummer	Corsini & Rosenberg (1955)	Bloch & Crouch (1985)	Yalom (1985)	Grawe et al. (1977a)
1	Akzeptanz	Akzeptanz	Altruismus	Kohäsion
2	Altruismus	Altruismus	Katharsis	Offenheit
3	Intellektualisierung, Einsicht	Katharsis	Kohäsion	Vertrauen
4	Interaktion	Anleitung	existenzielle Faktoren	Arbeitshaltung
5	Verschiedenes	Anleitung	Anleitung	
6	Überprüfung an der Wirklichkeit	Einflößen von Hoffnung	Wiederbelebung der Primärfamilie	
7	teilnehmende Beobachtung	Interaktionslernen	Einflößen von Hoffnung	
8	Übertragung	Selbstöffnung	Lernen aus Feedback	
9	Universalität des Leidens	Einsicht	Verhaltensänderung	
10	Selbstöffnung	Universalität des Leidens	Einsicht	
11		stellvertretendes Lernen	Universalität des Leidens	
12			Identifikation	

Tab. 141: Wirkfaktorenmodelle der Gruppenpsychotherapie[85]

Basierend auf diesen Wirkfaktorenmodellen konnte in der Gruppenpsychotherapieforschung nun auf empirischem Wege die Erkenntnis zu Tage gefördert werden, dass das Gros der Patienten dem Faktor ‚*Gruppenkohäsion*', worunter verkürzt gesagt der erlebte Gruppenzusammenhalt, die Solidarität der Mitglieder untereinander, das Gefühl in der Gruppe akzeptiert zu sein verstanden wird[86], die stärkste veränderungsanstoßende Wirkmächtigkeit zuschreibt.[87] So konnten *bspw.* STRAUß und Mitarbeiter (1985) nachweisen, dass alkoholabhängige Patienten, die im Rahmen ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung eine geringe Gruppenkohäsion erlebten, poststationär schlechtere Krankheitsverläufe (höhere Rückfallquote) aufwiesen, als jene Patienten, die sich innerhalb der Gruppentherapie akzeptiert fühlten.[88] Mit Nachdruck muss an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen werden, dass eine ausgeprägte Gruppenkohäsion keineswegs den alleinigen – wie aus den obigen Zeilen fälschlicherweise herausgele-

[83] eine differenzierte Übersicht findet sich bei WEBER & TSCHUSCHKE 2001: 291

[84] vgl. BURIAN 1985a; CASPARI 1987: 238 sowie WEBER & TSCHUSCHKE 2001

[85] entnommen und leicht modifiziert – Integration des Ansatzes von GRAWE et al. 1977a – aus TSCHUSCHKE 2001b: 143. Expressis verbis sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass GRAWE und Mitarbeiter die von ihnen explizierten Faktoren nicht als Wirkfaktoren, sondern als so genannte „instrumentelle Gruppenbedingungen" verstanden haben: „Die instrumentellen Gruppenbedingungen werden (...) als Voraussetzungen verstanden, welche es dem Patienten ermöglichen, innerhalb der Gruppe durch eine prozessuale Aktivierung positive Klärungs- und Bewältigungserfahrungen zu machen. Die instrumentellen Bedingungen innerhalb der Therapiegruppe und seine positive Beziehung zum Therapeuten werden als Ressourcen verstanden, die den Boden für problem- und störungsspezifische Interventionen bereiten und damit deren Wirksamkeit verbessern" [FLÜCKIGER / REGLI & GRAWE 2005: 308].

[86] „Eine ideale Gruppenkohäsion geht mit einem wohlwollenden, unterstützenden und relativ freien Klima einher, so dass die Patienten an ihren individuellen Therapiezielen arbeiten können, wobei sie häufig schrittweise Ängste, Schuld- und Schamgefühle überwinden müssen; es wird ihnen möglich, sich zu öffnen und mitzuteilen, das eigene Verhalten zu problematisieren , nach Verhaltensalternativen zu suchen und neue Verhaltensweisen zu erproben" [DZIEWAS 1980: 31].

[87] vgl. LOVETT & LOVETT 1991; MACKENZIE 1987 und MODESTIN et al. 1988;

[88] ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Kohäsion und Therapieerfolg konnte u.a. in den folgenden Studien nachgewiesen werden BUDMAN et al. 1987, 1990; DICKHOFF & LANIN 1963; FRANK 1957; GRAWE et al. 1978b; LIBERMAN 1970; FLÜCKIGER et al. 2005: 317; SCHMITZ-BUHL et al. 2004 sowie TSCHUSCHKE 1987 und YALOM et al. 1967a.

sen werden könnte – gruppentherapeutischen Wirkfaktor darstellt, sondern dass eine hohe Gruppenkohäsion gewissermaßen die Grundlage dafür bildet, dass weitere, in enger Verbindung zueinander stehende Wirkvariablen (z.B. Selbstöffnung und Feedback) aktiviert werden können.[89]

Neben dem *‚kohäsiven Gruppenklima'* – welchem in der einschlägigen Literatur eine ähnlich hohe Bedeutung zugemessen wird wie dem Arbeitsbündnis in der Einzeltherapie[90] – erscheinen ferner die gruppenpsychotherapeutischen Erkenntnisse, dass eine gute, entwicklungsförderliche Therapiegruppe dadurch gekennzeichnet ist, dass einerseits der Therapeut nur selten strukturierend eingreifen muss (Beta-Position)[91] sowie dass sich andererseits in der Gruppe keine feste Positionsstruktur (Anführer, Mitläufer, Sündenbock)[92] gebildet hat.

Auf der Grundlage der vorausgehend beschriebenen Chiffren therapiekatalytischer Gruppen sowie der gründlichen Inaugenscheinnahme bereits existierender Fragebögen zur Erfassung des patientenseitigen Gruppenpsychotherapieerlebens – siehe Tabelle 142 – entwickelte der Autor der vorliegenden eine 26 Items umfassende Skala »*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*«, welche sich – wie der Abbildung 105 entnommen werden kann – apriorisch auf vier verschiedene Indikatoren verteilten.

Instrument	Autor(en)
Stuttgarter Bogen (SB)	Lermer & Ermann (1976)
Gruppenprozessstundenbogen (GRP)	Speierer (1976)
Gruppenbeurteilungsbogen (GBB)	Grawe et al. (1978a)
Gruppenstundenbogen (GSB)	Grawe et al. (1978b)
Gruppenfragebogen	Modestin et al. (1988)
Gruppenklima-Fragebogen (GCQ-S)	Tschuschke et al. (1991)
Gruppenerfahrungsbogen (GEB)	Strauß & Eckert (1994)
Düsseldorfer Gruppenwirkfaktorenfragebogen (DGWFB)	David-Osterkamp (1996)
Therapeutic Factors Inventory (TFI)	Lese & MacNair-Semandes (2000)
Gruppenevaluationsbogen	Haug et al. (2005)

Tab. 142: Gesichtete Fragebögen zur Itemsammlung und -formulierung der Skala ‚Erfahrungen mit der GPT'

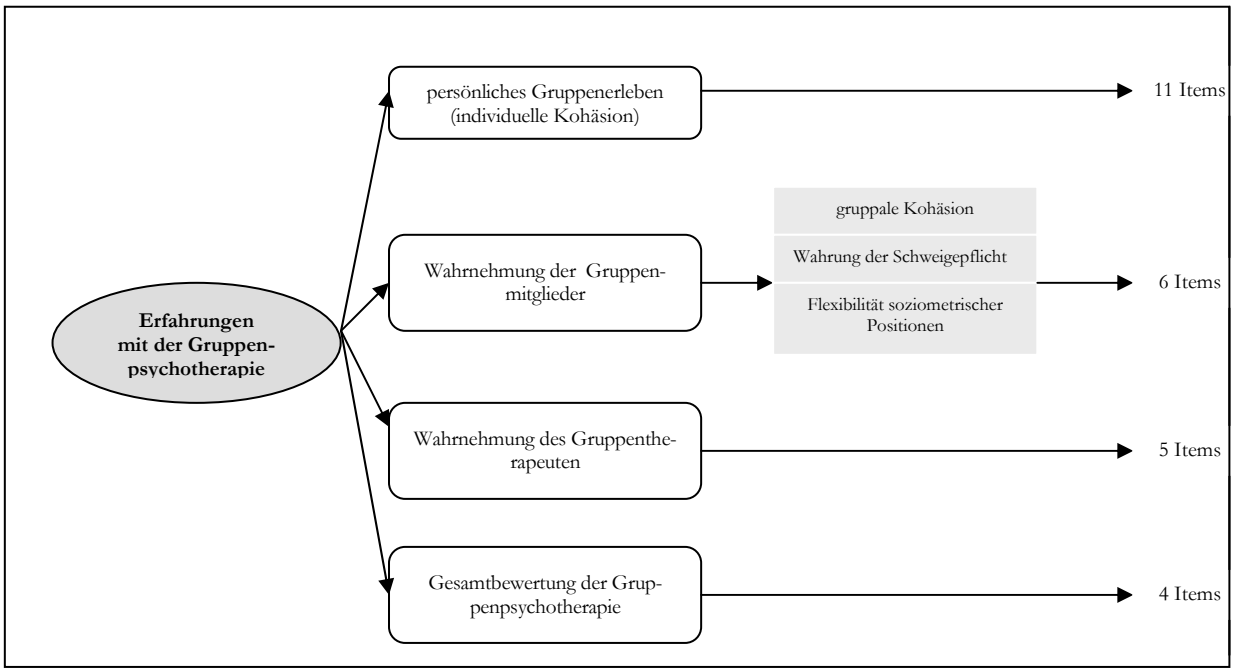


Abb. 105: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie' des WPSQAAT

[89] vgl. ECKERT et al. 1981: 144
[90] vgl. TSCHUSCHKE 1999: 320-321
[91] vgl. BUCHINGER 1984: 359, 2001: 93; TSCHUSCHKE 1999: 310-312; SCHINDLER 1957a und STRAUß et al. 1998: 22
[92] vgl. HESS 1992: 124; KORDY & SENF 1992; MERL 1968; SCHINDLER 1961, 1968 und STRAUß et al. 1998: 22

8.3.1.1.4.6 Theoriegeleitete Konstruktion der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'

Aufgrund der Tatsache, dass die den ‚QbP-Fragebogen' von ZIELKE abschließende Itembatterie ‚*Erfahrungen mit dem Therapiekonzept und dem Therapieprogramm*', welche sich überwiegend aus den Items des von HENRICH und Kollegen (1979) konzipierten SEKT-Fragebogens (*S*kala zur *E*inschätzung des therapeutischen *K*limas und des *T*herapieprogramms) zusammensetzt und die Faktoren 1) „Kompetenz und Erfahrung", 2) „Erfolgsimage", 3) „Transparenz und Verbindlichkeit", 4) „Mangelnde Prozesstransparenz" sowie 5) „Praxisbezug und Entlassungsvorbereitung" abbildet, auf der einen Seite die in der vorliegenden Arbeit bereits *ad nauseam* erwähnte Bedeutsamkeit der Dimension *resp.* des Wirkfaktors ‚*positive Mitpatienten-Beziehungen*' gänzlich ausklammert sowie auf der anderen Seite dem gerade in der Entwöhnungsbehandlung – wie in mehreren empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte – relevanten Faktor ‚*Autonomieförderung*'[93] nur ansatzweise gerecht wird, werden wir in den nachstehenden Zeilen – unter Bezugnahme auf die im Kapitelunterpunkt 5.5.2 dargestellten Instrumente – eine modifizierte, die obig aufgezeigten Kritikpunkte konstruktiv umsetzende Skala erarbeiten.

Ohne nun aus Redundanzvermeidungsgründen abermals auf die bereits in Kapitelunterpunkt 5.5.2 hinreichend referierten Zusammenhänge zwischen positiv wahrgenommenen Komponenten des Stationsklimas und dem Therapieerfolg umfänglich eingehen zu wollen, sollen im Folgenden vier ausgewählte Studien, in denen der Einfluss des von stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten perzipierten Stationsklimas auf unterschiedliche Outcomeparameter hin untersucht wurde, *in nuce* vorgestellt werden.

So gelangten die Forscherinnen Elias J. SLATER und Margaret W. LINN in ihrer 1982 veröffentlichten Studienarbeit »*Predicators of rehospitalization in a male alcoholic population*«, in welcher sie die Ergebnisse der patientenseitigen Stationsklimaeinschätzung (Instrument: WAS) mit den Ergebnissen der 6-Monate-Katamnese in Beziehung setzten, zu der Einsicht, dass Patienten, welche die Stationsklimadimension ‚Autonomie' besonders positiv wahrgenommen hatten, eine signifikant geringere Rehospitalisierungsquote aufwiesen.

Eine weitere für die vorliegende Arbeit überaus interessante Studie wurde ferner von Thedore C. PRATT und Mitarbeitern im Jahre 1977 unter dem richtungsweisenden Titel »*The alcoholic's perception of the ward as a predicator of aftercare attendance*« veröffentlicht. In dieser Forschungsarbeit konnten die Autoren nämlich den statistisch abgesicherten Nachweis erbringen, dass sich diejenigen Patienten (N=13), welche in der (poststationären)Nachsorgephase regelmäßig an einer abstinenzfestigenden Selbsthilfegruppe teilnahmen, von jenen Patienten, die dieses Angebot ausschlugen, insbesondere dadurch unterschieden, dass sie in der Ward-Atmosphere-Scale einen signifikant höheren Autonomieerfahrungsgrad angaben.

Einmal mehr konnte darüber hinaus die Bedeutung des Stationsklimas für einen positiven Therapieausgang in der 1979 publizierten Untersuchung »*The relationship between alcoholic patients' milieu perception and measures of their drinking during a brief follow-up period*« von John FISHER festgestellt werden; da FISHER in dieser Studie plausibel darlegen konnte, dass jene Patienten, die sich ausreichend über das stationäre Behandlungsprogramm informiert (Dimension ‚Behandlungstransparenz' in der WAS) fühlten, katamnestisch bessere Behandlungsergebnisse aufwiesen als Patienten, die eine mangelhafte Prozesstransparenz erfahren hatten.

[93] vgl. SPIEßL et al. 1999a

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass VERINIS in seiner 1983 unter dem Titel »*Ward atmosphere as a factor in irregular dicharge form an alcohol rehabilitation unit*« zu dem Ergebnis gelangte, dass bestehende Unzufriedenheiten mit dem Stationsklima (niedrige Werte in der WAS) häufig dazu führen, dass die betroffenen Patienten die stationäre Therapie vorzeitig abbrechen.

Vor dem Hintergrund der in den vorausgehenden Zeilen in verdichteter Form dargestellten theoretischen und empirischen Bezüge sowie unter Hinzuziehung der in Kapitelunterpunkt 5.5.2 aufgelisteten Stationsklima-Fragebögen entwickelte der Autor der vorliegenden Arbeit auf der strukturellen Grundlage der finalen Itembatterie des ‚QbP-Fragebogens' eine *summa summarum* 56 Items säumende Skala namens ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*', die sich – wie der nachstehenden Abbildung zu entnehmen ist – idealiter auf 11 Faktoren reduzieren lässt.

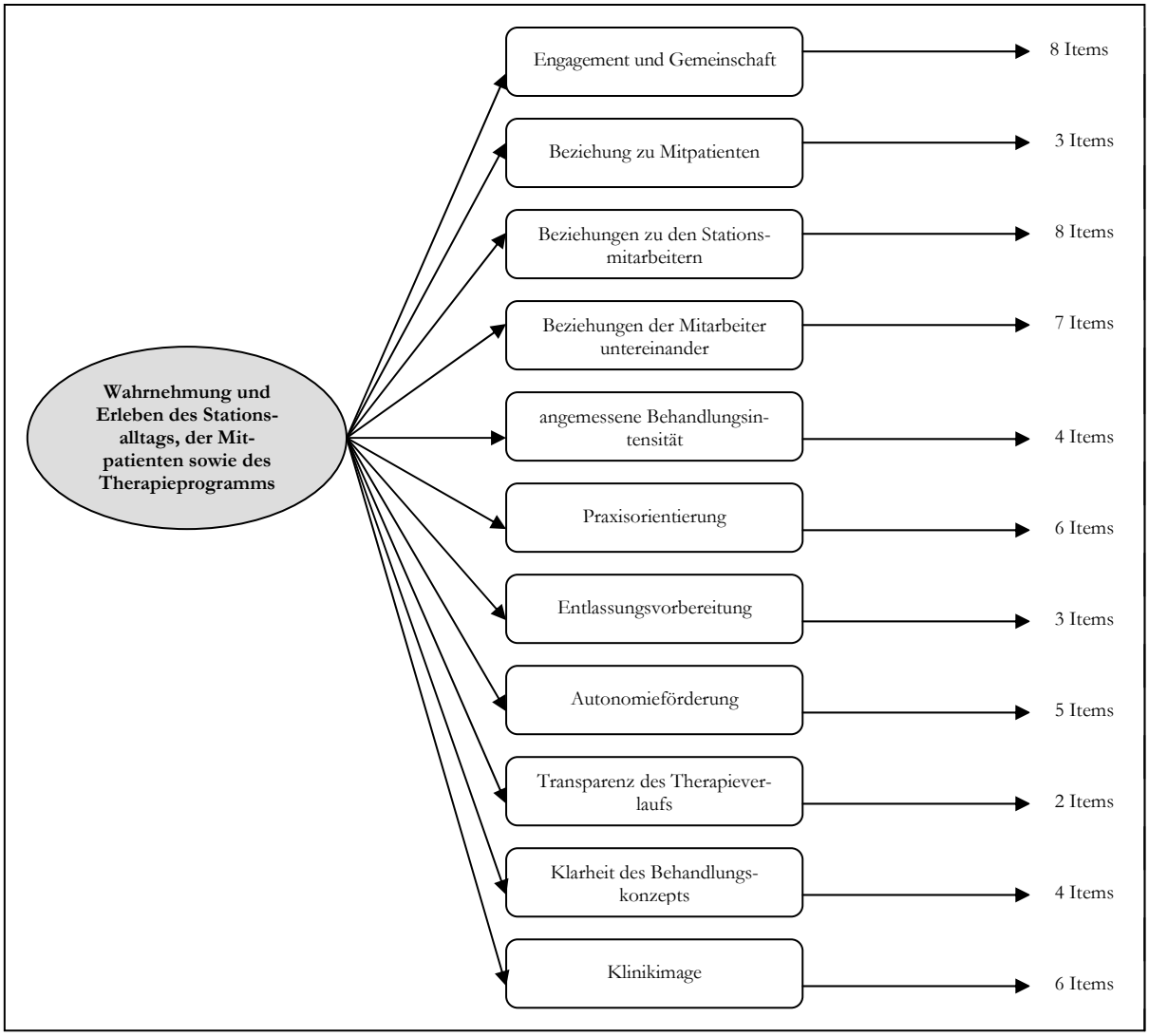


Abb. 106: Apriorische Faktorenstruktur der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'

8.3.1.1.5 Der ‚ZUF-3'

Zur Erfassung der globalen Zufriedenheit mit der Behandlung (Gesamtzufriedenheitsscore) setzten sich die drei letzten geschlossenen Fragestellungen des WPSQAAT aus dem von Hermann SPIEßL und Mitarbeitern entwickelten ZUF-3 zusammen. Bei dem ZUF-3 handelt es sich um eine Kurzform der deutschen Adaption (ZUF-8) des bewährten amerikanischen Client Satisfaction Questionnaire von ATTKINSSON & ZWICK (1982). „Die [ursprünglich, T.K.] 17 Items umfassende deutsche Version [des CSQ, T.K.] wurde an psychosomatischen Patienten item- und faktorenanalytisch überprüft und auf eine Kurzform von 8 Items reduziert. Wie SPIEßL et al. durch weitere Faktorenanalysen zeigen konnten, ließen sich diese 8 Items nochmals auf 3 Items reduzieren, welche sich durch hohe Ladungen, hohe Trennschärfen und eine niedrige Quote an Nonrespondern auszeichneten. Eine aus diesen Items gebildete Skala korrelierte hochsignifikant mit der 8-Item-Version (r=0,9)."[94]

Die Aufnahme der ökonomischen ZUF-3-Kurzskala in den WPSQAAT erfolgte dabei vorrangig aus der Überlegung, den ZUF-3-Globalzufriedenheitscore – neben den im obigen Textverlauf dargestellten Konstrukten *‚Kohärenzgefühl'* und *‚abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung'* – innerhalb der MTMM als Trait-Variable einzusetzen. Darüber hinaus soll vermittels einer Korrelationsrechnung zwischen den beiden Gesamtzufriedenheitsscores des WPSQAAT sowie des ZUF-3 die Konvergenzvalidität des WPSQAAT bestimmt werden. Die Bestimmung dieses Zusammenhangsmaß erscheint insbesondere vor dem Hintergrund, dass der von MÖLLER-LEIMKÜHLER und Mitarbeitern konzipierten *‚Munich Patient Satisfaction Scale'* (MFBB-24) eine Mittelhohe Korrelation zum ZUF-3-Globalwert (r=0,65) aufwiese, höchst interessant. Ferner soll uns der ZUF-3-Summenscore in der vorliegenden Arbeit als abhängige Variable bei der Bestimmung von "Zufriedenheitstreibern" mittels multipler Regressionsanalyse dienlich sein, da somit auf die ebenso aufwendige wie informationsverlustbehaftete Durchführung von part-whole-Korrekturmaßnahmen verzichtet werden kann.

8.3.1.2 Die Gesamtstruktur des Patientenzufriedenheitsfragebogen (WPSQAAT)

Bevor nun dem Leser in tabellarischer Form die inhaltliche Gesamtkomposition des WPSQAAT *ad oculos demonstriert* werden soll, sei vorab noch in der gebotenen Kürze darauf hingewiesen, dass die konkrete Skalenanordnung keineswegs nach Gutdünken, sondern mit hohem reflexiven Bewusstheitsgrad erfolgte. Konkret gesagt bedeutet dies, dass sich der Autor bei der Festsetzung der thematischen Dramaturgie an den elementaren psychologischen Gesetzmäßigkeiten des Fragebogenaufbaus – z.B. Auftakt mit Warming-up-Fragen[95], Berücksichtigung der Ergebnisse zur (Konzentrations-) Spannungskurve[96], Abschwächung von Kontexteffekten durch Pufferfragen, Seitenwechsel oder Vorschaltung von Instruktionstexten[97], Dienstbarmachung des Zeiganrik-Effekts[98], Einbau eines fiktiven Kontrollitems zur Überprüfung der Jasage-Tendenz, Ausschaltung von Konsistenz-Effekten[99] usw. – orientierte.

---

[94] MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL 2003: 41. „Wir haben" – so fassen SPIEßL und Kollegen ihrer Ergebnisse zusammen – „die Items 1,5 und 7 [des ZUF-8, T.K.] zu einer 3-Item-Kurzform zusammengefasst, da sie sich durch hohe Ladungen in der Faktorenanalyse, hohe Trennschärfekoeffizienten sowie niedrige Missing-Data-Quoten auszeichnen. Im Vergleich mit der Gesamtskala ZUF-8 zeigen sich weitgehend übereinstimmende Verteilungskennwerte, die interne Konsistenz der 3-Item-Kurzform liegt mit 0.57 erwartungsgemäß niedriger als bei der Gesamtskala. Die beiden Skalenversionen korrelieren mit r=0.90 signifikant (p≤0,001), d.h. sie messen offensichtlich dasselbe" [SPIEßL et al. 1996: 4].

[95] vgl. GOODE & HATT 1966a und NOELLE-NEUMANN 1974a: 244

[96] vgl. FUCHS & LAMNEK 1990 sowie SCHEUCH 1967

[97] vgl. NOELLE-NEUMANN 1974a: 248-249, 251 und REUBAND 2001

[98] vgl. ZEIGARNIK 1927. Die im Zeigarnik-Effekt zum Ausdruck kommende Gestaltschließungstendenz des Menschen wird im Rahmen des Fragebogens insofern zur Steigerung der Rücklaufquote eingesetzt, als dass die vermeintlich schwierigen Fragen im letzten Drittels des Instruments gestellt werden.

[99] Dem von BRADBURN & MASON (1964) beschriebenen Konsistenz-Effekt (Consitstenzy-Effect), demnach sich Probanden um ein logisches Antwortverhalten bemühen (Motto: „Wer A sagt, muss auch B sagen"), wird im WPSQAAT dadurch zu begegnen versucht, dass die Gesamtzufriedenheitsfragen (ZUF-3) nicht am Beginn, sondern erst am Ende des Fragebogens gestellt werden. Mit anderen Worten gesagt soll mit der

Skala	Dimension(en)	Item-anzahl	Beispielitem	Antwort-kategorien
Veränderungsmessung	11	64	Meine Fähigkeit, mir selbst etwas Gutes zu tun, hat sich….	8
Behandlungserfolg gesamt	1	1	Insgesamt bin ich mit dem Therapieerfolg, den ich während meiner Behandlung erreicht habe …	verbal hinterlegte Smiley-Skala (vgl. Jäger 2004)
SOC-L9	1	9	Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie…	VAS
SEQ	1	5	Wie zuversichtlich sind Sie im Moment, dass Sie in den nächsten 3 Monaten abstinent bleiben können?	VAS
Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal	1	4	Mit der Betreuung durch die Co-Therapeuten war ich zufrieden.	6
Beziehung zum Bezugstherapeuten	5	54	Der Therapeut stärkte mein Vertrauen in die Behandlung.	6
Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie	4	26	Ich hatte das Gefühl, dass die anderen Gruppenmitglieder mich akzeptierten.	6
Beurteilung von Therapiemaßnahmen	1	14	Mit dem Selbstsicherheitstraining war ich zufrieden.	7
Beurteilung von Serviceleistungen	1	11	Mit der Unterbringung in der Klinik war ich zufrieden.	6
Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms	11	56	Die Patienten helfen sich gegenseitig.	6
ZUF-3	1	3	Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen	4

Tab. 143: Inhaltlicher Aufbau des WPSQAAT

8.3.1.3 Fragebogen-Layout, Einleitungstext, Gratifikationen und diverse Fragebogenausfüllkostenreduktionsmaßnahmen

Ausgehend von der rational-choice basierten „*Theorie der Befragung*“[100], der zufolge – simplifiziert gesagt – eine (umsichtige) Befragungsteilnahme an die Voraussetzung geknüpft ist, dass die potentielle Befragungsperson den Teilnahme-Nutzen (z.B. materielle oder immaterielle Gratifikationen, Wichtigkeit der Untersuchung, Soziale Anerkennung, Statuserhöhung usw.[101]) größer einschätzt, als die mit der Teilnahme verbundenen Befragungs-Kosten (z.B. kognitive Anstrengung, psychischer Stress, Sanktionsangst, Opportunitätskosten usw.[102]), sollen im Folgenden alle jene Maßnahme in komprimierter Form dargestellt werden, welche der Autor dem WPSQAAT zur Reduktion der Fragebogenausfüllkosten sowie – *vice versa* – zur Steigerung des Fragebogenausfüllnutzens angedeihen ließ.

Platzierung des ZUF-3 an den Fragebogenschluss die antwortverzerrende Gefahr beseitigt werden, dass durch eine frühzeitige Gesamtzufriedenheitserfassung (z.B. ZUF-3 als Einstiegsfragen) die Patienten dazu tendieren, die nachfolgenden, spezifischen Items im Sinne ihres Globalurteils zu beantworten (positive Datenverzerrung). Ferner sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass Globale-Zufriedenheitsitms allein aufgrund der Tatsache, dass dem Probanten zu Beginn des Fragebogenbeantwortungsprozesses nur eine geringe Anzahl kognitiv relevanter Urteildimensionen zur Verfügung steht (Gefahr der Bezugnahme auf einfache Urteilsheuristiken), nicht im ersten Fragebogenabschnitt gestellt werden sollten.

[100] vgl. DILLMAN 1983; ESSER 1973, 1983, 1986; PORST 1998; POSRT & VON BRIEL 1995; RICHTER 1970 und SCHNELL et al. 1999

[101] vgl. FREISE 2003a: 22ff.

[102] vgl. ebenda

Fragebogenausfüllkostenreduktionsmaßnahmen:

- strikte Anonymitätszusicherung bei der Fragebogenübergabe und im Einleitungstext (Reduktion von Sanktionierungsängsten);
- Kraft der letzen Zeilen des in den Einleitungstext eingewobenen Abschnittes:

> „Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daran, dass eine **Verbesserung der Behandlung** nur auf der Grundlage aufrichtiger, ungeschönter Antworten möglich ist. Nehmen Sie also kein Blatt vor den Mund. Es gibt in diesem Fragebogen keine richtigen oder falschen Antworten. **Es zählt ausschließlich Ihre persönliche Meinung.** Kritische Anregungen fassen wir als Anregung für Verbesserungsmöglichkeiten auf"

  sollten möglicherweise bestehende Prüfungsängste verflüchtigt werden;
- zur weitmöglichsten Reduktion der kognitiven Befragungskosten (z.B. Erinnerungsleistung, Lese- und Verständnisschwierigkeiten, Antwortzuordnungsproblemen usw.) wurden im WPSQAAT folgende Vorkehrungen getroffen:
  - Schriftgröße 13;
  - DIN-A4-Format;
  - übersichtliche, selbstklärende Anordnung der Fragen und Antwortoptionen;
  - ausführliche Instruktionstexte;
  - Berücksichtigung der von PORST verfassten "*10 Gebote der Frageformulierung*"[103];
  - zur Verbesserung des Leseflusses *resp.* zur Verminderung der Leseschwierigkeit wurde auf der einen Seite darauf geachtet, dass die Itemspaltenbreite nicht über 8-10 cm liegt, da dass menschliche Auge gemäß der Erkenntnisse typographischer Untersuchungen diesem Bereich mit einem Blick scharf abbilden kann.[104] Zudem wurde auf der anderen Seite bei der Itemformulierung versucht, den Lesbarkeitsschwierigkeitsgrad möglichst gering zu halten. Eine vom Autor durchgeführte Analyse des WPSQAAT–Lesbarkeitsschwierigkeitsindex mittels der von Toni AMSTAD an die Eigenheiten der deutschen Sprache angepassten *'Flesch Reading Ease-Formel'* ($FRE_{deutsch}$ = 180 - ASL - [ASW * 58,5])[105] ergab einen Lesbarkeitsgesamtwert von 78,5 Punkten.[106] Da Werte oberhalb der 70 Punkte Marke als leicht verstehbar (entspricht der Lesekompetenz eines Siebtklässlers[107]) angesehen werden, können wir also in der Summe davon ausgehen, dass die Items des WPSQAAT von den Patienten ohne größere hermeneutische Anstrengungen verstanden werden können.
- Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die mit der Befragungsteilnahme unweigerlich einhergehenden Opportunitätskosten (z.B. Verzicht auf Freizeitaktivitäten, Fernsehprogramm usw.) in der hiesigen Untersuchung durch reduziert werden sollten, dass die Patienten den Fragebogen über das Wochenende ausfüllen konnten.[108]

---

[103] vgl. PORST 2009: 95ff.

[104] vgl. HASENJÄGER & HERTEL 2004: 57

[105] vgl. AMSTAD 1978. Hinter den Akronymen ASL und ASW verbergen sich die folgenden Inhalte: ASL steht für die durchschnittliche Satzlänge (*Average Sentence Lengeth*), welche sich aus der Division der Gesamttextwörteranzahl durch die Gesamttextsatzanzahl ergibt. ASW bezeichnet die durchschnittliche Silbenzahl pro Wort (Average Number of Syllables per Word). Diese kann dadurch bestimmt werden kann, dass die Silbenzahl des Gesamttestes durch die Gesamttextwörteranzahl geteilt wird.

[106] Zur Ermittlung des Lesbarkeitsschwierigkeitsindexes wurde der Autor durch die instruktive Forschungsarbeit von TRÄNKLE (1982) angeregt.

[107] vgl. BESSON 2008: 141

[108] vgl. RICHTER 1970: 239-240

Fragebogenausfüllnutzensteigerungsmaßnahmen:

- Zur Steigerung der Ausfüllmotivation (Involvement) sowie zur Aktivierung der Reziprozitätsnorm griff der Autor bei der Gestaltung des Einleitungstextes auf die folgenden Techniken zurück:
    - Kraft der Anrede des Patienten als Qualitätsexperten sollte die allen voran von dem Anthropologen Marcel MAUSS (1954) sowie dem Soziologen Alvin GOULDNER (1960) beschriebene Reziprozitätsregel, laut derer die Entgegennahme einer Gabe – in unserem Fall eine ‚Statuserhöhung' (Kompliment) – den Empfänger dazu verpflichtet, mit einer Gegengabe – in unserem Fall der Beantwortung des Fragebogens – zu antworten, aktiviert werden.[109]
    - Durch die Hervorhebung des wissenschaftlichen Charakters der Untersuchung (Dissertation) sowie der Erläuterung des praktischen Untersuchungszwecks (künftigen Patienten eine optimierte Behandlungsqualität bieten zu können) sollte die Bedeutsamkeit der Befragungsteilnahme verdeutlicht werden.[110]
    - Basierend auf der Einsicht, dass sich sowohl materielle[111] als auch immaterielle[112] Gratifikationen (Incentives) zur Steigerung von Teilnahmebereitschaft und Beantwortungsqualität in der Vergangenheit bewährt haben, legte der Autor einerseits jedem Fragebogen in einlaminierter Form das Gedicht ‚*Vergnügungen*' von Berthold Brecht (materieller Anreiz) bei und machte andererseits die Patienten in den Schlusszeilen des Einleitungstextes darauf aufmerksam, dass für jeden termingerecht abgegebenen Fragebogen obligatorisch 1 € an eine gemeinnützige Organisation (Warsteiner Tafel) gespendet wird (immateriell-altruistischer Anreiz).
    - Zu guter Letzt folgte der Autor der verblüffenden Erkenntnis RICHTERS, dass eine „(...) Originalunterschrift (...) im allgemeinen eine 5%ige Rücklaufsteigerung gegenüber einem Faksimile [bringt, T.K.]."[113] Kurzum: Die Unterzeichnung des Einleitungstextes erfolgte mittels der bedeutsamkeitssignalisierenden Füllfederhalter-Variante.
- Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass im Rahmen des Fragebogenaushändigungsgesprächs durch den Verweis auf die ob des hohen Frageumfangs für die Teilnahme notwendigen Kompetenzen (z.B. Konzentration, Ausdauer- und Introspektionsfähigkeit usw.) bewusst eine ‚*psychologische Barriere*' errichtet wurde, welche die Patienten zur Beantwortung des Fragebogens zusätzlich anspornen sollte; da den Patienten mit der Barriereüberwindung – sprich dem Ausfüllen des Fragebogens – insofern eine „*mentale Belohnung*" in Aussicht gestellt wird, als dass sie die voranstehend notierten Attribute (Ausdauerfähigkeit usw.) mit der Fragebogenabgabe ihr eigen nennen können.[114]

[109] vgl. FRASCH 1987: 2-13 sowie RICHTER 1970: 41, 45. Eine gute Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen der Reziprozitätsregel sowie deren praktischer Anwendung im Verkaufsalltag bietet das zweite Kapitel des äußerst instruktiven Buches »*Die Psychologie des Überzeugens*« von Robert B. CIALDINI (2008).

[110] vgl. GOODE & HATT 1996b; HAFERMALZ 1974: 487; PORST 2001: 4; SCHNELL et al. 1999 und WIKEN 1974: 149

[111] vgl. ARZHEIMER & KLEIN 1998; KLEIN & PORST 2000: 23ff.; BERGER 2006; CHURCH 1993; DIEKMANN & JANN 2001; HARKNESS et al. 1998; JOBBER et al. 2004; MEHLKOP & BECKER 2007; REUBAND 1999; SCHNEIDER 1995; SINGER et al. 2000; Mit Nachdruck sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die rücklaufankurbelnde Potenz materieller Gratifikationen nicht an die Werthöhe gebunden ist. Entsprechend führt REUBAND einige amerikanische Incentives-Wirk-Untersuchungen an, in denen nachgewiesen werden konnte, dass selbst kleinste materielle Anreize – 1 Dollar oder weniger – einen positiven Effekt auf die Rücklaufquote ausüben. „Entscheidend ist" – so folgert REUBAND aus diesen Untersuchungen – „nicht der materielle Charakter der Geschenke, sondern eher, das überhaupt ein Geschenk überreicht wird" [REUBAND 1999: 65]. Zu einer analogen Einschätzung gelangt ferner die Übersichtsarbeit von PORST 1999.

[112] vgl. SCHNEIDER 1995

[113] RICHTER 1970: 162

[114] vgl. ebenda: 202ff.

8.3.1.4 Zwei-Phasen-Pretesting

In den nachstehenden Zeilen sollen nun die wichtigsten Erkenntnisse des Zwei-Phasen-Pretesting[115], indessen Rahmen insgesamt 19 Patienten in einem ersten Schritt den entwickelten WPSQAAT eigenständig ausfüllten (Standard-Pretest[116]) und anschließend vom Autor mittels eines durchschnittlich 50 Minuten dauernden Kognitiven-Pretest-Interviews[117] unter anderem zu den Aspekten Ansprechbarkeit, Übersichtlichkeit und Verständlichkeit (Bedeutungsäquivalenz) des Fragebogens (siehe zu den konkreten Frageinhalten die Abb. 107) befragt wurden, vorgestellt werden.

Aufbau des Kogntiven-Pretest-Evaluationsinterviews
1. Ästhetische Ansprechbarkeit des Fragebogens (Gesamteindruck des Designs)
2. Einschätzung der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit des Fragebogens
3. Einschätzung des Beantwortungs-Schwierigkeitsgrades (Skala von 1-10)
4. Deutungsversuch des Deckblattbildes (Eschers *‚Zeichnende Hände'*)
5. Wirkung des Einleitungstextes: 1.1 Allgemein 1.2 Expertenbegriff 1.3 Sinn und Zweck der Studie 1.4 Motivationspotenzial der Anreize
6. Bevor wir den Fragebogen kleinschnittig durchgehen möchte ich gerne vorab von Ihnen wissen, ob Sie beim ausfüllen eine oder mehrere Fragen / Antworten nicht sofort verstanden haben? (Technik: *General Probing*)
7. Skala ‚Veränderungsmessung': 7.1 Zu den beiden ersten Items der Skala: „Versuchen Sie bitte einmal zu schildern, aufgrund welcher Überlegungen Sie zu der von Ihnen gegebenen Antwort gelangt sind"; An welchen Vergleichswert (z.B. Entzugsstadium oder Eintritt in die Entwöhnungsbehandlung) haben Sie dabei gedacht? (Technik: *Retrospektiv Think Alound*); 7.2 Verständnis der Items 17, 31, 38, und 47: „Geben Sie bitte in eigenen Worten wieder, wie Sie die Fragen verstanden haben bzw. woran Sie während der Beantwortung gedacht haben" (Technik: *Paraphrasierung*)
8. Begriffserläuterungen/ -assoziationen: „Was verstehen Sie unter den folgenden Begriffen...." 8.1 „Info-Pflege" (Fragebogenseite 20) 8.2 Unterbringung in der Klinik (Fragebogenseite 21) 8.3 „Cafeteria" (Fragebogenseite 21) (Technik: *Comprehension Probing*)
9. Analyse des Antwortentstehungsprozesses zu folgenden Fragen: 9.1 Item: „Wichtige Fragen entschied das Stationspersonal erst dann, wenn sich alle Mitglieder einig waren" - Frage: Woran haben Sie bei der Beantwortung gedacht? 9.2 Item: „Das Stationspersonal stand voll und ganz hinter dem Behandlungskonzept" - Frage: Woran haben Sie bei der Beantwortung gedacht? (Technik: *Retrospektiv Think Alound*)
10. Wie lange hat es ungefähr gedauert, den Fragebogen vollständig auszufüllen?
11. Was haben Sie beim ausfüllen empfunden (Gefühlsebene)?
12. Welche Themen sollten Ihrer Meinung nach noch in den Fragebogen aufgenommen werden? Bildet der Fragebogen alle relevanten Bereiche ab? Was hat Ihnen in der Entwöhnungsbehandlung bisher am meisten geholfen? (Inhaltsvalidität)
13. Einschätzung der Sinnhaftigkeit des Projekts
14. Glauben Sie, dass die Befragungsergebnisse von der Klinik umgesetzt werden?

Abb. 107: Aufbau des Kognitiven-Pretest-Evaluationsinterviews

Destillieren wir nun aus dem umfangreichen Pretest-Datenmaterial die für den Fortgang des empirischen Untersuchungsprozesses relevantesten Ergebnisse heraus, so erweisen sich allen voran die folgenden sechs Einsichten als notationswürdig.

Erstens konnte im Kognitiven-Evaluationsinterview das obig beschriebene Ergebnis der Leseschwierigkeitseinschätzung mittels der *‚Flesch Reading Ease-Formel'*, demzufolge zum Verständnis des

[115] Angemerkt sei an dieser Stelle, dass in der vorliegenden Arbeit die Verlaufsrichtung des von Peter PRÜFER und Margrit REXROTH (2000a) entwickelte Konzept des Zwei-Phasen-Pretesting, bei dem in der ersten Phase einzelne Items des Fragebogens mittels eines kognitiven Evaluationsinterviews getestet werden, bevor in der anschließenden zweiten Phase der Fragebogen an einer kleinen Stichprobe unter Hauptuntersuchungsbedingungen (Standard-Pretest) überprüft wird, umgekehrt wird. Konkret gesagt bedeutet dies, dass in der hiesigen Arbeit das kognitive Interview nicht vor, sondern nach dem Standard-Pretest durchgeführt wird. Zu einer analogen Vorgehensweisen siehe u.a. BAILAR 1996; BELSON 1981; GORDON 1963; JOHNSON & WOLTMAN 1986 sowie MORTON-WILLIAMS & SYKES 1984.

[116] vgl. PRÜFER & REXROTH 1996: 5. „Unter einem Standard-Pretest versteht man eine – in der Regel einmalige – Test-Erhebung eines Fragebogens nach Abschluss der Fragebogenkonstruktion" [PRÜFER & REXTROTH 2000a: 213]. Im Sinne des so genannten *‚participating pretests'* (vgl. KREISELMAIER et al. 1989) wurden die Patienten in der Fragebogenübergabesituation vom Autor darum gebeten, all jene Fragen, die Ihnen Verständnisschwierigkeiten bereiteten, zu markieren.

[117] zu den Techniken des Kognitiven Pretesting siehe insbesondere PRÜFER & REXROTH 1996, 2000 und 2005

WPSQAAT die Lesekompetenz eines Siebtklässlers ausreicht, insofern verifiziert werden, als dass das Gros der befragten Patienten angab, dass der WPSQAAT leicht verständlich (Mittelwert 2,6[118]) gewesen wäre.

Zweitens zeigte sich im Interview, dass die vom Autor im Einleitungstext gewählten Maßnahmen zur Steigerung des Fragebogenausfüllnutzens ihre intendierte Wirkung entfalteten. So fühlten sich *bspw.* die meisten – bis auf einen – Patienten durch die gewählte Anrede als ‚Krankheits- und Qualitätsexperte' wertgeschätzt und bezüglich des altruistischen Anreizes (Spende) herrschte unisono die Meinung vor, dass dies die Teilnahmemotivation zusätzlich gesteigert hätte. Im Gegensatz dazu wirkte sich das beigefügte Gedicht von Berthold Brecht – obzwar es von allen Patienten dankend aufgenommen wurde – nur bei einer Minorität der Patienten positiv auf die Befragungsteilnahmemotivation aus.

Drittens kristallisierte sich innerhalb des Kognitiven-Interviews (Frage 8.3) heraus, dass einige Patienten das Statement „*Mit der Cafeteria war ich zufrieden*" nicht in der vom Autor vorgesehene Weise interpretierten, da es – verkürzt gesagt – innerhalb der Klinik zwei Cafeterias gibt und die vom Autor intendierte Einrichtung im Klinikjargon gemeinhin unter dem Label "bei Egon" geführt wird. Aufgrund dieses Sachverhaltes wurde das betreffende Item für die Hauptuntersuchung der Gestalt modifiziert, dass in Absprache mit den Patienten die sprachliche Wendung "bei Egon" in die Itemstruktur aufgenommen wurde.

Viertens zeigte sich, dass insgesamt drei der befragten Patienten die in der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' vorfindbare Aussage „*Ich war der Therapie manchmal überdrüssig*" unbeantwortet ließen, da ihnen das Adjektiv ‚überdrüssig' nicht geläufig war. Unter Hinzuziehung der patientenseitigen Meinungen, wie dieses Statement luzider formuliert werden könnte, ersetzte der Autor das zur Disposition stehende Item durch folgendes Statement: „*Ich empfand die Therapie manchmal als ermüdend*".

Darüber hinaus entpuppte sich im Rahmen des Kognitiven-Interviews *fünftens* der den Patienten zur Verfügung gestellte Fragebogenbearbeitungszeitraum (Wochenende) insofern als zweckdienlich, als dass die Patienten eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von zwei bis drei Stunden, welcher aufgrund des straffen Therapieplans unter der Woche nicht eingeklagt werden kann, angaben. Für die Beibehaltung des im Standard-Pretest gewählten Wochenend-Bearbeitungszeitraums innerhalb der Hauptuntersuchung spricht ferner die von insgesamt fünf Patienten gemachte Aussage, dass sie den WPSQAAT aus Gründen der kognitiv-emotionalen Entlastung etappenweise (Einrichtung mehrstündigen Zwischenpausen) ausgefüllt hatten.

Abschließend kann *sechstens* aufgrund der Tatsache, dass keiner der 19 befragten Patienten dem Autor hinsichtlich der Dimensionierung Verbesserungsvorschläge („*alle relevanten Themenbereiche abgedeckt*") unterbreitete, davon ausgegangen werden, dass der WPSQAAT eine hohe, patientennahe Inhaltsvalidität aufweist.

8.3.2 Das (melangiert-)leitfadengestützte Interview

Ehe wir nun in den unmittelbar nachfolgenden Kapitelunterpunkten den Leser über die thematischen Inhaltes des Interviewleitfadens (8.3.2.1), die räumlichen Eigenheiten des Untersuchungssettings und den gewählten Interviewstil (8.3.2.2), die benutzte Auswertungsmethode (8.3.2.3) sowie die zur Einlö-

[118] Zur Einschätzung des Lesbarkeits- und Beantwortungsschwierigkeitsgrades wurde eine Skala von 1 bis 10 verwandt; wobei die Zahl (1) mit „sehr leicht" und die Zahl (10) mit „sehr schwer" umschrieben wurde.

sung einer hinreichenden wissenschaftlichen Untersuchungsqualität in Beschlag genommen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung (8.3.2.4) informieren werden, soll vorab die Bedeutung des aus dem französischen abgeleiteten Adjektivs „melangiert" (=vermischen, kreuzen, mixen), welches vom Autor der hiesigen Arbeit in Klammern vor die vertraute Methode des leitfadengestützten Interviews gesetzt wurde, verdeutlicht werden.

Die methodologische Ausgangslage, welche zur Entwicklung des Neologismus ‚Melangiert-Leitfadengestütztes-Interview' führte, setzt sich vornehmlich aus dem Grundpostulat der qualitativen Sozialforschung, dem zufolge die Methode nicht bereits vorab feststehen, sondern orientiert an den Untersuchungszielen, der -population sowie dem -gegenstand individuell entwickelt werden sollte[119], zusammen. Da nun nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit die unkreative, d.h. nicht auf die jeweils höchst individuellen Untersuchungsziele, -personen und -gegenstände abgestimmte, Adaption eines in der einschlägigen Literatur beschriebenen Interviewverfahrens[120], der Realisierung des im vorausgehenden Satz erläuterten Axioms entschieden zuwiderlaufen würde, entschied sich der Autor für die Konstruktion eines eigenen, maßgeschneiderten Interviewtypus. Abschließend sei in diesem Zusammenhang noch angemerkt, dass mit dem Präfixoid „Melangiert" – welches ob seines neutralen Konnotationsgehaltes den Vorzug vor dem negativ belegten Terminus des Eklektizismuses erhielt – darauf aufmerksam gemacht werden soll, dass innerhalb dieses Interviewtyps unterschiedliche Techniken aus anderen Interviewformen (z.B. lehnt sich die Interviewstartphase an dem „ero-epischen Gespräch" von GIRTLER an[121], die Methode der „freien Assoziation" ist dem Konstrukt-Interview von KÖNIG entnommen[122], die Einschätzung jener Rehabilitationserlebnisse, welche die Patienten besonders freudig *bzw.* ärgerlich gestimmt haben, basiert auf der ‚Critical-Incident-Technic'[123], der finale Interviewdokumentationsbogen orientiert sich an dem von WITZEL in seinem problemzentrierten Interview eingesetzten Postskriptum[124] etc.) harmonisch miteinander verzahnt wurden.

8.3.2.1 Entwicklung und Aufbau des Interviewleitfadens

Bevor nun in der nachstehenden Zeilen die einzelnen Themen, die innerhalb des Interviews angesprochen wurden, genannt werden, muss vorab noch darauf hingewiesen werden, dass auf der einen Seite die thematische Reihenfolge flexibel gehandhabt wurde (Vermeidung einer „Leitfadenbürokratie") sowie das auf der anderen Seite die im Rahmen des Interviews angewandten Methoden des projektiven Bildererzähltests sowie des strukturierten Beobachtungsschemas in den Kapitelpunkten 8.3.3 und 8.3.4 eigens vorgestellt werden.

Wie nun anhand der Tabelle 144 abgelesen werden kann, versucht der Leitfaden – wobei die acht projektiven Bildvorlagen zur Strukturierung des Interviewablaufs eingesetzt wurden – insbesondere jene Themen (Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung, Erfahrungen mit der Gruppentherapie, Beziehungen zu den Mitpatienten, Stationsklima, abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen usw.) abzudecken, die innerhalb des WPSQAAT eine dominante Rolle spielten (Vergleichmöglichkeit). Darüber hinaus wurden die Patienten zur Erfüllung der MTMM-Voraussetzungen während *resp.* zum Abschluss des Interviews dazu angehalten, die bereits im

[119] vgl. LAMEK 2005
[120] vgl. FRIEBERTSHÄUSER 1997 und LAMNEK 2005
[121] vgl. GIRTLER 1992, 2001, 2004 und 2005
[122] vgl. KÖNIG 2005
[123] vgl. FALAGAN 1954
[124] vgl. WITZEL 1982 und 1985

Fragebogen beantworteten Items zu den Konstrukten „*Kohärenzsinn*“ (SOC-L9), „*abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung*“ (SEQ) und „*Globalzufriedenheit*“ (ZUF-3) nochmals zu bearbeiten.

Fragestruktur und Techniken	Indikatoren / Zielsetzungen
- Ero-epische-Gesprächstechnik nach GIRTLER (2004a) - Basierend auf den Erkenntnissen von SCHWARZ (1987), wurden die Patienten – gesetzt den Fall, dass sich das Wetter in einem außerordentlich schönen *resp.* ausnehmend miesen Gewande präsentierte – darauf hingewiesen, dass einen das Wetter in pos./neg. Stimmung versetze. Dadurch sollte vermieden werden, dass Patienten bei der Beantwortung globaler Fragen auf die Urteilsheuristik „gegenwärtige Stimmung“ zurückgreifen;	Gesprächseinstieg: - Vorstellung / Dank für die Teilnahme - Zweck der Untersuchung erläutern - Interviewinstruktionen (u.a. Verlaufsskizze und Tonbandaufnahme) - Aufbau einer positiven Gesprächsatmosphäre / Motivationsaufbau - Negation der Urteilsheuristik „Stimmung“
- Vorlage der **ersten Bilderkarte** (Mann mit Reisetasche am Ein-Eingang der Klinik) - Erzählaufforderung: „Was sehen Sie auf diesem Bild? Können Sie mir zu diesem Bild eine Geschichte erzählen? Was fühlt und denkt die Person?“ - Überleitungsfragen: Wie gestaltete sich der Prozess der Klinikaufnahme bei Ihnen? Mit welchen Erwartungen haben Sie damals die Klinikpforte durchschritten? Können Sie mir Ihren ersten Tag hier in der Klinik schildern? Wie haben Sie sich während des ersten Tages gefühlt? Wurden Sie auf die stationäre Therapie gut vorbereitet? Glauben Sie, dass Ihnen die Therapie helfen wird?	- Erwartungen an die Rehabilitation - Aufnahmeprozess - Zufriedenheit mit der Klinikaufnahme - prästationäre Therapievorbereitung
- Vorlage der **zweiten Bilderkarte** (ein Mitglied des Stationspersonals erklärt dem Patienten den Therapieplan) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Wie war das bei Ihnen? Wurden Sie hinreichend über die einzelnen Therapiemaßnahmen informiert? Haben Sie genügend Informationen bekommen? Konnten Sie nachvollziehen, in welchem Zusammenhang die einzelnen Therapiemaßnahmen miteinander stehen? Nennen Sie bitte 3 therapeutische Maßnahmen die Ihnen sehr und 3 die Ihnen wenig oder gar nicht geholfen haben.	- Zufriedenheit Information/Aufklärung - Transparenz des Therapieprogramms - subjektive Wirkfaktoren
- Vorlage der **dritten Bilderkarte** (Einzeltherapiesitzung) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Wie haben Sie die Einzelsitzungen erlebt? Fanden Sie die Einzelgespräche hilfreich? Hatten Sie das Gefühl, dass die Therapie einen roten Faden aufweist? Wie haben Sie Ihren Therapeuten erlebt? Waren Sie mit Ihrem Bezugstherapeuten zufrieden? Was fanden Sie besonders positiv? Was könnte zukünftig besser gemacht machen?	- Zufriedenheit mit der Einzeltherapie - Zufriedenheit mit dem Bezugstherapeuten
- Vorlage der **vierten Bilderkarte** (Gruppenpsychotherapiesitzung) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Haben Sie sich in der Gruppentherapie wohl gefühlt? Wurden Sie von den Mitpatienten akzeptiert? Konnten Sie alle für Sie wichtigen Themen ansprechen? Waren Sie mit der Gruppentherapie zufrieden? Was hätte besser sein können?	- Zufriedenheit mit der Gruppentherapie - Ausmaß der Gruppenkohäsion
- Vorlage der **fünften Bilderkarte** (mehrere Patienten bewegen sich im Aufenthaltsraum) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Wie ist das Klima unter den Mitpatienten hier auf der Station? Unterstützen sich die Patienten gegenseitig? Wie kamen Sie persönlich mit ihren Mitpatienten hier auf der Station zurecht? Zu wie vielen Mitpatienten haben sei eine engere Bindung?	- Stationsklima - Stimmung der Patienten untereinander

Fragestruktur und Techniken	Indikatoren / Zielsetzungen
- Vorlage der **sechsten Bilderkarte** (abends im Bett liegender Mann mit freudig-glücklichem Gesichtsausdruck) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Nennen Sie mir bitte 3 Erlebnisse, die Sie während des derzeitigen Rehabilitationsaufenthaltes in eine ähnliche Stimmung versetzt haben	- positive Rehabilitationserlebnisse
- Vorlage der **siebten Bilderkarte** (abends im Bett liegender Mann mit ärgerlich-zornigem Gesichtsausdruck) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Nennen Sie mir bitte 3 Erlebnisse, die Sie während des derzeitigen Rehabilitationsaufenthaltes in eine ähnliche Stimmung versetzt haben / Worüber haben Sie sich während der Behandlung besonders geärgert?	- negative Rehabilitationserlebnisse
- Vorlage der **achten Bilderkarte** (Mann in Verzweifelung zum Ausdruck bringender Mimik und Körperhaltung sitzt vor einer noch verschlossenen Schnaps-Flasche) - Erzählaufforderung: siehe oben - Überleitungsfragen: Gesetzt des Falles, sie würden heute entlassen, wie hoch schätzen Sie – auf einer Skala von 0 bis 10 – Ihre Zuversicht ein, dass Sie in den kommenden 3 Monaten eine abstinente Lebensweise aufrecht erhalten können. - dialogische Beantwortung der rechtlichen 4 Items des SEQ	- Erfassung der abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen
- Wenn Sie jetzt nochmals Ihren bisherigen stationären Aufenthalt Revue passieren lassen, wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie hier erfahren haben, auf einer 4-stufigen Skala, beurteilen (gemeinsames ausfüllen des ZUF-3) - dialogische Beantwortung des SOC-L9	- Bilanzierung - Einschätzung der Gesamtzufriedenheit - Erfassung des Kohärenzgefühls
- Da wir uns nun langsam dem Ende des Interviews nähern, möchte ich Sie fragen, ob es Ihrerseits noch zu besprechende Themen gibt, die Sie im Rahmen dieses Interviews gerne ansprechen wollten, welche jedoch *bis dato* nicht zur Sprache gebracht worden sind; - Zum Abschluss des Interviews möchte ich gerne ein kleines Gedankenexperiment mit Ihnen durchführen: Stellen Sie sich dazu bitte einmal vor, dass Sie aufgrund märchenhafter Umstände in den Genuss kommen, einen Monat lang die Leitung der Abteilung *„Sucht-Rehabilitation-Stillenberg"* zu übernehmen. Welche Veränderungsmaßnahmen würden Sie – vorausgesetzt Geld spielt keine Rolle – in Ihrer Amtszeit auf den Weg bringen.	- Evaluierung unausgesprochener Themen - Veränderungswünsche (Chefarzt-Frage) - Gesprächsabschluss
- „Wie lange hat das Interview Ihrer Meinung nach gedauert?" - Interviewdokumentationsbogen (siehe Anhang) - strukturierter Beobachtungsbogen (siehe Kap. 8.3.4)	- Auflösung der Interviewsituation - Zeiteinschätzung - unmittelbare Beantwortung des Interviewdokumentationsbogens sowie des Beobachtungsbogen (Ausdrucks-Test) durch den Interviewer

Tab. 144: Inhaltlicher Aufbau des Interviewleitfadens[125]

8.3.2.2 Das Untersuchungssetting sowie der gewählte Interviewstil

Die zehn Interviews wurden in einem separaten, circa 12 qm großem Zimmer des Hauses Koch durchgeführt. Diese Räumlichkeit hatte den Vorzug, dass sie einerseits ob ihrer ausschließlichen Nutzung zur ärztlichen Eingangsdiagnostik zumeist unbelegt war und somit den routinisierten Stationsablauf nicht

[125] Die Bilderkarten finden sich auf den im Anhang abgelichteten Abbildungen 109 bis 116

gravierend beeinflusste sowie dass die Patienten diesen Raum andererseits nicht mit Therapieerlebnissen *resp.* mit der Patientenrolle in Verbindung brachten (Situationssegeration). Hinsichtlich des Untersuchungssettings sein noch angemerkt, dass der Autor zum Zwecke des Aufbaus einer positiven Gesprächsatmosphäre die Stühle gemäß den zentralen Erkenntnisen aus Beratungspsychologie und Proxemik so anordnete, dass sich Interviewer und Interviewter nicht etwa vis-a-vis, sondern schräg, „(...) in einem Winkel zwischen 90 und 150 Grad"[126] gegenübersitzen (Sitzen über Eck).[127] Darüber hinaus versuchte der Autor durch den fakultativen Ausschank von Kaffee oder Tee sowie der Darreichung von Gebäck die Interviewsituation dezidiert von der klassischen Therapiesituation abzugrenzen.

In der konkreten Interviewsituation nutzte der Autor bewährten Techniken aus der von Carl ROGERS entwickelten klientenzentrierten Gesprächsführung (u.a. empathische Kommunikation, zuhören, paraphrasieren, zurückspiegeln, Akzeptanz usw.), welche innerhalb der Literatur zum qualitativen Interview häufig mit dem Etikett des „weichen Interviewstils"[128] versehen werden. Neben der Anwendung dieser Gesprächstechniken bemühte sich der Autor ferner darum, die von dem Dortmunder Soziologen Roland HITZLER beschriebenen sozialwissenschaftlichen Forschungsattitüden der „*künstlichen Dummheit*" und „*Langsamkeit*" sowohl innerhalb der Interviewsituation als auch im Rahmen der Datenauswertung einzuhalten.[129]

8.3.2.3 Die verwendete Auswertungsmethode

Die auf Tonband aufgenommenen Interviews wurden in einem ersten Schritt vom Autor unter Zuhilfenahme der unentgeltlich beziehbaren Transkriptionssofware T4[130] vollends verschriftlicht; wobei die von KUCKARZT und Kollegen (2007) entworfenen Transkriptionsregeln – welche unter anderem den Vorteil aufweisen, dass sowohl prosodische Merkmale (Tonhöhe, Lautstärke etc.) als auch parasprachliche Merkmale (Husten, Räuspern, tiefes Einatmen) ausschließlich unter der Voraussetzung verschriftlicht werden, dass sie einen essenziellen Beitrag zur angemessenen Interpretation der Aussagen beisteuern – verwandt wurden.[131] Anschließend wurden in einem zweiten Schritt die erstellten Transkriptionsdateien (189 Seiten) in das Programm MAXqda, einem anerkannten – von Udo KUCKARTZ entwickelten – Programm zur Unterstützung qualitativer Auswertungen, überführt.

Die konkrete Auswertung des transkribierten Interviewmaterials erfolgte mittels der von Philipp MAYRING entwickelten qualitativen Inhaltsanalyse[132], wobei zur Analyse der Ergebnisse des projektiven Bildertests die inhaltsanalytische Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (induktive Kategorienbildung *resp.* „offenes Kodieren") und zur Analyse der direkt an den Patienten adressierten Fragestellungen (z.B. „*Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Bezugstherapeuten?*") das inhaltsanalytische Verfahren der strukturierenden Inhaltsanalyse (harmonische Verzahnung zwischen deduktiv und induktiver Kategorienbildung) verwandt wurde. Mit anderen Worten gesagt bedeutet dies, dass sich der Autor im Rahmen der Auswertung des via projektiver Bildertesttechnik zu Tage geförderten Textmaterials unter – im Sinne der Grounded Theory – weitmöglichster Einklammerung sämtlicher theoretischer Vorannahmen

[126] MAINDOK 1996: 35
[127] vgl. HELFERLICH 2005: 157; HINZ 2008: 221 und WEINBERGER 1998: 192
[128] vgl. SCHEUCH 1974
[129] vgl. HITZLER 1986, 1991, 1997 und 2001
[130] Die Transkriptionssoftware T4 findet sich auf der Webseite http://www.audiotranskript.de. Siehe dazu auch HÖLD 2009: 666. Es sei dem Autor der hiesigen Arbeit an dieser Stelle gestattet, seinen Unmut über das gewählte Kürzel T4 zum Ausdruck zu bringen, da das Kürzel T4 an und für sich unumstößlich mit einer unfassbaren nationalsozialistischen Gräueltat, in Worten die Ermordung von über 100.000 psychisch kranker und behinderter Menschen, verbunden ist (vgl. ALY 1985).
[131] vgl. KUCKARTZ 2010: 44
[132] vgl. MAYRING 2008

näherte, um somit das Kategoriensystem ausschließlich auf der Grundlage des Textmaterials entwickeln zu können. Im Kontrast zu diesem offenen Auswertungsverfahren durchmusterte der Autor die verschriftlichten Patientenantworten zu den nicht-projektiven- bzw. persönlich gestellten Fragestellungen mit Hilfe eines vorab anhand der zum Zwecke der Datenvergleichbarkeit sowohl im Fragebogen als auch im Interview abgefragten Dimensionen (z.B. Aufnahmesituation, Aufklärung und Information, Beziehung zum Therapeuten, Gruppenkohäsion, Stationsklima usw.) entwickelten (vorläufigen) Kategoriensystems. *Expressis verbis* sein in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass das a priori konzipierte Kategoriensystem – wie bereits das im vorausgehenden Satz in Klammern gesetzte Adjektiv nahe legt – nun keineswegs dem Textmaterial im Sinne eines Prokrustesbettes übergestülpt wurde, sondern dass das endgültige Kategoriensystem vielmehr auf der Basis eines ständigen Austauschs zwischen theoretischen Vorüberlegungen und dem konkreten Textmaterial (Rückkoppelungsschleifen) entwickelt wurde.

8.3.2.4 Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung

Wenngleich sich in der qualitativen Sozialforschung weitestgehend die Ansicht durchgesetzt hat, dass die herkömmlichen psychometrischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität den qualitativen Methoden nicht gerecht werden[133], konnte in der einschlägigen Literatur *bis dato* jedoch noch kein allgemeinverbindlicher (Alternativ-)Kriterienkanon zur Einschätzung der wissenschaftlichen Qualität qualitativ ausgerichteter Forschungsarbeiten erarbeitet werden.[134]

Da nun das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit keineswegs in der Erarbeitung eines weiteren Bewertungskriterienkatalogs *bzw.* in der Zusammenfassung der bisher zu dieser Thematik geführten Diskussion besteht, orientierte sich der Autor im Rahmen der Entwicklung, Durchführung und Auswertung der eingesetzten qualitativen Methoden (Interview und projektiver Bildertest) an den sieben von Ines STEINKE aus der qualitativen Forschungsliteratur herauspräparierten Kerngütekriterien, die in der nachfolgenden Tabelle kurz erläutert werden.

Qualitative Gütekriterien	Inhaltliche Beschreibung
Intersubjektive Nachvollziehbarkeit	• Dokumentation des Forschungsprozesses (Transparenz): - Angabe des theoretischen Vorverständnisses - Angabe der Erhebungsmethoden und des Erhebungskontextes - Angabe des genutzten Transkriptionssystems - Erläuterung der angewandten Auswertungsmethode - Ermöglichung externer Einsicht in das analysierte Transkriptionsmaterial - Angemessene Aufbewahrung (ca. 5 Jahre) des Transkriptionsmaterials
Indikation (Angemessenheit) des Forschungsprozesses	• Gemäß diesem Kriterium sind alle im Forschungsprozess zu treffenden Entscheidungen auf ihre Gegenstandangemessenheit hin zu überprüfen. Als handlungsleitende Fragestellungen fungieren dabei *bspw.*: - Legt die wissenschaftliche Fragestellung und / oder die Untersuchungspopulation ein qualitatives Studiendesign nahe? - Ist die Forschungsmethode gegenstandsangemessen? (Stichwort:: „mutilierte Methodenverwendung“) - Können die befragten Personen ihre subjektiven Ansichten über den Forschungsgegenstand umfänglich äußeren oder werden ihre Äußerungsmöglichkeiten durch die methodische Vorstrukturierung zu stark beschnitten (Stichwort: „Leitfadenbürokratie“) - Ermöglicht das gewählte Erhebungsverfahren eine Irritation des Vorverständnisses des For-

[133] vgl. FLICK 1988; GLASER & STRAUSS 1979: 92; LAMNEK 2005: 142ff.; MAYRING 2002: 140ff. und STEINKE 1999, 2009a&b

[134] vgl. LÜDERS 2006: 80-81. Unterschiedliche Sets qualitativer Gütekriterien finden sich beispielsweise in den folgenden Arbeiten: BÜHLER-NIEDERBERGER 1985 (Prüfkriterium: analytische Induktion); HEINZE & THIEMANN 1982 (Prüfkriterium: kommunikative Validierung); LEGEWIE 1987 (Prüfkriterium: Validierung der Interviewsituation); MAYRING 2005 (Prüfkriterien: 1. Verfahrendokumentation, 2. argumentative Interpretationsabsicherung, 3. Regelgeleitetheit, 4. Nähe zum Gegenstand, 5. kommunikative Validierung und 6. Triangulation) sowie MOSER 2003 (Prüfkriterien: 1. Transparenz, 2. Stimmigkeit, 3. Adäquatheit und 4. Anschlussfähigkeit). Jene Leser, die sich eingehender mit dieser Thematik beschäftigen möchten, sei die verdienstvolle Monographie »*Kriterien qualitativer Sozialforschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*« von Ines STEINKE (1999) zur Lektüre empfohlen.

	schers? (Stichwort: „abduktive Haltung“ *resp.* der im obigen Textabschnitt beschriebene Habitus der „künstlichen Dummheit“ und „Langsamkeit“)
Empirische Verankerung der Theoriebildung und -prüfung	• Mit diesem Kriterium soll sichergestellt werden, dass sich die auf der Grundlage des Textmaterials vorgenommene Hypothesenprüfung *resp.* –entwicklung an wissenschaftlichen Regeln orientierte. Zur Überprüfung der empirischen Verankerung können u.a. die folgenden Wege eingeschlagen werden: - Verwendung kodifizierter Methoden (z.B. Grounded Theory) - Gibt es genügend Textstellen, welche die entwickelte (emergierte) Theorie belegen? - Analytische Induktion - Kommunikative Validierung
Limitation (Verallgemeinerbarkeit)	• Laut diesem Gütekriterium müssen qualitative Forschungsarbeiten – gesetzt den Fall, dass sie an der Einheimsung des Emblems der „wissenschaftlichen Redlichkeit“ interessiert sind – darüber Auskunft geben, inwieweit die im Forschungsprozess entwickelte Theorie auch auf andere Kontexte (Personen, Situationen, Bedingungen) übertragen werden können.
Kohärenz der Theorie	• Die im Forschungsprozess entwickelte Theorie sollte in sich schlüssig (kohärent) sein. • Ungelöste Fragen und Antinomien sollten offen gelegt werden
Relevanz (Fidelität)	• Getreu diesem Gütestandard sind die Ergebnisse qualitativer Forschungsarbeiten hinsichtlich ihres pragmatischen Nutzens (*qui bono?*) – in der PZF zum Beispiel die Dienlichkeit der evozierten Daten zur Optimierung der Versorgungsqualität (Aufdeckung von Schwachstellen) – zu bewerten.
Reflektierte Subjektivität	• Dieses Kriterium prüft, inwieweit der Forscher seine persönliche Einflussnahme (z.B. in Gestalt von Forschungsinteressen, Vorannahmen, Ängsten, Kommunikationsstil usw.) auf den Untersuchungsgang ab ovo via Selbstbeobachtung reflektierte und in der abschließenden Diskussion der Ergebnisse mitberücksichtigte.

Tab. 145: Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung nach Ines STEINKE[135]

8.3.3 Der Projektive-Warsteiner-Bildererzähltest (PWB)

Ausgehend von dem im Kapitelunterpunkt 6.1.5 beklagten methodischen Missstand, dass die hauptsächlich in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts eingesetzte Technik des projektiven Bildererzähltests, die sich in den wenigen Studien, welche von dieser innovativen Methodik Gebrauch gemacht hatten, zur Hervorlockung kritischer Patientenkommentare bewährte, in der Folgezeit – die Studie von MOßLER (1981) nicht miteingeschlossen – gänzlich aus dem Methodenkanon der nationalen wie internationalen PZF herausfiel, versuchte sich der Autor in der vorliegenden Arbeit nun insofern an einer Wiederbelebung dieses vielversprechenden Projektiven-Testverfahrens, als dass er in Zusammenarbeit mit Mediendesigner Paul KOWALSKI insgesamt acht verschiedene Bilder-Tafeln anfertigte, die den befragten Patienten mit den standardisiert vorgetragenen Instruktionen: 1) „*Was sehen Sie auf diesem Bild?*“, 2) „*Können Sie mir zu diesem Bild eine Geschichte erzählen?*“ sowie 3)„*Was fühlt und denkt die Person?*“ im Interview (siehe Tab. 144) vorgelegt wurden.

Da nun sowohl der allgemein-theoretische *resp.* – präzisier gesagt – der psychoanalytische Hintergrund des projektiven Bildererzähltests[136] als auch die besonderen Erkenntnisabsichten, die mit der Anwendung dieses Instrument innerhalb der PZF (Perforation der Kritikzäsur) unumstößlich verbunden waren, unlängst im Kapitelunterpunkt 6.1.5 hinreichend dargestellt wurden, werden wir uns in den folgenden Zeilen darauf beschränken, den Bilderentwicklungsprozess samt der ihm zugrundeliegenden theoretischen Überlegungen nachzuzeichnen.

Wie nun bereits ein flüchtiger Blick auf die thematischen Inhalte des im vorausgehenden Kapitelunterpunkt abgebildeten Interviewleitfadens (Tab. 144) verrät, finden sich in den Bildvorlagen Nr. 2 (Information & Aufklärung), Nr. 3 (therapeutische Beziehung), Nr. 4 (Gruppenpsychotherapie), Nr. 5 (Stationsklima) und Nr. 8 (abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung) Dimensionen wieder,

[135] vgl. STEINKE 1999

[136] eine ausführliche Darstellung der theoretischen Grundlagen projektiver Testverfahren findet sich in dem Aufsatz von HÖRMANN 1982

die auch im WPSQAAT ein dominante Rolle einnehmen. Die bildliche Materialisierung dieser Themen dient dem Vergleich zwischen den Angaben im WPSQAAT und den Ergebnissen des Bildertests. Dem entgegen fungiert die Bildkarte Nr. 1, dessen Sujet ein mit Gepäcktasche ausgestatteter Mann, der vor dem Eingang einer psychiatrischen Klinik steht, bildet, auf der einen Seite dem warming-up, d.h. dem vertraut werden mit der Untersuchungstechnik. Auf der anderen Seite soll mit dieser Bildvorlage die im Fragebogen unterrepräsentierte Dimension der Klinikaufnahmesituation und den sich an diesem Gegenstand entzündenden Themenbereichen wie etwas Zugangsbarrieren zum stationären Aufenthalt, Erwartungshaltung, Ausmaß der Therapievorbereitung, Passungsverhältnis und Behandlungsoptimismus erfasst werden. Angeregt durch das auch in der PZF zunehmend an Bedeutung gewinnende Interviewverfahren der ‚*Critical Incident Technik*' sowie dem von MÜHLICH-VON STADEN und Kollegen in ihrer Studie »*ein bett ist keine Wohnung. bedürfnisse und wünsche von psychiatrischen Langzeitpatienten*« (1982) eingesetzten Bildmaterials (Mensch mit fröhlichem versus Mensch mit traurigem Gesichtsausdruck) entwarf Autor der in Kooperation mit Paul KOWALSKI die Bildertafeln Nr. 6 und Nr. 7, auf denen jeweils ein bettgehfertiger Mann zu sehen ist, der auf der sechsten Bildkarte einen überaus freudig-glücklichen und auf der siebten Bildkarte einen äußerst ärgerlichen Gesichtsausdruck präsentiert. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass wir uns bei der fazialen Darstellung der beiden vorausgehend genannten Emotionen (Freude/Ärger) an den in Kapitelunterpunkt 2.6.6 erläuterten Erkenntnissen des Ausdruckspsychologen Paul EKMAN orientierten. Aufgrund der Tatsache, dass die typischen Eigenschaften des Ärger-Gesichtsausdruck im Kapitelunterpunkt 2.6.6 nicht eingehender besprochen wurden, werden in der nachstehenden Tabelle die zentralen fazialen Charakteristika der zur Disposition stehenden Emotionen nochmals detailliert erläutert.

Emotion	Augenlieder/Stirn	Augenlieder	unteres Gesicht
Ärger	Augenbrauen zusammen und nach unten gezogen, scheinen nach vorn zu stoßen; ausgeprägte vertikale und manchmal angewinkelte Falten auf der Stirn, die über den Augen zentriert sind	Die Sklera (Lederhaut) ist in den Augen nicht zu sehen; die oberen Augenlieder wirken herabgezogen, angespannt und viereckig; die unteren Lider sind auch angespannt und angehoben, was zur Erscheinung eines Bogens unter dem Auge führen kann; die Lider können soweit angespannt sein, dass es aussieht wie Blinzeln	Entweder werden die Lippen fest aufgepresst, oder der Mund ist offen und hat die Form eines Vierecks, wobei die Lippen angehoben und/oder nach vorn geschoben sind; manchmal sind die Zähne zu sehen, manchmal nicht
Glück/Freude	Kein charakteristisches Erscheinungsbild der Augenbrauen	Die Augen wirken entspannt oder neutral, oder das untere Augenlied wird durch die Bewegung im unteren Teil des Gesichts angehoben, wobei Säcke unter den unteren Augenliedern entstehen, und die Augen verengt werden; bei diesem Erscheinungsbild zeigen sich auch Krähenfüße, die sich vom äußeren Rand der Augen zum Haaransatz erstrecken	Die Mundwinkel sind angehoben und normalerweise auch nach hinten gezogen; die Nasolabialfalte kann sich vertiefen, muss es aber nicht; die Lippen können geöffnet und die Zähne sichtbar sein, oder auch nicht.

Tab. 146: Erscheinungsveränderungen des Gesichts im Rahmen der Emotionen ‚*Ärger*' und ‚*Glück/Freude*'[137]

Zur pars-pro-toto-Illustration der entwickelten Bilderkarten, welche den Patienten im einlaminierten DIN-A4-Format dargereicht wurden, soll uns abschließend die Bildkarten Nr. 1 und Nr. 4 dienlich sein.

[137] entnommen aus EKMAN 1988: 52-53

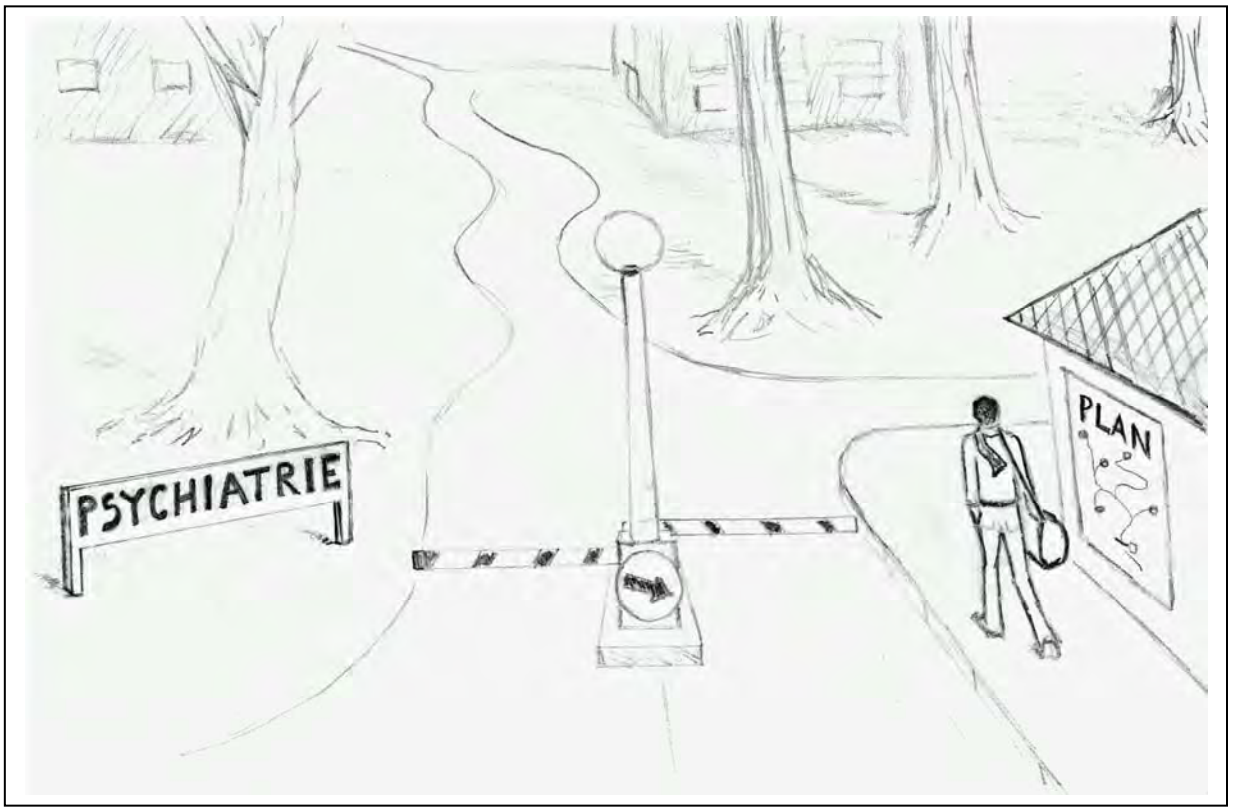


Abb. 108: Bildkarte Nr. 1 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

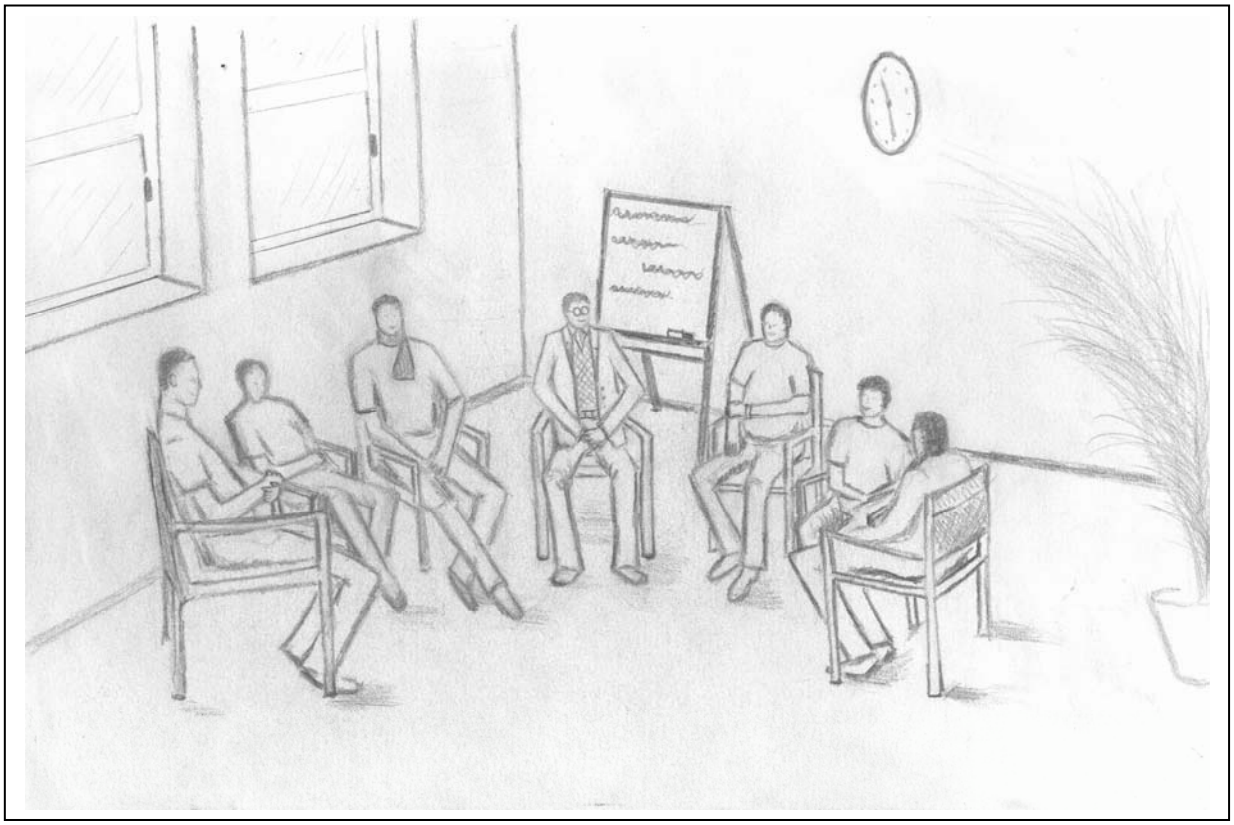


Abb. 109: Bildkarte Nr. 4 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests[138]

[138] Die gesamten acht Bildertafeln des PWB finden sich in den im Anhang befindlichen Abbildungen 110 bis 117.

8.3.4 Der Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ)

Mit der Intention, ein Scherflein zur künftigen Schließung der im Kapitelunterpunkt 6.1.4 zu Tage geförderten methodischen Forschungslücke, welche darin besteht dass in der gesamten PZF-Geschichte *bis dato* kein strukturiertes Beobachtungsverfahren zur nonverbalen Zufriedenheitserfassung entwickelt wurde, beizutragen, fertigte der Autor auf der Grundlage der im Kapitelunterpunkt 2.6.6 aus der ausdruckspsychologischen Forschungsliteratur herauspräparierten „weichen Ausdruckszufriedenheitsindikatoren" einen insgesamt zehn Beobachtungskategorien umspannende Beobachtungsmatrix – den so genannten ‚*Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung*' (WAbbZ) – an. Die in dem nachstehend zur Veranschaulichung abgebildeten WAbbZ aufgenommenen zufriedenheitsrelevanten Beobachtungsbereiche sollen – in Analogie zum Allensbacher-Ausdruckstest – vom Interviewer innerhalb der Interviewsituation verstärkt in Augenschein genommen und direkt nach dem Interview auf einer fünfstufigen Intensitätsskala mit den Extrempunkten ‚immer' und ‚nie' eingeschätzt werden.

Ausdrucks-region	(tentative) Zufriedenheitsindikatoren	Intensitätseinschätzungen der ZI innerhalb der Interviewsituation					
Körperhaltung (gehend, stehend)	aufrechte Körperhaltung (mittlerer muskulärer Spannungsgrad), gepaart mit einer symmetrisch zum Mitteltorso verlaufenden Schulterstellung, d.h. dass die Schulterpartie weder nach vorne gekrümmt noch nach hinten gezogen wird, sowie einer zentrierten Kopfstellung;	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
	ausgeglichen-harmonische Bewegungsganzheit (leicht-emporhebender, nicht wippender Gang; unauffällige, mittlere Schrittgröße; Mitbewegungen weisen eine runde, harmonische, rhythmisierte Verlaufsform auf)	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
Körperhaltung (sitzend)	offene, entspannte Körperhaltung	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
	Handbewegungen (Gestikulation) weisen eine runde, harmonische, rhythmisierte Verlaufsform auf	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
Mimik	entspannte Gesichtsmuskulatur	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
	leichtes „Duchenne-Lächeln" (simultane Anspannung von zygomaticus major und orbicularis oculi)	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
	dezent über das Normalmaß geweitete Lidspalte	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar

Abb. 118: Seite eins des Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogens zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ)

Ausdrucks-region	(tentative) Zufriedenheitsindikatoren	Intensitätseinschätzungen der ZI innerhalb der Interviewsituation					
Mimik	ruhiger, geradeaus bzw. leicht nach oben geneigter Blick	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
	Pupillendilatation	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar
Stimme	entspannt, melodisch, sonor und rhythmisiert klingende Stimme mit mittlerer Grundfrequenz (F0) und Neigung zur Vokaldehnung	☐ immer	☐ oft	☐ manchmal	☐ selten	☐ nie	○ unentscheidbar

Abb. 119: Seite zwei des Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogens zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ)

Ehe nun im nachstehenden Kapitel 9 die zentralen Ergebnisse der multimethodisch angelegten empirischen Untersuchung dargestellt werden, möchte der Autor den Leser vorab noch kurz über die im Rahmen der Auswertung des WAbbZ verwandten Analysekriterien informieren. Die Auswertung der Beobachtungsdaten gestaltete sich derart, dass erst einmal – gemäß dem von Samy MOLCHO vertretenen integrativen Ansatz der Körpersprache[139] – nur jene Beobachtungsfragebögen in die Auswertung einbezogen wurden, in denen der Interviewer nicht mehr als zwei mal die Ausweichantwortkategorie „unentscheidbar" – dies meint, dass sich der Interviewer, eventuell ob der komplexen Interviewsituation oder aber aufgrund der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Informationsverarbeitungskapazität, hinsichtlich der Häufigkeitsausprägung eines bestimmten Ausdrucksgebaren kein gültiges Urteil bilden konnte – bemüht hatte. In einem zweiten Analyseschritt wurden dann den fünf Antwortkategorien jener Fragebögen, welche dem im vorausgehenden Satz ausbuchstabierten Inklusionskriterium standgehalten hatten, die numerischen Werte 0 („nie"), 1 („selten"), 2 („manchmal"), 3 („oft") und 4 („immer") zugewiesen. Daran anschließend wurde für jeden Patienten, indem die numerischen Werte der beobachteten Indikatoren addiert und ins Verhältnis zur Maximalpunktzahl gestellt wurden, ein prozentualer Ausdruckszufriedenheitswert (AZW) errechnet. Zu guter Letzt wurden die Patienten, je nachdem ob ihr AZW über- oder unterhalb der 50%-Marke lag, entweder in die Klasse der „*eher zufriedenen*" (>50%) oder aber in die Klasse der „*eher unzufriedenen*" (<50%) eingruppiert.

[139] vgl. MOLCHO 1998: 18; 2001: 23. Siehe dazu ebenfalls LERSCH 1961: 160.

»Sucht ist ein decodiertes, das heißt verdunkeltes und entsprachlichtes Verlangen nach Befreiung vom Existenzzwang«[1]

Peter Sloterdijk

»Die Algebra der Sucht ist das totale Verlagen. Das Verabsolutieren des Ausübens einer einzigen „psychotropen Technik" bedeutet Sucht. (...) Das süchtige Selbst kann (...) als eine „Monoidentität" verstanden werden«[2]

Jann Schlimme

9. Darstellung und Diskussion der quantitativen und qualitativen Untersuchungsergebnisse

Bevor nun in den nachstehenden Unterpunkten des vorliegenden Kapitels die zentralen Ergebnisse der multimethodisch angelegten Stichtagsuntersuchung zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung sowohl dargestellt als auch diskutiert werden, sei der Leser vorab noch mit Nachdruck auf den schon im obig bemühten Adjektiv ‚zentrale' implizit zum Ausdruck kommenden Sachverhalt hingewiesen, dass allen voran aus dem Fundus des uni-, bi- und multivariat analysierten WPSQAAT-Datensatzes ausnahmslos die für Forschung und Praxis bedeutendsten Ergebnisse angeführt werden, da *bspw.* eine minuziöse Wiedergabe der statistischen Kennwerte (Mittelwert, Schiefe, Kurtosis) aller 244 Items nicht nur den Rahmen der Arbeit gesprengt sondern auch dem Lesefluss und der luziden Ergebnispräsentation mehr als abträglich gewesen wäre.[3] Darüber hinaus sei noch *in nuce* angemerkt, dass der Autor zugunsten der Lesbarkeit auf eine weitschweifige Erläuterung der in Betrieb genommenen statistischen Analyseverfahren (z.B. nichtparametrische Tests, explorative Faktorenanalyse, multiple Regressionsanalyse, Interkorrelationsanalyse usw.) Verzicht übte.[4]

9.1 Zentrale Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

In einem ersten Schritt werden wir nun im Folgenden – ehe in Kapitelunterpunkt 9.2 die Ergebnisse des qualitativen Untersuchungsganges (Bildertestgestütztes Interview) und in den Kapitelabschnitten 9.3 und 9.4 einerseits die Konstruktvalidierung mittels MTMM sowie andererseits die Abgleichung zwischen den Gesamtzufriedenheitswerten (ZUF-3) und dem in der Interviewsituation eingeschätzten nonverbalen Zufriedenheitsaufkommen (WAbbZ) vollzogen wird – die basalen Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung (WPSQAAT) erläutern;, wobei in diesem Zusammenhang neben der Schwachstellenanalyse („*ist der WPSQAAT hinreichend kritiksensitiv?*") insbesondere die Fragen nach der differentiellen Validität („*bildet der Fragebogen Wertunterschiede zwischen den einzelnen Stationen ab?*") sowie der Übereinstimmung zwischen der a priori angenommenen Faktorenstruktur[5] und der empirischen Realität besonderes relevant sind.

[1] SLOTERDIJK 1991: 161
[2] SCHLIMME 2007: 78
[3] Jenen Lesern, die einen Einblick in den Gesamtdatensatz nehmen möchten, stelle ich diesen – nach vorheriger elektronischer Kontaktaufnahme unter timundcharlotte@aol.com – selbstverständlich zur Verfügung.
[4] Im Rahmen der quantitativen Datenauswertung griff der Autor vorrangig auf die sowohl grundlagentheoretische als auch anwendungsbezogene Lesebedürfnisse saturierenden Arbeiten von BORTZ & DÖRING (2002,) BACKHAUS et al. (2003) und BÜHL (2008) zurück.
[5] siehe dazu Kapitelpunkt 8.3.1.2

9.1.1 Gesamtzufriedenheit

Betrachten wir zunächst den Gesamtzufriedenheitsmittelwert des von SPIEßL et al. (1996) entwickelten und in den WPSQAAT aufgenommene ZUF-3, so erhalten wir einen Wert von $\overline{\chi}_{arithm} = 1,76$.[6] Da nun der Wert 1 für „sehr zufrieden" und der Wert 4 für „sehr unzufrieden" steht kann gemäß des in Erfahrung gebrachten Mittelwertes von einer hohen Zufriedenheit der Patienten mit der von ihnen in Anspruch genommenen Entwöhnungsbehandlung ausgegangen werden.

Stellen wir nun aufgrund der in Kapitel 6 geschilderten Problematik, dass in die Errechnung von Gesamtzufriedenheitswerten – so auch beim ZUF-3 – vornehmlich global gestellte Items, die im Gegensatz zu spezifischen Fragestellungen zumeist ausnahmslos am positiven Ende der Antwortskala (*Decken-Effekt*) beantwortet werden, Einzug halten, dem errechneten ZUF-3 Mittelwert das arithmetische Mittel des WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitswertes, welcher als Summscore aus den Mittelwerten der verdichteten Variablen „*Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal*", „*Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung*", „*Zufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie*", „*Zufriedenheit mit Service und Unterbringung*", „*Zufriedenheit mit dem Stationsklima und den Mitpatienten*" sowie „*Qualität und Image der Klinik*" gebildet wurde, gegenüber, so erhalten wir einen Wert von $\overline{\chi}_{arithm} = 2,32$. In der Summe bestätigt der WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitswert, da den Statements des WPSQAAT eine sechsstufige Likertskala zugrunde lag, somit das im wahrsten Sinne des Wortes zufrieden stellende Ergebnis des ZUF-3.

Rekodieren wir nun zur Erhaltung eines prozentualen Gesamtzufriedenheitswertes sowohl die Antwortkategorien des ZUF-3 – statt „sehr zufrieden", „weitgehend zufrieden", „leicht unzufrieden" und „ziemlich unzufrieden" die Werte 100-66-33-0 – sowie des WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitsmittelwertes – wobei hier anstatt der bekannten sechs Zustimmungsgrade die Werte 100-80-60-40-20-0 verwendet werden – so ergibt sich das folgende Bild: Getreu den drei Items des ZUF-3 zeigten sich 74% und gemäß des WPSQAAT-Summencores 79% der befragten Patienten mit der Behandlung zufrieden.

9.1.1.1 Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit zwischen den Stationen

Zur Überprüfung der Frage, ob sich die drei untersuchten Stationen hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit ihrer Patienten signifikant voneinander unterscheiden, werden wir im Folgenden für den ZUF-3 den nichtparametrischen H-Test nach Kruskal und Wallis und für den WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitswert den Mittelwertsvergleichstest mittels einfaktorieller ANOVA zur Rate ziehen, da der ZUF-3 im Unterschied zum WPSQAAT-GZW im Lilliefors-Test keine Normalverteilung (p=0,00 versus p=0,200) aufwies.

Wie der Leser nun anhand der nachstehend abgebildeten Ergebnissen des H-Test nach Kruskal und Wallis ablesen kann, weisen – wenn auch nicht signifikant (p=0,166) – die Patienten des Hauses Schmidt („Neubau") die höchsten und die Patienten des Hauses Brauer („Altbau") die niedrigsten Zufriedenheitswerte auf.

[6] Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass der ZUF-3 in der vorliegenden Untersuchung mit einem Cronbachs Alpha Wert von ,78 ein ausreichend hohes Konsistenzmaß aufwies.

Ränge

	Station	N	Mittlerer Rang
ZUF_3	Haus Koch	11	16,95
	Haus Schmidt	11	12,23
	Haus Brauer	9	19,44
	Gesamt	31	

Statistik für Test[a,b]

	ZUF_3
Chi-Quadrat	3,588
df	2
Asymptotische Signifikanz	,166

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Station

Abb. 120: Gesamtzufriedenheitsunterschiede zwischen den untersuchten Stationen

Zu einem inhaltlich fast identischen Ergebnis führt nun auch die Untersuchung des WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitsmittelswert via einfaktorieller ANOVA, wobei die Patienten des Hauses Schmidt ein arithmetisches Mittel von 1,9 und die beiden anderen Häuser ein gleich aufliegendes $\overline{\chi}_{arithm}$ von 2,4 zur Schau tragen. *Expressiv verbis* sei in diesem Zusammenhang allerdings darauf hingewiesen, dass im Rahmen der einfaktoriellen ANOVA die Nullhypothese – der zufolge hinsichtlich der Gesamtzufriedenheitswerte zwischen Stationen keine Unterschiede existieren – aufgrund der geringen Irrtumswahrscheinlichkeit von p=0,044 verworfen werden kann. Pointiert formuliert bedeutet dies, dass die PZ zwischen den Stationen in signifikanter weise variiert. Eingedenk der explizierten statistischen Limitation des ZUF-3-Mittelwertvergleichs können die zuletzt aufgezeigten Stationsunterschiede nach Ansicht des Autors zweifelsohne als Kennzeichen einer gegebenen differentiellen Validität des WPSQAAT gewertet werden.

9.1.1.2 Zusammenhang zwischen ZUF-3 und WPSQAAT-Gesamtzufriedenheitsscore

Setzen wir nun unsere bereits in Kapitelpunkt 8.3.1.1.5 ausformulierte Intention, *nudis verbis* die Bestimmung des Zusammenhangs zwischen dem ZUF-3 und dem WPSQAAT-GZW in die Tat um, so werden wir – wie der Abbildung 121 zu entnehmen ist – eines hochsignifikanten, mittelstarken Korrelationskoeffizienten von 0,647 teilhaftig.

Korrelationen

			ZUF_3	WPSQAAT_GZ
Spearman-Rho	ZUF_3	Korrelationskoeffizient	1,000	,647**
		Sig. (2-seitig)	.	,001
		N	31	24
	WPSQAAT_GZ	Korrelationskoeffizient	,647**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,001	.
		N	24	24

Abb. 121: Zusammenhang zwischen dem ZUF-3 und dem WPSQAAT-GZW

Besonders erwähnenswert erscheint dem Autor vor diesem Hintergrund der Tatbestand, dass mit dem WPSQAAT-GZW ein nahezu identischer Korrelationswert zum ZUF-3-Globalwert wie die

von MÖLLER-LEIMKÜHLER und Mitarbeitern entwickelte *‚Munich Patient Satisfaction Scale'* (MFBB-24), welche eine Korrelation von r=0,65 zum ZUF-3 unterhält[7], erzielt werden konnte.

9.1.2 Schwachstellenanalyse

Ehe nun in den unmittelbar nachstehenden Zeilen all jene Items aufgelistet und diskutiert werden sollen, die entsprechend des in Kapitel 6 formulierten Grenzwertes einen Zufriedenheitswert unterhalb von 75% (Berücksichtigung der ersten beiden positiven Antwortoptionen) aufweisen, so sei vorab angemerkt, dass in der Skala *‚Veränderungen durch die Therapie'* ob des Stichtagserhebungscharakters die dritte Antwortkategorie, in Worten die Antwortmöglichkeit „*leicht gebessert*", mit in die Bildung des Grenzwertes eingeschlossen wird, da aufgrund des Einschlusskriteriums von einer mindestens dreiwöchigen Therapiedauer davon ausgegangen werden kann, dass noch nicht in allen der abgefragten Veränderungsbereiche entscheidende Verbesserungen eingetreten sind. Ferner sei der Leser an dieser Stelle darüber informiert, dass ein Gutteil der in den kommenden Unterkapiteln kenntlich gemachten Schwachstellen erst in Verbindung mit den Ergebnissen des projektiven Bildererzähl-Interviews an hermeneutischer Tiefe gewinnen.

9.1.2.1 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala *‚Veränderungen durch die Therapie'*

Blenden wir für einen Moment die Einzelergebnisse der insgesamt 64 Items umspannenden direkten Veränderungsskala des WPSQAAT aus und halten uns – wie in der gegenwärtigen Forschung leider noch allzu häufig praktiziert – zur Einschätzung des Therapieerfolgs an die beiden folgenden Items „*Insgesamt bin ich mit dem Therapieerfolg, den ich während meiner Behandlung erreicht habe...*" (Zufriedenheitsangabe auf einer fünfstufigen, verbal hinterlegten Smiley-Skala) sowie „*Wie zuversichtlich sind Sie im Moment, dass Sie in den nächsten drei Monaten abstinent bleiben können?*" (Antwortmöglichkeit auf einer VSA von 0=‚gar nicht zuversichtlich' bis 100='sehr zuversichtlich"), so gelangen wir *prima facie* zu der Einsicht, dass – wie u.a. die untere Abbildung 122 offenbart – *in puncto* Therapieoutcome an und für sich kein Handlungsbedarf besteht, da immerhin 79,5% der Patienten mit dem erreichten Therapieerfolg zufrieden und der durchschnittliche Abstinenzzuversichtswert für die nächsten drei Monate gar bei $\overline{\chi}_{artith} = 82,6$ liegt.

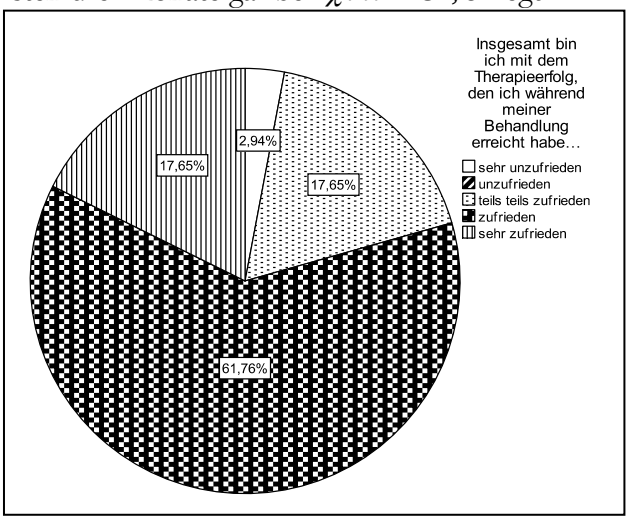


Abb. 122: Therapieerfolgs-Zufriedenheit

[7] vgl. MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL 2003

Wie nun allerdings bereits ein flüchtiger Blick auf die in der weiter unten abgebildeten Tabelle zusammengetragenen Veränderungsstatements, bei denen weniger als 75% der befragten Patienten von den ersten drei Antwortkategorien gebraucht machten, bedarf es einer gründlichen Revision der obig explizierten *Prima-Vista-Diagnose*.

Item	wesentlich gebessert	deutlich gebessert	leicht gebessert	kumulativer Veränderungswert
1. Meine Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, hat sich	5,7%	31,4%	34,3%	**71,4%**
2. Meine Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen, hat sich	11,4%	20%	40%	**71,4%**
3. Meine Fähigkeit, anderen Menschen positive Erlebnisse und Gefühle mitzuteilen, hat sich	8,6%	31,4%	34,3%	**74,3%**
4. Meine Fähigkeit, mir in Tagträumen meine Zukunft auszumalen, hat sich	2,9%	22,9%	25,7%	**51,4%**
5. Meine Fähigkeit, mich an schönen Erinnerungen zu erfreuen, hat sich	5,9%	29,4%	26,5%	**61,8%**
6. Meine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	14,3%	34,3%	11,4%	**60%**
7. Meine Fähigkeit, mir genussvolle Momente zu erlauben (Motto: „Ich bin es wert, dass es mir gut geht"), hat sich	17,1%	34,3%	22,9%	**74,3%**
8. Meine Fähigkeit, mir selbst etwas Gutes zu tun, hat sich	2,9%	40%	31,4%	**74,3%**
9. Meine Fähigkeit, zu lachen, hat sich	17,1%	28,6%	17,1%	**62,9%**
10. Meine Fähigkeit, mir positive Gedanken über meine eigene Person zu machen (z.B. "Ich finde mich ganz in Ordnung" oder "Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden"), hat sich	8,6%	34,3%	28,6%	**71,4%**
11. Meine Fähigkeit, mich nach bewältigten Aufgaben/Problemen selbst zu loben (z.B. "Das habe ich gut hingekriegt"), hat sich	11,8%	26,5%	23,5%	**61,8%**
12. Meine Fähigkeit, mich von sorgenvollen Gedanken abzulenken, hat sich	8,6%	20%	34,3%	**62,9%**
13. Meine Fähigkeit, nach dem zu Bett gehen zügig, ohne lange Wachliegen einzuschlafen, hat sich	14,3%	28,6%	31,4%	**74,3%**
14. Meine Fähigkeit, Nachts von schönen Dingen zu träumen, hat sich	5,7%	25,7%	14,3%	**45,7%**
15. Meine Fähigkeit, mich selbst wie einen guten Freund zu behandeln, hat sich	2,9%	29,4%	41,2%	**73,5%**
16. Meine Fähigkeit, mich an Aktivitäten (z.B. Sport) so hinzugeben, dass ich mich dabei selbst vergesse, hat sich	2,9%	20%	31,4%	**54,3%**
17. Meine Fähigkeit, mich so in eine Tätigkeit (z.B. Rätsel) zu vertiefen, dass ich darüber die Zeit ganz vergesse, hat sich	2,9%	17,1%	48,6%	**68,6%**
18. Meine Fähigkeit, dem Leben wieder einen Sinn zu geben, hat sich	14,3%	40%	14,3%	**68,6%**
19. Meine Fähigkeit, zu erkennen, für was es sich im Leben zu kämpfen lohnt, hat sich	17,6%	29,4%	23,5%	**70,6%**
20. Meine Fähigkeit, mich für diejenigen Lebensinhalte einzusetzen, die mir persönlich „am Herzen liegen" (z.B. Partnerschaft, Familie, soziales Engagement), hat sich	14,7%	29,4%	23,5%	**67,6%**
21. Meine Fähigkeit, mit einsamen Momenten umzugehen, hat sich	2,9%	20%	37,1%	**60%**
22. Meine Fähigkeit, mir Situationen des Alleinseins so angenehm wie möglich zu gestalten, hat	/	28,6%	34,3%	**62,9%**
23. Meine Fähigkeit, bei Bedarf andere Menschen um Unterstützung zu bitten, hat sich	5,9%	20,6%	32,4%	**58,8%**
24. Meine Fähigkeit, gute Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen, hat sich	11,4%	20%	25,7%	**57,1%**
25. Meine Fähigkeit, mich in andere Menschen hineinzuversetzen, hat sich	8,6%	28,6%	31,4%	**68,6%**
26. Meine Fähigkeit, Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen, hat sich	/	31,4%	31,4%	**62,9%**
27. Meine Fähigkeit, auch mal „Nein" sagen zu können, hat sich	8,6%	31,4%	25,7%	**65,7%**
28. Meine Fähigkeit, in Diskussionen meine Meinung zu verteidigen, hat sich	5,7%	25,7%	20%	**51,4%**
29. Meine Fähigkeit, Kritik annehmen und akzeptieren zu können, hat sich	5,7%	22,9%	40%	**68,6%**
30. Meine Fähigkeit, unbekannte Mitmenschen um Auskunft (z.B. Uhrzeit) zu bitten, hat sich	8,6%	14,3%	22,9%	**45,7%**
31. Meine Fähigkeit, mit einem Fremden ein Gespräch anzufangen, hat sich	5,9%	23,5%	29,4%	**58,8%**
32. Meine Selbstsicherheit hat sich durch die Therapie insgesamt	17,1%	17,1%	37,1%	**71,4%**
33. Meine Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, hat sich	11,4%	22,9%	37,1%	**71,4%**
34. Meine Fähigkeit, mir bei gesundheitlichen Beschwerden selbst zu helfen, hat sich	2,9%	37,1%	22,9%	**62,9%**
35. Meine Fähigkeit, mit finanziellen Angelegenheiten umzugehen, hat sich	8,8%	17,6%	29,4%	**55,9%**
36. Meine Fähigkeit, die täglichen Anforderungen in Familie/Partnerschaft zu erfüllen, hat sich	3%	30,3%	36,4%	**69,7%**
37. Meine Arbeitsfähigkeit hat sich durch die Therapie	5,7%	28,6%	25,7%	**60%**
38. Meine Fähigkeit, die täglichen Anforderungen im Beruf zu erfüllen, hat sich	2,9%	23,5%	17,6%	**44,1%**
39. Meine berufliche Perspektive hat sich durch die Behandlung insgesamt	5,7%	20,6%	17,6%	**44,1%**

Tab. 147: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Veränderungen durch die Therapie'

Versuchen wir nun die insgesamt 39 tabellarisch aufgelisteten Problem-Items aus der direkten Veränderungsskala in übergeordnete Veränderungsbereiche zu überführen, so zeigt sich unter Rückgriff auf die in Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.4.1 illustrierte (apriorische) Faktorenstruktur, dass allen voran in den suchttherapeutisch relevanten Veränderungsdimensionen *‚Euthymes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire'*, *‚Sinnhaftigkeit (noogene Grundspannung) und existentielle Bewältigungsressourcen'* sowie *‚Selbstsicherheit'* subjektiv unzureichende Verbesserungen erzielt wurden. Zur weiteren Erhärtung der in den beiden zuletzt genannten Veränderungsbereichen bestehenden Unzulänglichkeiten sei ferner darauf hingewiesen, dass einerseits nur 50% der befragten Patienten zur Beantwortung des in der 14 Items säumenden Skala *'Beurteilung von Therapiemaßnahmen'* platzierte Statements „*Mit dem Selbstsicherheitstraining (SST) war ich zufrieden*" die ersten beiden Antwortvorgaben (‚trifft völlig zu' und ‚trifft zu') nutzten sowie das andererseits der Lebenssinn-Mittelwert des SOC-L9[8] nur bei 5,8 Punkten (0=gar nicht sinnvoll bis 10=sehr sinnvoll) lag.

Ohne nun dem in der abschließenden Kapitelsynopsis (9.5) ausführlich zu diskutierenden Empfehlungskatalog zur Ausbesserung des *bis dato* bestehenden Therapiekonzepts zu sehr vorgreifen zu wollen, legen die obig aufgezeigten Veränderungs-Defizite sowohl eine stärkere Einbeziehung logotherapeutischer und eutyhmer Therapiemanuale (z.B. Sinn-Gruppe, Kleine Schule des Genießens usw.) als auch eine genauere, qualitative Inaugenscheinnahme des dem Anschein nach kausalen Zusammenhangs zwischen den geringfügigen Selbstsicherheits-Verbesserungsangaben und der ausgeprägten Unzufriedenheit mit der speziell auf diesen Veränderungsbereich zugeschnittenen Indikationsgruppe 'Selbstsicherheitstrainings', nahe.

9.1.2.2 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala *‚Zufriedenheit mit dem Klinik-Personal'*

Schließen wir nun im Folgenden aufgrund der in Kapitel 6 suffizient beschriebenen Tendenz zum positiven Antwortverhalten die dritte Antwortoption Namens *‚trifft vielleicht zu'* aus der Itemgesamtzufriedenheitserrechnung aus, so zeigten sich die befragten Patienten innerhalb der nur vier Items umfassenden Skala *‚Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal'* einerseits mit der ärztlichen Betreuung (64,7%) sowie andererseits mit der Betreuung durch die Co-Therapeuten (72,7%) nicht sonderlich zufrieden. Ohne nun über mögliche Gründe, welche für dieses Unzufriedenheitsaufkommen verantwortlich zu machen sind, spekulieren zu wollen, sei dem Leser an dieser Stelle schon soviel verraten, als dass innerhalb des Interviewauswertungskapitelunterpunktes 9.2 einige plausible Erklärungsansätze – insbesondere zur Erhellung der Unzufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung – artikuliert werden.

9.1.2.3 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala *‚Beziehung zum Bezugstherapeuten'*

Weisen wir nun in Analogie zur Veränderungsskala die nachstehend aufgeführten 30 Problem-Items (<75%) aus der Skala *‚Beziehung zum Bezugstherapeuten'* thematischen Oberpunkten – wobei uns die in Kapitel 8.3.1.1.4.4 veranschaulichte *ex ante* Faktorenstruktur als Interpretationsfolie dient – zu, so werden wir des Umstandes gewahr, dass das Hauptdefizit in einer als mangelhaften

[8] Zur Ermittlung des ‚Lebenssinn-Gesamtmittelwertes' wurden die jeweiligen Mittelwerte der Items 2, 3, 6 und 9 der Leipziger-Kohärenzsinn-Kurzskala (SOC-L9) zuerst addiert und anschließend durch die Anzahl der einbezogenen Items dividiert. *Expressis verbis* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Antwortformate der inkludierten Items 2 und 3 der SOC-L9 vorab rekodiert wurden.

erlebten Umsetzung des ‚*Shared-decision-making-Ansatzes*'[9] lokalisiert liegt. Neben dieser Kardinalproblematik schnitten ferner in der Kategorie ‚*therapeutischen Basisverhalten*' das Einfühlungsvermögen (Empathie)[10] sowie die angemessene therapeutische Selbstoffenbarung[11] unterdurchschnittlich ab. Darüber hinaus lassen auch die Dimensionen ‚*Behandlungsoptimismus*' (Passung der Therapie)[12] und ‚*Remoralisierung*'[13] ausreichend Spielraum für mögliche Verbesserungsmaßnahmen (siehe Kapitelpunkt 9.5) erkennen

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zufriedenheitswert
1. Der Therapeut erklärte mir die einzelnen Schritte der Behandlung.	20%	54,3%	**74,3%**
2. Der Therapeut vermittelte mir glaubhaft, dass die Therapie mir helfen wird.	37,1%	37,1%	**74,3%**
3. Der Therapeut gab mir das Gefühl »Experte meiner Krankheit« zu sein.	22,9%	42,9%	**65,7%**
4. Der Therapeut begegnete mir auf Augenhöhe.	36,4%	36,4%	**72,7%**
5. Der Therapeut interessierte sich dafür, welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen ich an die Therapie habe.	28,6%	45,7%	**74,3%**
6. Der Therapeut ermutigte mich, meine Meinung über die therapeutische Behandlung zu äußern.	25,7%	42,9%	**68,6%**
7. Der Therapeut orientierte sich in seinem Handeln an meinen Bedürfnissen.	22,9%	40%	**62,9%**
8. Der Therapeut ermöglichte es mir, den Therapieprozess aktiv mitgestalten zu können.	25,7%	40%	**65,7%**
9. Der Therapeut stimmte mit mir zusammen die einzelnen Schritte der Behandlung ab	17,1%	37,1%	**54,3%**
10. Der Therapeut vereinbarte gemeinsam mit mir die Ziele der Behandlung.	17,1%	37,1%	**54,3%**
11. Der Therapeut übernahm in Krisenzeiten die Verantwortung und entschied stellvertretend für mich, was das Beste für mich sei.	8,8%	38,2%	**47,1%**
12. Die Beziehung zum Therapeuten war kooperativ-partnerschaftlich.	17,6%	47,1%	**64,7%**
13. Ich fühlte mich in der Beziehung zum Therapeuten geborgen und geschützt.	22,9%	42,9%	**65,7%**
14. Der Therapeut wusste ganz genau, was ich dachte und fühlte.	8,8%	41,2%	**50%**
15. Der Therapeut konnte sich gut in mich hineinversetzen und meine Probleme nachvollziehen.	11,8%	47,1%	**58,8%**
15. Ich hatte niemals das Gefühl, dass der Therapeut etwas anderes über mich denkt, als er sagt.	23,5%	47,1%	**70,6%**
16. Der Therapeut teilte mir mit, wie er sich selbst in bestimmten Lebenssituationen fühlt und verhält.	6,1%	24,2%	**30,3%**
17. In den Einzelgesprächen viel es mir leicht, alle Themen anzusprechen, die mich wirklich bewegten.	39,4%	21,2%	**60,6%**
18. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	32,4%	29,4%	**61,8%**
19. Ich fühlte mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	13,3%	50%	**63,3%**
20. Der Therapeut stärkte meine Zuversicht, zukünftige Probleme aus eigner Kraft meistern zu können.	13,3%	56,7%	**70%**
21. Ich hatte das Gefühl, dass ich und der Therapeut an einem Strang ziehen	16,7%	43,3%	**60%**
22. Der Therapeut arbeitete nicht nur an meinen Schwächen, sondern zeigte mir meine Stärken und Fähigkeiten auf.	16,7%	53,3%	**70%**
23. Die Anregungen und Empfehlungen des Therapeuten waren für mich passend.	20%	50%	**70%**
24. Die Vorgehensweise des Therapeuten war für die Lösung meiner Probleme genau richtig.	20%	43,3%	**63,3%**
25. Der Therapeut fand in jeder Situation die für mich richtigen Worte	20%	40%	**60%**
26. Der Therapeut war vom Therapiekonzept der Station überzeugt	20%	43,3%	**63,3%**
27. Die Therapiesitzungen waren klar strukturiert und wiesen einen roten Faden auf.	22,6%	41,9%	**64,5%**
28. Ich habe durch die Gespräche mehr Vertrauen zu mir selbst und meinen Fähigkeiten bekommen	19,4%	45,2%	**64,5%**
29. Nach den Einzelsitzungen hatte ich häufig den Eindruck Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich vorher nicht gewachsen gefühlt habe.	16,1%	41,9%	**58,1%**
30. Die Erfahrungen in den Einzelsitzungen haben mir Mut gemacht.	22,6%	51,6%	**74,2%**

Tab. 148: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Beziehung zum Bezugstherapeuten'

[9] siehe dazu die in der Tabelle 148 abgebildeten Items 1 und 3-12
[10] siehe dazu die in der Tabelle 148 angeführten Items 14 und 15
[11] siehe dazu das Item Nr. 16 in der Tabelle 148
[12] siehe dazu die Items 1, 18, 23 und 24 in der obigen Tabelle
[13] siehe dazu die in der Tabelle 148 enumerierten Items 20, 22, 28, 29 und 30

Setzen wir nun abschließend die insgesamt 54 Items der Skala ‚*Beziehung zum Bezugstherapeuten*' ins Verhältnis zum Globalzufriedenheitswert des ZUF-3 – wobei in der nachstehenden Tabelle ausschließlich jene Items berücksichtigt werden, die einen Korrelationswert von mindestens 0,5 (Spearmann-Rho) zur Schau tragen – so gelangen wir zu der aufschlussreichen Erkenntnis, dass neben den Komponenten ‚*uneingeschränktes Therapeutenvertrauen*' (Item-Nr. 1) und ‚*Transparenz des Therapieverlaufs*' (Item-Nr.2) die Dimensionen ‚*Behandlungsoptimismus/Passung*' (Items 5, 8, 10, 13, 14, 15), ‚*Remoralisierung*' (Items 4, 6, 9) sowie die Realisierung des *‚Shared-decision-making-Ansatzes'* (Items 3, 7, 11, 12, 16) die höchsten Korrelationswerte zum ZUF-3 aufweisen.

	ZUF-3 (Spearman-Rho)
1. Ich hatte das Gefühl, dem Therapeuten in jeglicher Hinsicht vertrauen zu können.	**‚683****
2. Die Therapiesitzungen waren klar strukturiert und wiesen einen roten Faden auf.	**‚629****
3. Der Therapeut bereitete mich gezielt darauf vor, was in der Therapie von mir erwartet wird.	**‚612****
4. Die Erfahrungen in den Einzelsitzungen haben mir Mut gemacht.	**‚608****
5. Der Therapeut vermittelte mir glaubhaft, dass die Therapie mir helfen wird.	**‚605****
6. Die Einzeltherapiestunden halfen mir dabei meine Therapieziele zu erreichen.	**‚601****
7. Der Therapeut begegnete mir auf Augenhöhe.	**‚592****
8. Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	**‚585****
9. Nach den Einzelsitzungen hatte ich häufig den Eindruck Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich vorher nicht gewachsen gefühlt habe.	**‚577****
10. Die Vorgehensweise des Therapeuten war für die Lösung meiner Probleme genau richtig.	**‚567****
11. Der Therapeut interessierte sich dafür, welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen ich an die Therapie habe.	**‚562****
12. Der Therapeut erklärte mir die einzelnen Schritte der Behandlung.	**‚542***
13. Der Therapeut stärkte mein Vertrauen in die Behandlung	**‚537****
14. Der Therapeut stellte im richtigen Augenblick, die für mich hilfreichen Fragen.	**‚525****
15. Der Therapeut fand in jeder Situation die für mich richtigen Worte	**‚511****
16. Der Therapeut vermittelte mir das Gefühl, dass meine persönliche Wahrnehmung der Therapie gefragt ist.	**‚508****

Tab. 149: Korrelative Zusammenhänge zwischen der Skala ‚Beziehung zum Bezugstherapeuten' und dem ZUF-3

9.1.2.4 Kritische Patientenangaben innerhalb der ‚*Gruppenpsychotherapie-Skalen*'

Nehmen wir nun in einem ersten Schritt – ehe in der Tabelle 150 jene Items aus den Gruppenpsychotherapie-Skalen enumeriert werden, welche einen Zufriedenheits- *resp.* Zustimmungsgrad unterhalb der 75% Marke aufweisen – die Antworten der Patienten auf die zum Schluss der Gruppenpsychotherapie-Skala gestellt Frage nach der Zufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie insgesamt, so lässt bereits der überraschend niedrige Zufriedenheitswert von 59,4% (siehe Abb. 123) erahnen, dass sich über den insgesamt 22 Items der Skala ‚*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*'[14] eine verstärkte Unzufriedenheitsbeseeltheit ergießt.

[14] Nicht berücksichtigt wurden die vier Items zur Gesamtbewertung der Gruppenpsychotherapie, zu denen unter anderem das Item ‚*Insgesamt bin ich mit der Gruppenpsychotherapie zufrieden*' zählt.

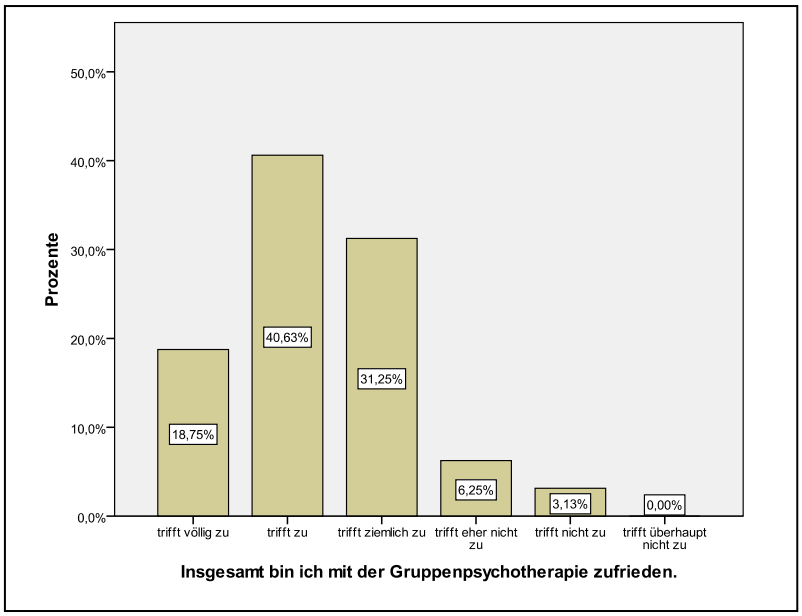


Abb. 123: Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie

Wie nun der nachstehen Tabelle 150 entnommen werden kann, unterschritten insgesamt 19 der alles in allem 21 Gruppenpsychotherapie-Items die neuralgische 75% Grenze.

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zustimmungswert
1. Ich fühlte mich während der Gruppensitzungen körperlich ruhig und entspannt.	12,1%	48,5%	**60,6%**
2. Während der Gruppensitzungen kam ich mit mehreren Gruppenmitgliedern ins Gespräch.	9,1%	51,5%	**60,6%**
3. Ich konnte meine persönlichen Probleme, Nöte, Sorgen und Gefühle ganz offen ansprechen.	15,2%	51,5%	**66,7%**
4. Ich fühlte mich von den Gruppenmitgliedern verstanden	9,1%	48,5%	**57,6%**
5. Ich fühlte mich mit meinen Problemen und Sorgen von der Gruppe angenommen.	15,2%	51,5%	**66,7%**
6. Ich bin auch außerhalb der Therapiestunden gerne mit anderen Gruppenmitgliedern zusammen	18,2%	48,5%	**66,7%**
7. Ich fühlte mich durch die Therapiefortschritte anderer Gruppenmitglieder ermutigt.	12,1%	57,6%	**69,7%**
8. Ich hatte das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden (Wir-Gefühl).	18,2%	42,4%	**60,6%**
9. Die Gruppenmitglieder respektierten sich untereinander.	12,1%	48,5%	**60,6%**
10. Die Gruppenmitglieder umsorgten einander.	3%	51,5%	**54,5%**
11. Die Gruppenmitglieder arbeiteten engagiert an den Zielen der Gruppe	6,1%	27,3%	**33,3%**
12. Die Gruppenmitglieder gingen verschwiegen mit persönlichen Informationen um (Schweigepflicht).	6,5%	41,9%	**48,4%**
13. Während der Gruppensitzungen meldeten sich immer dieselben Gruppenmitglieder zu Wort.	48,5%	24,2%	**72,7%**
14. Unter den Gruppenmitgliedern gab es eine klare hierarchische Ordnung (Anführer, Sündenbock…).	15,2%	30,3%	**45,5%**
15. Der Therapeut verdeutlichte den Gruppenmitgliedern, wie Ihr Verhalten auf andere wirkt.	12,1%	39,4%	**51,5%**
16. Der Therapeut machte auf Gefühle und Vorstellungen aufmerksam, die von den Gruppenmitgliedern selbst nicht oder nur unklar ausgedrückt werden konnten.	6,1%	51,5%	**57,6%**
17. Der Therapeut teilte mit, wie er sich selbst in bestimmten Lebenssituationen fühlt und verhält.	6,1%	27,3%	**33,3%**
18. Der Therapeut griff nur selten strukturierend in den Gruppenprozess ein	6,3%	21,9%	**28,1%**
19. Durch die Person des Therapeuten und sein Verhalten habe ich neue Möglichkeiten für mich entdeckt	12,1%	39,4%	**51,5%**

Tab. 150: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Erfahrungen mit der GPT'

Führen wir nun in Analogie zum vorausgegangenen Kapitelunterpunkt zur Bestimmung jener Gruppenpsychotherapie-Schwachstellenitems, die ob ihrer Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie in der Veränderungsrangliste die vordersten Plätze einnehmen sollten, eine

Korrelationsanalyse (siehe Abb. 124) durch, so zeigt sich, dass im Einklang mit der spezifischen Fachliteratur zwischen den Items der Hintergrundvariable *‚persönliches Gruppenkohäsionsempfinden'* und dem Statement „*Insgesamt war ich mit der Gruppenpsychotherapie zufrieden*" die höchsten Korrelationskoeffizienten bestehen.

Ohne nun an dieser Stelle den Ergebnissen des bildergestützen Interviews, welche uns – soviel sei bereits verraten – einen tiefern Einblick in das dem negativ eingefärbten Gruppenpsychotherapiegesamturteil zugrunde liegenden Ursachengeflecht bescheren wird, zu sehr vorgreifen zu wollen, lässt sich nichtsdestotrotz bereits den in der Tab. 151 abgelichteten Statements entnehmen, dass abgesehen von dem unzufriedenheitsschürenden Hauptagens Namens *‚mangelhafte Gruppenkohäsion'* insbesondere die *‚Verletzung der Schweigepflicht'* sowie die *‚Vorherrschaft einer rigiden, hierarchisch aufgebauten Gruppenstruktur'* (Inflexibilität der soziometrischen Positionen) für den Sachverhalt verantwortlich gemacht werden können, dass nur 59,4% der befragten Patienten die Mine ihres Schreibgerätes in einem der beiden ersten Antwortkategoriekästchen des Items „*Insgesamt war ich mit der Gruppenpsychotherapie zufrieden*" ansetzte.

	Insgesamt war ich mit der Gruppentherapie zufrieden... (Spearman-Rho)
Ich hatte das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden (Wir-Gefühl).	**,691****
Ich konnte meine persönlichen Probleme, Nöte, Sorgen und Gefühle ganz offen ansprechen	**,690****
Ich hatte das Gefühl, dass ich in der Gruppe dazugehöre.	**,679****
Während der Gruppensitzungen kam ich mit mehreren Gruppenmitgliedern ins Gespräch.	**,611****
Ich bin auch außerhalb der Therapiestunden gerne mit den Gruppenmitgliedern zusammen.	**,530****
Die Gruppenmitglieder respektierten sich untereinander.	**,527****
Ich hatte das Gefühl, dass die anderen Gruppenmitglieder mich akzeptierten.	**,500****
Unter den Gruppenmitgliedern gab es eine klare hierarchische Ordnung (Anführer, Sündenbock…).	**-,144**

Tab.. 151: Einflussfaktoren auf die Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie

9.1.2.5 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala *‚Unterbringung und Service'*

Im Rahmen der nunmehr in den nachstehenden Zeilen auf ihre Erläuterung harrenden Schwachstellenangaben aus der Skala *‚Unterbringung und Service'* ist nun unter patientenzufriedenheitstheoretischen Gesichtspunkten weniger die Analyse der insgesamt 5 Problem-Items (siehe Tab. 152) – die aufgrund ihres hohen Selbsterklärungspotenzials nachfolgend nicht eingehender thematisiert werden – als vielmehr die Überprüfung der Hypothese, inwieweit das Unterbringungszufriedenheitsurteil zwischen den Stationen differiert, von besonderem Interesse; da die untersuchten Station der Warsteiner Klinik – in Analogie zu einigen der in Kapitelpunkt 6.3.3 zur Belegung der patientenseitigen Urteilskompetenz angeführten Studien – für den eingesetzten WPSQAAT insofern eine höchst brisante Gültigkeits-Nagelprobe parat hielten, als dass die Patienten der Station ‚Haus Schmidt' im Gegensatz zu ihren Mitleidensgenossen in den Stationen ‚Haus Koch' und ‚Haus Brauer' von einer kürzlich renovierten und somit vergleichsweise modern eingerichteten Station beherbergt wurden.

Ziehen wir nun getreu der obigen Ausführungen zur Überprüfung der Nullhypothese, der zufolge es zwischen den Stationen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Patientenzufriedenheit mit der Einrichtung und Gestaltung der Station (z.B. Wandfarbe, Pflanzen etc.) gibt, den Kruskal-Wallis-Test heran, so werden wir unweigerlich mit dem Tatbestand konfrontiert (siehe Abb. 125),

dass die vorausgehend ausbuchstabierte Nullhypothese aufgrund der verschwindend geringen Irrtumswahrscheinlichkeit von p=0,007 verworfen werden muss. Kurzum: In Übereinstimmung mit den objektiven Stationsstruktur (Modernisierungsgrad) äußern sich die Patienten des ‚Hauses Schmidt' signifikant zufriedener mit ihrer Unterbringung als die Patienten der sanierungsbedürftigen Stationen ‚Haus Koch' und ‚Haus Brauer'.

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zustimmungswert
1. Ich fühlte mich in meinen Zimmer *bzw.* den Ruhezimmern ungestört (kein Lärm oder Unruhe).	12,1%	51,5%	**63,6%**
2. Mit der Einrichtung und Gestaltung der Station (z.B. Wandfarbe, Pflanzen etc.) war ich zufrieden.	9,1%	30,3%	**39,4%**
3. Mit der Gestaltung der öffentlichen Räume (Flure, Speisesaal, Gruppenräume) war ich zufrieden.	9,1%	42,4%	**51,5%**
4. Mit den Freizeitangeboten der Klinik (z.B. Sport, Veranstaltungen etc.) war ich zufrieden.	12,1%	33,3%	**45,5%**
5. Insgesamt war ich mit den Serviceleistungen der Klinik zufrieden.	24,2%	48,5%	**72,7%**

Tab. 152: Schwachstellen hinsichtlich der Unterbringung und des Services

Ränge

	Station	N	Mittlerer Rang
Mit der Einrichtung und Gestaltung der Station (z.B. Wandfarbe, Pflanzen etc.) war ich zufrieden.	Haus Koch	12	20,75
	Haus Schmidt	12	10,21
	Haus Brauer	9	21,06
	Gesamt	33	

Statistik für Test[a,b]

	Mit der Einrichtung und Gestaltung der Station (z.B. Wandfarbe, Pflanzen etc.) war ich zufrieden.
Chi-Quadrat	9,911
df	2
Asymptotische Signifikanz	,007

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Station

Abb. 125: Unterbringungszufriedenheitswertunterschiede zwischen den untersuchten Stationen

9.1.2.6 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitpatienten*'

Da die janusköpfige Bedeutung der Mitpatientenschaft für den Therapieprozess im Rahmen der Interviewauswertung noch ausführlich diskutiert wird, muss an dieser Stelle aus Gründen der Redundanzvermeidung der Hinweis genügen, dass sich die befragten Patienten – wie der nachstehenden Tabelle entnommen werden kann – allen voran bezüglich des Gemeinschaftslebens sowie des Zusammengehörigkeitsgefühls kritisch äußerten.

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zustimmungswert
1. Die Patienten sind stolz auf ihre Station.	6,3%	34,4%	**40,6%**
2. Die Patienten geben sich sehr viel Mühe bei allem, was sie hier tun.	6,1%	30,3%	**66,7%**
3. Die Patienten unternehmen sehr viel miteinander.	6,1%	15,2%	**21,2%**
4. Auf der Station herrscht ein hohes Zusammengehörigkeitsgefühl.	3%	27,3%	**30,3%**
5. Die Patienten helfen sich gegenseitig.	9,4%	46,9%	**56,3%**
6. Die Patienten auf dieser Station streiten sich selten.	9,4%	37,5%	**46,9%**
7. Die Patienten erzählen sich gegenseitig ihre Probleme.	3,2%	45,2%	**48,4%**
8. Die Patienten sprechen sich wechselseitig Mut zu	6,3%	34,3%	**40,6%**
9. Die Unterstützung der Mitpatienten hat mich in der Therapie ein ganzes Stück weiter gebracht.	9,4%	40,6%	**50%**
10. Die Beziehungen zu meinen Mitpatienten waren für mich überwiegend hilfreich.	9,4%	46,9%	**56,3%**

Tab. 153: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitpatienten'

9.1.2.7 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Wahrnehmung des Stationspersonals*'

Lassen wir nun unseren Blick über die in der Tabelle 154 aufgelisteten Problem-Items aus der Skala ‚*Wahrnehmung des Stationspersonals*' schweifen, so drängt sich ersterhand – analog zu den im Kapitelunterpunkt 9.1.2.3 dargelegten Achillesfersen innerhalb der Bezugstherapeutenbeziehungsbewertung – die Erkenntnis auf, dass der praktische Verwirklichungsprozess einer egalitär-demokratischen Mitarbeiter-Patienten-Beziehung, wie sie gegenwärtig von Seiten des ‚*Shared-decision-making-Ansatzes*' gefordert wird, noch lange nicht als abgeschlossen angesehen werden kann.

Bezüglich der zweiten zentralen Kritikdimension die aus der Tabelle 154 herausgelöst werden kann, in Worten die monierte motivationale Gestimmtheit des Stationspersonals (Item-Nr. 5), sei an dieser Stelle *in nuce* angemerkt, dass wir diesen Kritikpunkt samt des ihm aus Patientensicht vorausgehenden Ursachenkomplexes im Kapitelunterpunkt 9.2 näher in Augenschein nehmen werden.

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zustimmungswert
1. Das Personal ermutigte die Patienten Vorschläge zu machen und Wünsche zu äußern.	15,6%	31,3%	**46,9%**
2. Das Personal ging auf die Vorschläge der Patienten ein.	12,9%	25,8%	**38,7%**
3. Die Mitarbeiter der Station kennen die Patienten und deren Lebensgeschichte sehr gut.	12,5%	40,6%	**53,1%**
4. Das Stationspersonal interessierte sich dafür, wie es den Patienten nach der Entlassung ergeht.	6,5%	48,4%	**54,8%**
5. Das Stationspersonal war stets zuverlässig und motiviert.	9,4%	31,3%	**40,6%**
6. Die Mitarbeiter dieser Klinik arbeiten nach meiner Einschätzung wirklich Hand in Hand.	16,7%	40%	**56,7%**
7. Unter den Mitarbeitern der Station herrscht eine angenehme, harmonische Stimmung.	19,4%	35,5%	**54,8%**
8. Die Mitarbeiter der Station schienen gerne im Team zusammenzuarbeiten.	21,9%	40,6%	**62,5%**
9. Wichtige Fragen entschied das Stationspersonal erst dann, wenn sich alle Mitglieder einig waren.	13,8%	37,9%	**51,7%**
10. Die Stationsmitarbeiter tauschten untereinander häufig ihre Informationen und Erfahrungen aus.	10%	50%	**60%**
11. Die Mitarbeiter der Station waren jederzeit über den aktuellen Behandlungsstand der einzelnen Patienten informiert.	6,5%	48,4%	**54,8%**
12. Das Stationspersonal stand voll und ganz hinter dem Behandlungskonzept.	12,5%	43,8%	**56,3%**
13. Das Stationspersonal und die Patienten zogen an einem Strang.	6,5%	38,7%	**45,2%**
14. Die Mitarbeiter der Station taten alles dafür, dass es den Patienten besser geht.	12,9%	61,6%	**64,5%**
15. Die Beziehung zum Stationspersonal erlebte ich als hilfreich.	9,4%	59,4%	**68,8%**

Tab. 154: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Wahrnehmung des Stationspersonals'

9.1.2.8 Kritische Patientenangaben innerhalb der Skala ‚*Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept*'

Klammern wir nun aufgrund des Stichtagsuntersuchungsdesigns der vorliegenden Studie die Berufs- und Nachsorgevorbereitungsitems – da sich ein Großteil der befragten Patienten noch nicht im letzten Behandlungsabschnitt, in welchem die obig genannten Inhalte verstärkt in den Vordergrund rücken, befand und sie somit diesbezüglich keine *bzw.* ausschließlich negative, dem Therapiekonzept nicht angemessene Angaben tätigen konnten – aus der in den kommenden Zeilen statthabenden Erörterung der kritischen Therapiekonzept-Patientenurteile aus, so können die übrigen Items auf die drei folgenden Defizit-Kategorien verteilt werden: *Erstens* der in den Items 1, 3 und 4 zu Ausdruck kommende *‚Mangel an reellen Partizipationsmöglichkeiten'*. *Zweitens* die in den Items und 15 bis 18 zum Vorschein kommende Erfahrung einer *‚unzureichenden Transparenz von Therapiekonzept und -prozess'* sowie *drittens* das sich in den Items 2 und 14 Bahn brechende Phänomen der ‚*Therapieübersättigung*'.

Item	trifft völlig zu	trifft zu	kumulativer Zustimmungswert
1. Die Patienten dieser Station hatten ein Mitspracherecht	12,9%	45,2%	**58,1%**
2. Ich war der Therapie manchmal überdrüssig.	6,7%	30%	**36,7%**
3. Die Patienten konnten den Stationsalltag aktiv mitgestalten.	12,9%	22,6%	**35,5%**
4. Die Mitarbeiter der Station begegneten den Patienten auf Augenhöhe.	10%	56,7%	**66,7%**
5. Es wurde viel Wert darauf gelegt, mir praktisches Handeln beizubringen.	6,5%	32,3%	**38,7%**
6. Ich habe in dieser Einrichtung Fertigkeiten gelernt, die ich "im Leben" gut gebrauchen kann.	19,4%	32,3%	**51,6%**
7. Ich wurde auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet.	3,2%	16,1%	**19,4%**
8. Es wurde sehr viel wert darauf gelegt, den Patienten praktische Erfahrungen mit auf den Weg zu geben.	9,7%	32,3%	**41,9%**
9. Hier wird großer Wert auf das Training neuer beruflicher Fähigkeiten gelegt.	22,6%	29%	**51,6%**
10. Das Stationspersonal ermutigte die Patienten, Pläne für ihre Zukunft (Zeit nach der Therapie) zu machen.	16,1%	51,6%	**67,7%**
11. Man kümmerte sich darum, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten	19,4%	32,3%	**51,6%**
12. Das Stationspersonal besprach gemeinsam mit mir die weiteren Behandlungsschritte nach Abschluss der stationären Therapie.	16,1%	45,2%	**61,3%**
13. Das Stationspersonal informierte mich ausführlich über mögliche Hilfeleistungen, die im Anschluss an die Therapie für mich hilfreich sein könnten (Nachsorgephase).	19,4%	38,7%	**58,1%**
14. Manchmal schaltete ich gedanklich ab, weil mir die therapeutischen Rückmeldungen zuviel wurden.	6,5%	25,8%	**32,3%**
15. Die Stationsmitarbeiter benachrichtigten die Patienten, wenn Sie Fortschritte in der Therapie gemacht haben.	6,5%	35,5%	**41,9%**
16. Ich wusste nie genau, wann meine Behandlung soweit fortgeschritten war, dass sie beendet werden konnte.	3,3%	16,7%	**20%**
17. Ich wusste während der Behandlung manchmal nicht ganz genau, was die Therapeuten mit mir vorhaben.	12,9%	9,7%	**22,6%**
18. Mir war manchmal nicht ganz einsichtig, was verschiedene Therapiemaßnahmen miteinander zu tun haben.	6,3%	21,9%	**28,1%**
19. Ich fühlte mich während der Behandlung ab und zu etwas hilflos, da ich nicht genau wusste, was mit mir geschieht.	3,1%	15,6%	**18,8%**
20. Die Patienten wurden über Sinn und Zweck der einzelnen Therapiemaßnahmen nicht ausreichend informiert.	21,9%	18,8%	**40,6%**

Tab. 155: Schwachstellen im Rahmen der Skala ‚Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept'

9.1.3 Faktorenanalytische Überprüfung der apriorischen WPSQAAT-Skalendimensionierung ‚*Veränderungen durch die Therapie*' sowie ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'

Wenn nun in den nachfolgenden Zeilen die Items der beiden WPSQAAT-Skalen ‚*Veränderungen durch die Therapie*' sowie ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' einer explorativen Faktorenanalyse – genauer gesagt einer Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit anschließender Variamx-Rotation – unterzogen werden, so geschieht dies – wie bereits der Kapitelpunktüberschrift entnommen werden kann – auf der einen Seite mit der Intention, die im Kapitel 8 auf theoretischem Wege postulierten Skalendimensionen anhand der empirischen Wirklichkeit auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen. Auf der anderen Seite gründet die Anwendung des faktoreanalyti-

schen Verfahrens in der Absicht des Autors, die Zusammenhänge zwischen den jeweilig aus den beiden zur Disposition stehenden Skalen extrahierten Faktoren via Interkorrelationsanalyse bestimmen zu können (siehe Kapitel 9.1.3.3).

9.1.3.1 Explorativ faktorenanalytische Untersuchung der WPSQAAT-Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*'

Führen wir nun an 59 der ursprünglich 64 Items der WPSQAAT-Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*' – die 5 Items zum Veränderungsbereich ‚*Arbeitsfähigkeit und berufliche Perspektive*' wurden sowohl aus dem vorangehend erläuterten Gründ des Stichtagserhebungscharakters der hiesigen Studie, als auch aufgrund ihrer schwachen korrelativen Beziehungen zu den übrigen Variablen (nachteilige Senkung des *Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums*[15]) nicht in die Berechnung eingezogen – eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Variamxrotation (Ausschluss von Faktorenladungen < 0,4) durch, so können wir unter Anwendung des ‚*Scree-Tests*'[16] insgesamt fünf Faktoren, die eine Gesamtvarianz von 71,4% aufklären, extrahieren. Ehe nun die einzelnen Faktoren in der nachstehenden Tabelle näher dargestellt und anhand ihrer ‚Markierungvariablen'[17] interpretiert werden, sei vorab darauf hingewiesen, dass eine im Anschluss an die Hauptkomponentenanalyse bemühte Reliabilitätsanalyse die gewählte Faktorenziehung insofern uneingeschränkt unterstützt, als dass die zu Tage geförderten Cronbachs Alpha-Koeffizienten (internes Konsistenzmaß) mit Werten zwischen 0,78 und 0,97 im mehr als akzeptablen Bereich lagen.

Faktor 1: Optimistische Kompetenzzuversicht, Soziale Kompetenz und generelle Problemlösungskompetenz (erklärte Varianz: 35,1% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,97)	**Faktorenladung**
1. Meine Fähigkeit, sehr viel von dem zu bestimmen, was in meinem Leben passiert, hat sich	,944
2. Meine Fähigkeit, mir Situationen des Alleinseins so angenehm wie möglich zu gestalten, hat sich	,916
3. Meine Fähigkeit, die Widrigkeiten des Lebens auch mal mit Humor zu nehmen, hat sich	,908
4. Meine Fähigkeit, anderen Menschen positive Erlebnisse und Gefühle mitzuteilen, hat sich	,903
5. Meine Fähigkeit, gute Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen, hat sich	,900
6. Meine Fähigkeit, neuartige Aufgaben oder Problemstellungen zu bewältigen, hat sich	,896
7. Meine Fähigkeit, mich selbst wie einen guten Freund zu behandeln, hat sich	,889
8. Meine Fähigkeit, Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen, hat sich	,887
9. Meine Fähigkeit zu lachen hat sich	,874
10. Meine Fähigkeit, mir selbst etwas Gutes zu tun, hat sich	,866
11. Meine Fähigkeit, mich von sorgenvollen Gedanken abzulenken, hat sich	,862
12. Meine Fähigkeit, mich an schönen Erinnerungen zu erfreuen, hat sich	,857
13. Meine Fähigkeit, in Diskussionen meine Meinung zu verteidigen, hat sich	,852
14. Meine Fähigkeit, mich in andere Menschen hineinzuversetzen, hat sich	,851
15. Meine Fähigkeit, auch mal „Nein" sagen zu können, hat sich	,839
16. Meine Fähigkeit, zu erkennen, für was es sich im Leben zu kämpfen lohnt, hat sich	,835
17. Meine Fähigkeit, mir in Tagträumen meine Zukunft auszumalen, hat sich	,819
18. Meine Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen, hat sich	,796
19. Meine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	,788
20. Meine Fähigkeit, bei Bedarf andere Menschen um Unterstützung zu bitten, hat sich	,778
21. Meine Fähigkeit, mich an Aktivitäten (z.B. Sport) so hinzugeben, dass ich mich dabei selbst vergesse, hat sich	,768
22. Meine Fähigkeit, zu glauben (Z.B. Christentum oder Buddhismus), hat sich	,741
23. Meine Fähigkeit, mich für diejenigen Lebensinhalte einzusetzen, die mir persönlich „am Herzen liegen" (Z.B. Partnerschaft, Familie, soziales Engagement), hat sich	,735
24. Meine Fähigkeit, Kritik annehmen und akzeptieren zu können, hat sich	,704
25. Meine Fähigkeit, die täglichen Anforderungen in Familie/Partnerschaft zu erfüllen, hat sich	,695
26. Meine Fähigkeit, mit einem Fremden ein Gespräch anzufangen, hat sich	,678
27. Meine Fähigkeit, die freien Wochenenden angenehm und erholsam zu gestalten, hat sich	,655
28. Meine Fähigkeit, unbekannte Mitmenschen um Auskunft (z.B. Uhrzeit) zu bitten, hat sich	,649

Tab. 156: Faktor 1 der Skala ‚Veränderungen durch die Therapie'

[15] vgl. BACKHAUS et al. 2003: 276
[16] vgl. ÜBERLA 1971: 127
[17] vgl. BORTZ 1993: 510

Faktor 2: Euthymes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire sowie noogene Grundspannung (erklärte Varianz: 21,9%; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,93)	Faktoren-ladung
1. Meine Fähigkeit, mir genussvolle Momente zu erlauben (Motto: „Ich bin es wert, dass es mir gut geht"), hat sich	,834
2. Meine Fähigkeit, die Aufmerksamkeit bewusst auf angenehme Dinge (Z.B. Sonnenstrahlen, gutes Essen) zu richten, hat sich	,825
3. Meine Fähigkeit, mich so zu verhalten, wie es gut für mein Befinden ist, hat sich	,799
4. Meine Fähigkeit, mir in schwierigen Situationen selbst gut zuzureden (z.B. "Du wirst das schon machen"), hat sich	,789
5. Meine Fähigkeit, mit Langeweile umzugehen, hat sich	,771
6. Meine Fähigkeit, mir Ziele zu setzen, hat sich	,756
7. Meine Fähigkeit, mir positive Gedanken über meine eigene Person zu machen (z.B. "Ich finde mich ganz in Ordnung" oder "Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden"), hat sich	,740
8. Meine Fähigkeit, zu entspannen, hat sich	,737
9. Meine Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, hat sich	,737
10. Meine Fähigkeit, mich nach bewältigten Aufgaben/Problemen selbst zu loben (z.B. "Das habe ich gut hingekriegt"), hat sich	,715
11. Meine Fähigkeit, in meinen Körper „hineinzuhorchen (z.B. Wahrnehmung von Verspannungen) hat sich	,706
12. Meine Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, hat sich	,690
13. Meine Fähigkeit, mit einsamen Momenten umzugehen, hat sich	,684
14. Meine Fähigkeit, dem Leben wieder einen Sinn zu geben, hat sich	,669
15. Meine Fähigkeit, mich mit mir selbst zu beschäftigen, hat sich	,659
16. Meine Fähigkeit, die Richtung meines Lebens selbst zu bestimmen, hat sich	,636
17. Meine Fähigkeit, das „Hier und Jetzt" bewusst wahrzunehmen, hat sich	,598
18. Meine Fähigkeit, meine Freizeit zu gestalten, hat sich	,548
19. Meine Stimmungslage hat sich	,547
20. Meine Fähigkeit, Nachts von schönen Dingen zu träumen, hat sich	,512
21. Meine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	,452
Faktor 3: Gesundheitliche Stabilisierung und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen (erklärte Varianz: 7,6%; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,8)	**Faktoren-ladung**
1. Mein Gesundheitsstatus hat sich	,650
2. Meine Fähigkeit, den Alkohol nicht mehr als „besten Problemlöser" oder „treuesten Seelentröster" anzusehen, hat sich	,639
3. Meine Fähigkeit, mich mit mir selbst zu beschäftigen, hat sich	,624
4. Meine Fähigkeit, mich so in eine Tätigkeit (z.B. Rätsel) zu vertiefen, dass ich darüber die Zeit vergesse, hat sich	,578
5. Meine Fähigkeit, meine Freizeit zu gestalten, hat sich	,527
6. Meine Fähigkeit, meinen Gesundheitszustand positiv beeinflussen zu können, hat sich	,509
7. Meine Fähigkeit, mir bei gesundheitlichen Beschwerden selbst zu helfen, hat sich	,494
8. Meine Fähigkeit, mir positive Gedanken über meine eigene Person zu machen (z.B. "Ich finde mich ganz in Ordnung" oder "Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden"), hat sich	,446
9. eine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	,452
10. Eine Fähigkeit, mich für diejenigen Lebensinhalte einzusetzen, die mir persönlich „am Herzen liegen" (Z.B. Partnerschaft, Familie, soziales Engagement), hat sich	,413
4. Faktor: Selbstsicherheit (erklärte Varianz: 6,1%; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,84)	**Faktoren-ladung**
1. Meine Selbstsicherheit hat sich durch die Therapie	,798
2. Meine Beschwerden haben sich durch die Therapie	,684
3. Meine Fähigkeit, auf die unmittelbare Befriedigung eines Bedürfnisses verzichten zu können, hat sich	,642
4. Meine Fähigkeit, Kritik annehmen und akzeptieren zu können, hat sich	,602
5. Meine Fähigkeit, mit Fremden ein Gespräch anzufangen, hat sich	,575
6. Meine Fähigkeit, unbekannte Mitmenschen um Auskunft (z.B. Uhrzeit) zu bitten, hat sich	,571
7. Meine Fähigkeit, die Richtung meines Lebens selbst zu bestimmen, hat sich	,500
Faktor 5: Schlafqualität (erklärte Varianz: 4,7%; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,78)	**Faktoren-ladung**
1. Mein "Durchschlafverhalten", d.h. die Nacht ohne häufiges Aufwachen zu verbringen, hat sich	,811
2. Meine Fähigkeit, nach dem zu Bett gehen zügig, ohne lange Wachliegen einzuschlafen, hat sich	,559
3. Meine Schlafqualität hat sich durch die Therapie insgesamt	,479
4. Meine Fähigkeit, meinen Gesundheitszustand positiv beeinflussen zu können, hat sich	,439

Tab. 157: Faktoren 2 bis 4 der Skala ‚Veränderungen durch die Therapie'

Wenngleich sich nun auch die in Kapitelunterpunkt 8.3.1.1.4.1 *ex ante* angenommene Anzahl von 11 Faktoren am Datenmaterial nicht reproduzieren – was zu einem Gutteil sicherlich auf die geringe Stichprobenanzahl zurückzuführen ist – ließ, so können wir dessen ungeachtet das im Kapitelunterpunkt anformulierte Untersuchungsteilziel, *nudis verbis* die Konstruktion einer alkoholismusentwöhnungstherapiespezifischen Veränderungsskala, als weitestgehend erfüllt ansehen, da die fünf extrahierten WPSQAAT-Veränderungsfaktoren im Gegensatz zu den vier indikationsübergreifenden Veränderungsfaktoren des QbP-Fragebogens von ZIELKE und Mitarbeitern suchttherapeutisch bedeutsame Veränderungsbereiche abbilden.

Setzen wir nun – ehe im nachfolgenden Kapitelunterpunkt die Items der Skala ‚*Wahrnehmung des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' einer explorativen Faktorenanalyse zugeführt werden – die ermittelten fünf Faktoren der WPSQAAT-Veränderungsskala in Beziehung zu dem rekodierten Item „*Mit dem Therapieerfolg war ich insgesamt....*", so offenbaren die in der Tabelle 158 abgelichteten Korrelationskoeffizienten in weitgehender Konkordanz mit der im Kapitelabschnitt 8.3.1.1.4.1 exzerpierten Fachliteratur, dass insbesondere die Veränderungsbereiche *‚Euthymes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire sowie noogene Grundspannung'* (FA_2), *‚Optimistische Kompetenzzuversicht, Soziale Kompetenz und generelle Problemlösungskompetenz'* (FA_1) sowie ‚Selbstsicherheit' (FA_4) die stärksten Einflüsse auf die Variable *‚Therapieerfolgsgesamtzufriedenheit'* ausüben.

			Therapieerfolg_re
Spearman-Rho	Therapieerfolg_re	Korrelationskoeffizient	1,000
		Sig. (2-seitig)	.
		N	34
	OptimistischeKompetenzzuversicht_SozialeKompetenz_Problemlösungskompetenz_FA1	Korrelationskoeffizient	,515**
		Sig. (2-seitig)	,004
		N	29
	EthymesVerhaltenundErleben_ Noogene_Grundspannung_FA2	Korrelationskoeffizient	,532*
		Sig. (2-seitig)	,020
		N	29
	GesundheitlicheStabilisierung_FA3	Korrelationskoeffizient	,408*
		Sig. (2-seitig)	,025
		N	30
	Selbstsicherheit_FA4	Korrelationskoeffizient	,471*
		Sig. (2-seitig)	,013
		N	27
	Schlafqualität_FA5	Korrelationskoeffizient	,399*
		Sig. (2-seitig)	,019
		N	34

Tab. 158: Korrelative Zusammenhänge zwischen Veränderungsbereichen und Therapieerfolg

9.1.3.2 Explorativ faktorenanalytische Untersuchung der WPSQAAT-Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*'

Befehligen wir nun dem Statistikprogramm SPSS 18 anhand der 54 Items der Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' eine explorative Faktorenanalyse (PCA mit Varimax-Rotation) durchzuführen, so erhalten wir unter Bezugnahme auf den *‚Scree-Test'* alles in allem neun Faktoren, die eine imposanten Gesamtvarianz von 80,3% aufklären. Bevor nun die extrahierten Faktoren samt der ihnen zugehörigen Items tabellarisch illustriert und unter Rückgriff auf die jeweils höchsten Landungswerte (‚*Markiervariablen*') interpretiert werden, sei der Leser vorab *en passant* darauf hingewiesen, dass die mittels Reliabilitätsanalyse in Erfahrung gebrachten Cronbachs Alpha Werte, welche zwischen 0,7 und 0,95 liegen, die extrahierte Faktorenanzahl bedingungslos legitimiert.

Faktor 1: Supportive Patientengemeinschaft (erklärte Varianz: 33,3%; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,94)	**Faktoren-ladung**
1. Die Patienten sprechen sich wechselseitig Mut zu	,895
2. Die Patienten erzählen sich gegenseitig ihre Probleme.	,885
3. Die Patienten unternehmen sehr viel miteinander.	,873
4. Auf der Station herrscht ein hohes Zusammengehörigkeitsgefühl.	,870
5. Einem Freund/in mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen, würde ich die Klinik empfehlen.	,816
6. Die Unterstützung der Mitpatienten hat mich in der Therapie ein ganzes Stück weiter gebracht.	,815
7. Die Patienten helfen sich gegenseitig.	,768
8. Die Patienten sind stolz auf ihre Station.	,729
9. Die Beziehungen zu meinen Mitpatienten waren für mich überwiegend hilfreich.	,614
10. Die Patienten geben sich sehr viel Mühe bei allem, was sie hier tun.	,526
11. Die Patienten dieser Station hatten ein Mitspracherecht	,519
12. Die Patienten mussten auf der Station Aufgaben übernehmen, für die sie verantwortlich waren (z.B. Küchendienst).	,509
13. Die Patienten geben sich sehr viel Mühe bei allem, was sie hier tun.	,526
14. Die Patienten auf dieser Station streiten sich selten.	,470
Faktor 2: Arbeitsklima Stationspersonal (erklärte Varianz: 14,4% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,95)	**Faktoren-ladung**
1. Die Mitarbeiter dieser Klinik arbeiten nach meiner Einschätzung wirklich Hand in Hand.	,848
2. Das Stationspersonal reduzierte mich nicht auf meine Krankheit, sondern nahm mich als ganzen Menschen war.	,795
3. Unter den Mitarbeitern der Station herrscht eine angenehme, harmonische Stimmung.	,770
4. Die Mitarbeiter der Station schienen gerne im Team zusammenzuarbeiten.	,731
5. Das Stationspersonal und die Patienten zogen an einem Strang.	,653
6. Die Stationsmitarbeiter tauschten untereinander häufig ihre Informationen und Erfahrungen aus.	,602
7. Wichtige Fragen entschied das Stationspersonal erst dann, wenn sich alle Mitglieder einig waren	,560
8. Das Stationspersonal stand voll und ganz hinter dem Behandlungskonzept.	,500
9. Das Personal ging auf die Vorschläge der Patienten ein.	,592
10. Die Mitarbeiter der Station taten alles dafür, dass es den Patienten besser geht.	,441
Faktor 3: Engagiert-dialogische Grundhaltung des Stationspersonals (erklärte Varianz: 8,7% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,91)	**Faktoren-ladung**
1. Die Mitarbeiter der Station waren jederzeit über den aktuellen Behandlungsstand der einzelnen Patienten informiert.	,682
2. Das Personal ermutigte die Patienten Vorschläge zu machen und Wünsche zu äußern.	,680
3. Das Personal ging auf die Vorschläge der Patienten ein.	,669
4. Soviel ich weiß, hat die Klinik unter den Patienten einen guten Ruf.	,649
5. Das Stationspersonal war stets zuverlässig und motiviert.	,594
6. Ich glaube, die Mitarbeiter verstehen etwas von ihrem Fach.	,590
7. Die Mitarbeiter der Station taten alles dafür, dass es den Patienten besser geht.	,447
Faktor 4: Mangelhafte Transparenz von Therapieprozess und –konzept sowie „therapeutische Übersättigung“ (erklärte Varianz: 6,5% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,9)	**Faktoren-ladung**
1. Ich wusste während der Behandlung manchmal nicht ganz genau, was die Therapeuten mit mir vorhaben.	,870
2. Ich wusste nie genau, wann meine Behandlung soweit fortgeschritten war, dass sie beendet werden konnte.	,861
3. Manchmal schaltete ich gedanklich ab, weil mir die therapeutischen Rückmeldungen zuviel wurden.	,791
4. Ich fühlte mich während der Behandlung ab und zu etwas hilflos, da ich nicht genau wusste, was mit mir geschieht.	,778
5. Manchmal habe ich mir gewünscht, insgesamt weniger Therapiestunden zu haben.	,770
6. Mir war manchmal nicht ganz einsichtig, was verschiedene Therapiemaßnahmen miteinander zu tun haben.	,669
Faktor 5: Nachsorgevorbereitung (erklärte Varianz: 5,7% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,85)	**Faktoren-ladung**
1. Das Stationspersonal informierte mich ausführlich über mögliche Hilfeleistungen, die im Anschluss an die Therapie für mich hilfreich sein könnten (Nachsorgephase).	,906
2. Die Stationsmitarbeiter benachrichtigten die Patienten, wenn Sie Fortschritte in der Therapie gemacht haben.	,865
3. Das Stationspersonal besprach gemeinsam mit mir die weiteren Behandlungsschritte nach Abschluss der stationären Therapie.	,820
4. Man kümmerte sich darum, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten	,704
5. Es wurde sehr viel wert darauf gelegt, den Patienten praktische Erfahrungen mit auf den Weg zu geben.	,535
Faktor 6: Autonomieförderung (erklärte Varianz: 5% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,7)	**Faktoren-ladung**
1. Das Personal ermutigte die Patienten zu selbständigen Handeln.	,705
2. Es wurde viel Wert darauf gelegt, mir praktisches Handeln beizubringen.	,550
3. Das Stationspersonal ermutigte die Patienten, Pläne für ihre Zukunft (Zeit nach der Therapie) zu machen.	,468
4. Die Patienten mussten auf der Station Aufgaben übernehmen, für die sie verantwortlich waren (z.B. Küchendienst).	,432
Faktor 7: Partizipation und Praxisbezug (erklärte Varianz: 4,3% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,78)	**Faktoren-ladung**
1. Die Mitarbeiter der Station begegneten den Patienten auf Augenhöhe.	,772
2. Die Patienten konnten den Stationsalltag aktiv mitgestalten.	,556
3. Ich habe in dieser Einrichtung Fertigkeiten gelernt, die ich “im Leben“ gut gebrauchen kann.	,554
5. Es wurde sehr viel wert darauf gelegt, den Patienten praktische Erfahrungen mit auf den Weg zu geben.	,514
Faktor 8: Einstimmung auf die Berufsausübung *resp.* den Arbeitsmarkt (erklärte Varianz: 3,6% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,75)	**Faktoren-ladung**
1. Ich wurde auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet.	,889
2. Hier wird großer Wert auf das Training neuer beruflicher Fähigkeiten gelegt.	,809
3. Das Stationspersonal interessierte sich dafür, wie es den Patienten nach der Entlassung ergeht.	,554
Faktor 9: Fachlichkeit & Erfolgsimage (erklärte Varianz: 3,1% ; Cronbachs Alpha Gesamtwert 0,87)	**Faktoren-ladung**
1. Die Klinik ist meiner Meinung nach fachlich auf dem neusten Stand.	,800
2. Nach meiner Einschätzung können sich die Erfolge der Klinik sehen lassen.	,763
3. Ich glaube, die Mitarbeiter verstehen etwas von ihrem Fach.	,412
4. Soviel ich weiß, hat die Klinik unter den Patienten einen guten Ruf.	,407

Tab. 159: Faktoren 1 bis 9 der Skala ‚Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapie-programms’

9.1.3.3 Bestimmung von Zusammenhängen zwischen den Faktoren der WPSQAAT-Skalen ‚*Veränderungen durch die Therapie*' und ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' mittels Korrelationsmatrix

Betrachten wir nun zum Abschluss der WPSQAAT-Ergebnisdarstellung die in der nachfolgenden Tabelle 160 zusammengestellten korrelativen Beziehungen (Spearmans Roh) zwischen den neun Faktoren der WPSQAAT-Skala ‚*Wahrnehmung und Erleben des Stationsalltags, der Mitpatienten sowie des Therapieprogramms*' und den fünf Faktoren der WPSQAAT-Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*', so rückt die *bis dato* innerhalb der Therapieforschung weitestgehend ausgeblendete Wirkgröße einer als supportiv erlebten Patientengemeinschaft insofern in den Mittelpunkt, als dass dieser Faktor mit Abstand die ausgeprägtesten positiven Zusammenhänge mit den fünf Veränderungsdimensionen aufweist. Neben der in Kapitel 9.2 noch ausführlich in all ihren Facetten zu beleuchtenden veränderungsanstoßenden Wirkgröße Namens ‚*supportiver Patientengemeinschaft*' kristallisieren sich aus der Interkorrelationstabelle ferner die drei folgenden Zusammenhänge heraus.

	Optimistische Kompetenzzuversicht, Soziale Kompetenz und generelle Problemlösungskompetenz	**Euthymes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire sowie noogene Grundspannung**	**Gesundheitliche Stabilisierung und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen**	**Selbstsicherheit**	**Schlafqualität**
Patientengemeinschaft	**,608**	**,759**	**,680**	,364	**,494**
Arbeitsklima Stationspersonal	,341	,494	**,**472	,302	,066
Engagiert-dialogische Grundhaltung des Stationspersonals	,330	,353	,367	,236	,180
Mangelhafte Transparenz sowie therapeutische Übersättigung	,131	-,157	**-,070**	,219	**-,306**
Nachsorgevorbereitung	**,590**	,345	**,593**	,383	,019
Autonomieförderung	,391	**,532**	,487	,331	**,532**
Partizipation und Praxisbezug	**,573**	**,459**	**,645**	,434	,310
Einstimmung auf die Berufsausübung *resp.* den Arbeitsmarkt	,094	,284	,092	0,29	,117
Fachlichkeit und Erfolgsimage	**,553**	**,438**	,367	,232	,163

Tab. 160: Zusammengänge zwischen den patientenseitigen Beurteilungen des Stationsklimas, der Mitpatientenbeziehungen sowie des Therapiekonzepts und den Veränderungseinschätzungen der Patienten

Erstens ist die Feststellung, dass eine aus Patientensicht als mangelhaft erlebte Transparenz des Therapiekonzeptes und des -prozesses nicht nur zu einer Abnahme der allgemeinen gesundheitlichen Stabilität sowie der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen führt, sondern darüber hinaus die Schlafqualität der Patienten massiv in Mitleidenschaft zieht, der Gestalt von eminenter Bedeutung, als dass auf der einen Seite Schlafprobleme – wie in Kapitel 8.3.1.1.4.1 hinreichend beschrieben wurde – einen nicht zu unterschätzenden Rückfallursache darstellen und auf der anderen Seite im Kapitelpunkt 9.1.2.8 mit Nachdruck darauf hingewiesen wurde, dass die Statements der Hintergrundvariable *‚Transparenz und Klarheit des Therapiekonzepts und -prozesses'* von den Patienten äußerst kritisch beantwortet wurden.

Zweitens weisen die mittelstarken Zusammenhänge zwischen den Therapiekonzeptdimensionen *‚Autonomieförderung'* sowie *‚Partizipation und Praxisbezug'* und den fünf Veränderungsbereichen nochmals die Therapieoutcomeförderlichekeit einer gelebten *Shared-decision-making-Kultur* nach; die jedoch in den Stationen der untersuchten Klinik bisweilen – wie in den Kapitelunterpunkten 9.1.2.3 und 9.1.2.8 herausgearbeitet wurde – nur unzureichend realisiert wurde.

Zu guter letzt führen uns *drittens* die mit den Erkenntnissen der psychotherapeutischen Erwartungsforschung (siehe dazu das Exkurskapitel 3.1.1.1.2.3) im Einklang stehenden moderatpositiven Zusammenhängen zwischen der patientenseitigen Attestierung von Fachlichkeit sowie Erfolgsimage und den fünf Veränderungsfaktoren abermals die veränderungskatalytische Potenzialität optimistischer Therapieerfolgserwartungen

9.2 Zentrale Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Bevor nun in den nachstehenden Kapitelunterpunkten das auf dem Wege einer engen Verzahnung deduktiver und induktiver Analyseschritte entwickelte Kategoriensystem detailliert dargestellt werden soll, möchte der Autor eingangs des vorliegenden Kapitels den Leser noch über zwei grundlegende Informationen, welche zur hermeneutischen Durchdringung der nachfolgenden Ausführungen von ununabkömmlicher Natur sind, in Kenntnis setzen.

Zum *ersten* ist in diesem Zusammenhang das Wissen um zentrale Charakteristika der interviewten Patienten von Bedeutung. Wie bereits ein kurzweiliger Blick auf die weiter unten abgebildete Tabelle 161 verrät, konnten im Rahmen der vorliegenden Studie insgesamt neun der ursprünglich geplanten 12 Patienten-Interviews realisiert werden. Wenngleich nun auch an der Stichprobezusammensetzung im Allgemeinen die geringe Fallzahl sowie im Speziellen die Exklusion von Patienten unter 30 Jahren als auch über 60 Jahren zu beklagen ist, kann die Heterogenität der befragten Patienten hinsichtlich der Behandlungsdauer (frühe-/mittlere- und späte Therapiephase) sowie der Anzahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen (von keiner bis hin zu sechs) nicht hoch genug veranschlagt werden. Gewissermaßen zur Lancierung des zweiten der obig angesprochenen Informationspunkte, indem die Frage, wie das Verfahren des projektiven Bildererzähltests seitens der Patienten angenommen wurde, im Focus stehen wird, sei der Leser darauf aufmerksam gemacht, dass die numerischen Inhalte der unter den beiden letzten Spalten der Ta-

belle 161 subsumierten Zeilen insofern für eine ausgeprägte Methodenakzeptanz sprechen, als dass die Patienten die Interviewlänge um durchschnittlich ca. 12 Minuten unterschätzten.[18]

Patienten-Chiffre	Alter	Station	Behandlungs-woche	Anzahl vorheriger Entwöhungs-behandlungen	subjektive Interview-zeit	objektive Interview-zeit
P_1	45 Jahre	Haus Koch	4 Woche	3	0:25 Std.	0:40 Std.
P_2	44 Jahre	seit 2 Wo-chen Haus Brauer; vorher Haus Koch	20 Woche	keine	1:30 Std.	1:41 Std.
P_3	57 Jahre	Haus Schmidt	10 Woche	keine	0:50 Std.	1:10 Std.
P_4	55 Jahre	Haus Brauer	12 Woche	keine	1:20 Std.	1:19 Std.
P-5	41 Jahre	Haus Brauer	15 Woche	keine	0:45 Std.	0:41 Std.
P_6	57 Jahre	Haus Koch	13 Woche	1	1:15 Std.	1:21 Std.
P_7	53 Jahre	Haus Schmidt	7 Wochen	keine	ca. 0:30 bis 0:35 Std.	1:13 Std.
P-8	40 Jahre	Haus Schmidt	14 Woche	6	1:00 Std.	1:10 Std.
P_9	50 Jahre	Haus Schmidt	22 Woche	keine	0:45 Std.	1:06 Std.

Tab. 161: Charakteristika der interviewten Patienten

Wenn wir nun dieses inhaltliche Fahrwasser aufnehmen und uns der Beantwortung der bereits im vorausgehenden Satz ausformulierten Frage nach dem Ausmaß der patientenseitigen Methodenannahme zuwenden, so müssen wir in einem ersten Schritt den Leser darüber unterrichten, dass das ursprünglich auf den Namen *‚Projektiver-Warsteiner Bildererzähltest'* (PBW) getaufte Testverfahren zu Beginn des zweiten Interviews einer Namensänderung unterzogen wurde, so dass er nunmehr auf den Namen *‚Warsteiner Bildererzählinterview'* (WBI) hört. Die basale Ursache für diesen Etikettenwechsel ist nun vornehmlich darin lokalisiert, dass der Autor die Patienten mit seiner ursprünglich auf zwei unterschiedlichen Ebenen ansetzenden Fragestruktur – der zufolge die Patienten zuerst im Einklang mit der projektiven Testtheorie eine beliebige Geschichte zu der jeweiligen Bildvorlage erzählen sollten und anschließend, vom projektiven Diskurs abweichend, über ihre persönlichen Erfahrungen und Befindlichkeiten während ähnlicher Situationen innerhalb ihres bisherigen stationären Aufenthaltes berichten sollten[19] – in einer dem Interviewfluss gänzlich abträglichen Weise kognitiv irritierte *resp.* überforderte. Aufgrund dieser Kalamität sowie der Tatsache, dass sowohl der erste (P_1) als auch der zweite (P_2) der befragten Patienten trotz ausführlicher Testinstruktion die auf den Bildertafeln dargestellten Situationen zumeist spontan mit der eigenen Person *resp.* dem eigenen Aufenthalt assoziierten, entschied sich der Autor im Verlaufe des zweiten Interviews dazu, die sowohl auf Seiten des Interviewten wie auch auf Seiten des Interviewers Mißbehaglichkeitsgefühle schürende projektive Testanweisung zugunsten eines bessern Interviewflusses zu opfern. Darüber hinaus sei noch angemerkt, dass dem Autor die Trennung von der nach wie vor theoretisch wie methodisch höchst interessanten projektiven Fragetechnik aufgrund dessen nicht allzu schwer fiel, als dass *erstens* die von den Patienten P_1 und P_2 erzählten projektiven Geschichten

[18] Zur Verwendung der Differenz zwischen wahrgenommener und tatsächlicher Interviewdauer als indirektes Maß für die Befragungsakzeptanz siehe u.a. MÜLLER & KESSELMANN 1996: 196

[19] siehe dazu ausführlich Kapitel 8.3.2.3

in der Summe recht knapp ausfielen und *zweitens* das mittels des Projektiven-Tests primär verfolgte Untersuchungsziel, *nudis verbis* die unbewusste Umgehung der Kritikzäsur, innerhalb der beiden ersten Interviews der Gestalt ins Hintertreffen geriet, als dass die beiden Patienten P_1 und P_2 kritische Punkte innerhalb der Therapie sehr offen ansprachen. Dass nun die Schlussakkorde des vorausgehenden Satz, in Worten die kritische Äußerungsbereitschaft der Patienten, sich auch – entgegen der in der PZF vertretenen und zum Teil empirisch gestützten Annahme, dass Patienten im Interview einer noch stärkeren Tendenz zum positiven Antwortverhalten unterliegen[20] – in den restlichen sieben Interviews weiter fortpflanzte, liegt nach Ansicht des Autors neben der Einlösung von Kontextvariablen zur weitestgehenden Ausschaltung sozialer Erwünschtheitseffekte (Zusicherung von Anonymität, Kenntlichmachung der institutionellen Unabhängigkeit des Interviewers usw.) sowie Kontrolle von Stimmungs-Heuristiken (Bezugnahme auf den Stimmungseinfluss des Wetters *resp.* Raumes) maßgeblich in der gewählten Untersuchungsmethode, sprich den Bildertafeln, begründet; da diese auf der einen Seite die Erinnerungsleistung der Patienten an positive wie negative Therapieerlebnisse unterstützen und es den Patienten auf der anderen Seite die Möglichkeit einräumt, durch eine ausgedehnte Inaugenscheinnahme des Bild-Sujets die sozial akzeptierte Antwortzeit zu verlängern sowie sich dem häufig als „stechend" erlebten Blick des Interviewers – welchem in der vorliegenden Untersuchung durch eine Über-Eck-Anordnung der Bestuhlung (90 Grad Winkel) vorgebeugt werden sollte – zu entziehen.[21]

9.2.1 Genese und Morphologie des Kategoriensystems

Wie bereits in Kapitelpunkt 8.2.3.2 hinreichend beschrieben wurde, wählte der Autor zur Auswertung des Transkriptionsmaterials die von Philipp MAYRING konzipierte strukturierende Inhaltsanalyse, deren besonderer Vorzug in einem iterativen Kategorienbildungsprozess, in dessen Rahmen deduktive und induktive Analyseschritte harmonisch aufeinander abgestimmt werden, besteht.[22] In Bezug auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass sich der Autor dem Transkriptionsmaterial in einem ersten Schritt mit einem vorab aufgrund theoretischer Überlegungen festgelegten Kategorienschema – welches insgesamt sieben Kategorien umfasste – näherte. Nach mehrmaliger Durchsicht und der Zuordnung passgenauer Textpassagen zu diesen auf deduktiven Wege konstruierten Kategorien, entwickelte der Autor – nunmehr auf induktivem Wege – anhand des Interviewmaterials zwei weitere Kategorien, so dass sich das endgültige Kategoriensystem – wie der nachfolgenden Abbildung 126 entnommen werden kann – aus insgesamt neun Kategorien zusammensetzt.

Bevor nun in den nachstehenden Kapitelunterpunkten die Inhalte der einzelnen Kategorien ausgiebig erläutert werden, sei diesbezüglich vorab noch angemerkt, dass der Autor bei der Ergebnisdarstellung vornehmlich der Gestalt vorgehen wird, dass zuerst die thematische Quintessenz aus den kategorial zugeordneten Textpassagen herausdestilliert und diese dann anschließend anhand ausgewählter Textpassagen illustriert wird.

---

[20] siehe dazu ausführlich Kapitelpunkt 6.1.2

[21] zu den allgemeinen Vorteilen des photobasierten Interviews siehe vor allem BANKS 2001: 88 ff. sowie – für den PZ-Diskurs – die lesenswerten Studien von BENDER et al. 2001 sowie RADLEY & TAYLOR 2003a/b

[22] vgl. MAYRING 2008: 85

Abb. 126: Kategoriensystem

9.2.1.1 Prästationäre Behandlungserwartungen

Legen wir nun die Textabschnitte, welche der Kategorie *‚prästationäre Behandlungserwartungen'* zugeführt wurden, unter das wissenschaftliche Mikroskop, so gelangen wir zu der überaus aufschlussreichen Erkenntnis, dass allen voran die sechs befragten Patienten, welche sich *bis dato* noch keiner Entwöhnungsbehandlung unterzogen hatten, im Vorfeld der Therapie entweder gar keine, diffuse oder unrealistisch-passive Erwartungen hinsichtlich des Behandlungskonzepts sowie der Patientenrolle ausgebildet hatten.

Ehe wir nun diese Erkenntnis unter Rückgriff auf das im Exkurskapitel 3.1.1.1.2.3 sattsam beschriebene Wirkpotenzial adäquat-positiver Behandlungserwartungen noch eingehender besprechen werden, soll die im vorausgehenden Satz abgesteckte Problematik, in Worten die unzureichende Ausbildung realistisch-prästationärer Therapieerwartungen (Mangelhafte Therapievorbereitung) bei Patienten, die zum ersten mal in ihrem Leben eine derartigen Behandlung in Anspruch genommen haben, vermittels der Wiedergabe einiger ausgewählter Interviewpassagen illustriert werden.

P_2: 44 Jahre; Haus Brauer; 20. Therapiewoche

I: Was erkennen Sie auf dem ersten Bild? [Anmerkung: erste Bildertafel vorgelegt]

P_2: Ja dass ist quasi das was ich erkenne wo ich auch hier hingekommen bin. (I: Mhm) Und .. dass ist für mich so ein bisschen erdrückend .. ängstlich (I: Aha). Weil halt Schranke .. zu .. man wird geht irgendwohin und weis nicht was auf einen zukommt .. (holt tief Luft) und da hab ich mich dann so ein bisschen irgendwo verloren und verlassen gefühlt (I: Mhm) das ist so mein Eindruck dazu gewesen (I: Aha) Dass ist so das Bild was mir das so hergibt .. es war .. ich sag mal auch nicht übermäßig einladend für mich (I: Mhm) Es war wie gesagt so ein bisschen ängstlich ..

I: Wie sind Sie den eigentlich auf diese Klinik gekommen?

P_2: (...) zu der Klinik bin ich gekommen .. weil ich halt in der Entgiftung von zwei drei Leuten was gehört hatte (I: Mhm) Und ich hatte mir aber auch .. da war so ein Deponat .. von Gütersloh hatte ich eins .. und von .. Marsberg hatte ich eins .. und die hatte ich mir dann mal so durchgelesen damit ich erst einmal ungefähr wusste, was eine Therapie ist .. und dann habe ich zweimal an diesen Selbsthilfegruppen teilgenommen und da war einer dabei gewesen der schon etwas älter ein bisschen länger bei überhaupt wusste, was eine Therapie ist und von dem habe ich mir das mal so ein bisschen so .. dass der mir das erzählt hat (I: Mhm) Was überhaupt eine Therapie ist .. weil ich wusste ja gar nicht was das ist (I: Ja, ja, ist klar.) und dann hatten wir darüber ein bisschen gesprochen so dass ich dann einen kleinen Eindruck hatte .. und dann hörte ich Warstein .. der eine sagte so der andere so .. und dann habe ich mir zwei Sachen ausgesucht ... und habe dann zum Sozialbearbeiter gesagt, ich sage, eins von den beiden, ich sage da würde ich hingehen .. ja und dann kam der eines Tages um die Ecke und sagte Sie gehen nach Warstein .. ich sagte alles klar (I: Mhm) bin ich mit einverstanden.

P_3: 57 Jahre; Haus Schmidt; 10 Therapiewoche

I: Was erkennen Sie auf diesem Bild? [Anmerkung: erste Bildertafel vorgelegt]

P_3: Damit verbinde ich den ersten Schritt in die Klinik .. mache zum ersten mal Therapie .. meine Erwartung war Hilfe .. wusste jedoch nicht was auch mich zukommt

P_5: 41 Jahre; Haus Brauer; 15 Therapiewoche

I: Haben Sie sich auf die Therapie gut vorbereitet gefühlt? Wussten Sie was auf Sie zukommt?

P_5: Überhaupt nicht.

I: Und das ist dann aber auch ihre erste Entwöhnungsbehandlung?

P_5: Richtig. (I: Mhm) Ich bin in diesen Dingen komplett Ersttäter.

I: Wie war dann der erste Tag für Sie hier in der Klinik .. wenn Sie sich noch daran erinnern können? .. Gut dann sind Sie zuerst ins Haus Schmidt gekommen .. Wie war dass dann so .. der erste Tag?

P_5: Ja, merkwürdig.

I: War merkwürdig .. also neue Leute?

P_5: Ja.

I: Und sind Sie denn dort gut aufgenommen worden?

P_5: Pffff ... Ich sag mal .. von den Leuten her selber ging es .. das Personal war auch in Ordnung .. aber ..ähh.. pffff .. bis ich begriffen habe, dass das hier .. ähh .. nicht irgendwie durchgehend irgendwo Therapie ist .. sondern dass sie irgendwie aus einem selbst herauskommen soll ..(holt tief Luft) ähh .. dass hat schon ein paar Wochen gedauert..

I: Also habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie am Anfang gedacht haben, oh hier herrscht aber viel Leerlauf?

P_5: Ähm .. Ich habe mich gefragt, wann passiert denn hier endlich was (I: Mhm) Jo .. und das hat halt gedauert .. weil ich vorher ich war schon ein paar Monate in der Reha wie ich vorhin schon sagte [Anmerkung: der Patient war aufgrund eines Hirnanorismas vorher mehrere Monate in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung] ... (holt tief Luft) und da war dass eigentlich sehr durchstrukturiert (I: Mhm) und überall war irgend etwas (I: Ja) Aber das war ja auch eine andere Art von Reha.

P_ 7: 53 Jahre; Haus Schmidt; 7 Therapiewoche

I: : Was erkennen Sie darauf [Anmerkung: Vorlage der ersten Bildtafel]. Oder mit was bringen Sie das Bild in Verbindung?

P_7: (...) Was ich erkenne .. da ist ein Typ mit einer Tasche .. und der geht auf das Gelände dieser Psychiatrie .. (I: Mhm) .. ich geh mal davon aus .. oder dass heißt ich weis nicht ob der Patient ist oder ob der da arbeitet (I: Ja) kann ich nicht sagen ... aber noch scheint er mir recht gleichgültig zu sein .. Hand in der Tasche (I: Mhm) .. maschiert er da einfach los ... mehr sehe ich da im Augenblick noch nicht drin

I: Und wenn Sie jetzt überlegen, wie war das als Sie hier hereingekommen sind .. wie sind Sie da hergegangen?

P_7: Ähh .. ich bin bis vors Haus gebracht worden. (I: Auch Sie sind bis vor .. jaja) Verwandtschaft von meinem Bruder ..

I: Oder mit welchen .. ja Gedanken sind Sie durch die Pforte gefahren?

P_7: Was kommt auf mich zu .. weil .. ich wusste es nicht wirklich .. (I: Mhm) Wie das alles abläuft und .. ähh .. ähh .. mhh .. (holt tief Luft) ganz ehrlich .. ich bin mit keinen großen Erwartungen nach hierhin gefahren .. (I: Mhm) weil ich habe das mit meinem Hausarzt, ist ein guter Bekannter von mir auch besprochen der hat mich natürlich vorbereitet .. ich war auch vorher bei der Diakonie in .. den Stunden und .. so gesehen war ich schon vorbereitet .. aber was dann tatsächlich (I: Mhm) ganz konkret auf mich zukommt .. da hatte ich keinen blassen Schimmer (I: Aha) und da war ich auch ziemlich gespannt .. also da bin ich vielleicht .. wäre ich da auch so reinmaschiert. (I: Mhm .. Mit gemischten Gefühlen?) Was kommt so .. ja genau mit gemischten Gefühlen (I: Mhm)

I: Und was meinten Sie jetzt genau damit, dass Sie keine großen Erwartungen hatten .. also Erwartungen in Bezug auf was?

P_7: Ähh ... ne Erwartungen kann man nicht sagen .. ähh .. wie soll ich mich ausdrücken .. ich habe es einfach auf mich zukommen lassen (I: Mhm) Ohne ... (I: Also mehr über sich ergehen lassen?) Im Prinzip ja. Einfach abwarten was kommt was wollen die von dir .. was machen Sie mit dir .. ähm ... so jetzt im nachhinein wo ich jetzt 6 Wochen da war .. habe ich ein ganz anderes Verständnis dafür auch gekriegt (I: Mhm) Vorher wusste ich überhaupt nicht, was die mit dir dann anfangen wollen .. was sie mit mir machen .. was mit mir selber dann auch passiert (I: Ja) ähh .. also da hatte ich doch erst arge bedenken und ... (I: Also da waren sie also noch nicht sicher ob ihnen hier geholfen wird?) Richtig .. das ist der Punkt (I: Mhm) weil .. da denkt man erst .. oder mir ist es so gegangen .. ja mein Gott da ist eben die Zeit .. die musste über dich ergehen lassen .. aber es steckt ja viel mehr dahinter (I: Mhm) und das habe ich im Laufe der Zeit gelernt (I: Ah ja) und auch ähh ... wie soll ich mich ausdrücken .. auch schätzen gelernt (...)

P_7: (...) war schon eine blöde Phase muss ich sagen (I: Wann war das so?) Ja .. ähh .. so nach zwei Wochen (I: Mhm) Zweite dritte Woche so etwas .. in dem Bereich war das .. ähh .. da habe ich mich überall schwer getan weil ich habe doch viel (holt tief Luft) .. pffff .. in Frage gestellt weil im Prinzip .. geht es ja doch ziemlich lasch zu sag ich mal (I: Mhm) Man hat doch auch viel Freizeit man ist zwar immer Beschäftigt aber letztendlich merkt man gar nicht dass sie ... ähh.. das irgendwo ... (I: Therapie läuft?) Therapie läuft oder so (I: Also nicht so wie in einem Allgemeinkrankenhaus?) Ja genau .. man hat erst was anders erwartet (I: Mhm) .. ich war wegen .. eines Bandscheibenvorfalls mal auch zur Kur weg für acht Wochen .. da gab es den ganzen Tag Anwendungen .. da ist man denn ganzen Tag unterwegs und kriegt hier Elekrodinger .. und hier Massagen und hier muss man Übungen machen und .. danach ist Ruhe .. und das läuft hier doch anders (I: Mhm) .. und das musste ich auch erst ein bisschen verstehen (...) aber das war schon eine blöde Zeit muss ich sagen

Betrachten wir nun – ohne den Inhalten des in der Kapitelsynopsis (9.5) noch eingehend auszuformulierenden Verbesserungsmaßnahmenkatalogs zu sehr vorgreifen zu wollen – die in den ausgewählten Interviewpassagen abermals schlagend zum Vorschein kommenden Problematik, dass jene Patienten, die bisher noch keine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, zu Therapiebeginn keine genauen *resp.* dysfunktional-somatische (siehe P_5 und P_7) Behandlungserwartungen entwickelt hatten, im Lichte der in im Exkurskapitel 3.1.1.1.2.3 herausgearbeiteten Einsichten der psychotherapeutischen Erwartungsforschung, so gewinnt die voranstehend beschriebene Problematik angesichts der in den angesprochenen Kapiteln zur Genüge beschrieben Erkenntnis, dass die frühzeitige Ausbildung adäquat-

positiver Behandlungserwartungen nicht nur die Therapieabbruchwahrscheinlichkeit drastisch senkt, sondern darüber hinaus auch die Therapiezufriedenheit sowie den Therapieoutcome günstig beeinflusst, an besondere Schärfe. Unmäandriert formuliert bedeutet dies, dass nach Ansicht des Autors der vorliegenden Arbeit die untersuchten Stationen ob der gravierend negativen Einflussstärke der abhängigen Variable *‚unklar-diffuse oder passiv-somatische Behandlungserwartungen'* auf die unabhängigen Variablen *‚regulärer Therapieabschluss'*, *‚Therapiezufriedenheit'* und *‚Therapieerfolg'* die Ausmerzung dieser Schwachstelle – z.B. mittels der Implementierung eines systematischen Erwartungsmanagement (siehe dazu Kapitel 9.5) – im oberen Drittel des Veränderungsmaßnahmenplans platzieren sollten.

9.2.1.2 Initiale Therapieprogrammtransparenz

Lassen wir nun unsere analytische Aufmerksamkeit der Kategorie *‚initiale Therapieprogrammtransparenz'* zukommen, unter der all jene Textstellen subsumiert wurden, in denen die befragten Patienten dem Interviewer darüber Auskunft gaben, in welchem Ausmaß sie sich zu Beginn der Therapie (initale Therapiephase) ausreichend über das Therapieprogramm *bzw.* den -ablauf informiert fühlten, so schieben sich die beiden folgenden – zum Teil ineinander verwobenen – Missstände in den Vordergrund.

Erstens wurde das auf den Stationen fest installierte Patensystem, demnach jeder neu aufgenommene Patient einen bereits seit längerer Zeit in Therapie befindlichen Mitpatienten – Pate genannt – zugewiesen bekommt, dessen primäre Aufgabe darin besteht, dem Neuankömmling sowohl die elementaren Räumlichkeiten zu zeigen als auch ihn über den Therapieablauf (Erklärung des Wochentherapieplanes) zu informieren, insofern von insgesamt fünf der interviewten Patienten – wie anhand der nachstehend wiedergegebenen Interviewpassagen abgelesen werden kann – scharf kritisiert, als dass sich die Patienten u.a. über die mangelhafte Motiviertheit des Paten sowie die über die allzu oberflächliche und bruchstückhafte Informationsübermittlung durch den Paten beklagten.

P_2: 44 Jahre; Haus Brauer; 20. Therapiewoche

I: Und wenn Sie sich noch einmal daran erinnern .. der erste Tag .. wie war das für Sie hier?

P_2: Ohhh .. der erste Tag der war für mich .. ich sage mal irgendwo .. für mich .. ich persönlich persönlich habe gesehen wie mein Tag war und habe anderen Leuten etwas anders geholfen .. Ich stand da alleine im Flur .. der Pate der mir helfen sollte war der war sowieso nicht da (I: Mhm) Den habe ich erst einen Tag später kennen gelernt ..(holt tief Luft) .. und .. ähh .. irgendwo hat man sich ein bisschen verloren und verlassen gefühlt weil man musste immer so zu den Leuten hingehen das war .. in der Gruppe war vielleicht einer .. der mal so selber wenn man ihn angesprochen haste du gedacht aja den kannste fragen der hilft dir (I: Mhm) (...) Man hat sich ein bisschen ausgeschlossen gefühlt. Und aufgrund dessen habe ich mir gesagt, wenn ein Neuer gekommen ist, bin immer gleich zu dem hingegangen habe gesagt: „ich bin der XX und wie heißt du" und für die Leute ist das meiner Meinung nach etwas einfacher (I: Mhm) So habe ich es im Berufsleben auch immer gemacht (I: Ahja) Wenn ich Leute angelernt habe .. immer gleich draufgegangen .. bisschen mit den Leuten erzählt damit sie auch ein bisschen so das Angstgefühl verlieren .. für mich ist es .. also für mich war so halt ich stand einsam da .. alleine ne .. und dann ging auch noch meine Frau weg und dann habe ich mir gedacht käh jetzt hast du dir aber

eine Scheiße eingebrockt .. jetzt hast du gesoffen und jetzt stehst du hier noch alleine und bist noch 16 Wochen .. (I: Mhm) Ja .. war ein bisschen blöd, ne.

I: Wann sind Sie dann aufgenommen worden? Welchen Tag .. weil der Pate dann nicht da war?

P_2: Ich bin Montags gekommen .. gegen 11 Uhr waren wir hier gewesen .. und der Pate der hatte glaube ich auch kein richtiges Interesse zu gehabt, ne (I: Mhm) Also ich sage mal, vielleicht hat er es schon vier fünf mal gemacht und .. dass er sich vielleicht irgendwo gedacht hat der wird schon klarkommen .. der kann ja schon irgendeinen fragen (...)

I: Ja nehmen wir vielleicht mal das nächste Bild [Vorlage der zweiten Bildertafel]

P_2: Ja da hatten wir den großen Plan da hängen da stand ich wie blöd vor (I: Mhm) und .. mir war das dann auch immer blöd .. jeder der vorbeikommt hat man angesprochen ne .. im nachhinein habe ich das ja dann nachher auch gemerkt wie das ist .. weil .. man wird ja selber auch immer gefragt ne .. und ich persönlich bin so ein Typ so ich habe mich dann immer zurückgehalten erst einmal (I: Mhm) Keinen auf den Sack gehen . sag ich mal so ne (I: Mhm) Das ist so meine Divise .. gar nicht so auf den Senkel gehen .. und den ein oder anderen habe ich dann auch gefragt (...)

I: Was hätte man ihrer Meinung nach dabei besser machen können?

P_2: (...) Die Therapeuten gehen davon aus, dass das [Therapieplan-Information] der Pate macht. (I: ja) Aber wenn der Pate kein richtiges Interesse daran hat .. dann läuft das nicht (I: Mhm) Und dass müsste irgendwo meiner Meinung nach .. etwas anders gegliedert sein .. weil wenn der Pate kein Interesse hat .. kommt das nicht rüber .. da müsste schon ein vernünftiger Ansprechpartner sein .. dass ist halt das Problem hier sind zuwenig .. hier ist zuwenig Personal (I: Mhm) (...) wenn man natürlich jetzt einen Paten hat der richtig Interesse hat, dann funktioniert das auch .. aber ich kann ja schlecht jetzt zum Therapeuten laufen sagen das ist ein Arsch der hat da kein Interesse oder so was .. so etwas mache ich nicht ne .. dann denke ich mir meinen Teil .. ich denke ich wurschtelt mich schon durch (...)

I: Vielleicht wäre es ja eine gute Möglichkeit, wenn das Personal noch mal nachfragen würde, ob der Pate sie ausreichend aufgeklärt hat?

P_2: Jajaja.. das wäre irgendwo eine Sache (...)

P_6: 57 Jahre; Haus Koch; 15 Therapiewoche

I: (...) haben Sie sich am Anfang gut informiert gefühlt? (...) Hat Sie da jemand an die Hand genommen und gesagt, so und so läuft das hier ab?

P_6: Ja wenn man hier neu ankommt .. ähh .. gibt es einen Paten (I: Mhm) Und der Pate sollte eigentlich ... (I: Einen aufklären?) und informiert sein und einen aufklären können .. zum Teil wird es gemacht .. zum Teil ist es dann auch schon wieder Unwissenheit (I: Mhm) Man sollte sich immer selber ein bisschen informieren. (I: Also es läuft nicht immer reibungslos?) Kann es nicht (I: Mhm) Ähm .. manche nehmen es auch ähh .. zeigen schnell auf und .. sie wissen im Grunde genommen gar nicht .. oder wir zeigen denen mal eben den Kickerraum, den Waschraum ... ähh .. ja die Sachen die eben wenn man ankommt wichtig sind (I: Mhm) für denjenigen wichtig zu scheinen sind (I: Mhm) Aber zum Beispiel es wird nicht gesagt, dass man drei mal in der Therapiezeit .. ähhm .. die Anonymen-Alkoholiker besuchen muß (I: Mhm) weil der Kostenträger das verlangt (I: Mhm) Und so ein paar Kleinigkeiten (I: Die kriegt man dann erst hinterher mit?) Die kriegt man dann hinterher mit und ... man muss sich selber ein bisschen schlau machen.

I: Was könnte man da ihrer Meinung nach besser machen? (....)

P_6: (...) Gut .. ähh .. wenn .. man macht ja Aufnahmegespräche (I: Mhm) Und in den Aufnahmegesprächen könnte man das .. mit einfließen lassen .. (I: Mhm) Und wenn einer Pate macht ... der sollte sich im klaren darüber sein, was er zu erzählen hat (...)

I: Ja man könnte es doch vielleicht so machen, dass man dem Paten einen Leitfaden an die Hand gibt, was er zu tun hat.

P_6: Hängt hier. (I: Ach der hängt hier?) Der hängt an der Tafel. (I: Aha) Welche Aufgaben der Pate hat ... viele halten sich daran und bei vielen ist es Unwissenheit und Motivationslosigkeit (...)

P_9: 50 Jahre; Haus Schmidt; 22 Therapiewoche

I: Wie haben Sie sich da informiert gefühlt .. am Anfang, eben hatten Sie ja gesagt, am Anfang ... wusste ich nicht so genau ..

P_9: (...) Es gibt immer einen Paten ... (holt tief Luft) gut den Paten den ich hatte ... das war nichts berauschendes (I: Mhm) Der hat mir mein Zimmer gezeigt .. Bettwäsche hochgebracht .. so jetzt haben wir sowie und so Wochenende brauchst du dich gar nicht drum kümmern (I: Mhm) Und ich bin ja jetzt auch Pate ich mache das ein kleinwenig anders ... ich versuche den Leuten (I: Mhm) gleich zu erklären wo was wichtiges ist und so weiter (...)

Verweilen wir nun – obzwar die *zweite* monierte Problematik, deren Aufhänger die Terminierung der Therapieaufnahme auf Freitag bildet, bereits in den wiedergegebenen Äußerungen von P_9 implizit zum Vorschein kam – noch einen Moment bei der von den Patienten vorgetragenen Patensystem-Kritik, so gelangen wir unter Bezugnahme auf die im Verlaufe der vorliegenden Arbeit vorgestellten Arbeiten von Jerome D. FRANK[23], Klaus GRAWE[24] und Hans Heinrich RASPE[25] – die, verkürzt gesagt, allesamt von der empirisch sattsam substantialisierten Annahme ausgehen, dass ein gebührendes Ausmaß an Information und Aufklärung den Therapieprozess kraft der Saturierung des patientenseitigen Kontrollbedürfnisses positiv zu beeinflussen vermag, unweigerlich zu der Einsicht, dass die grundlegende Überarbeitung des Patensystems – in Analogie zu der im vorausgehenden Kapitelunterpunkt beschriebene Problematik ‚*dsyfunktionaler Behandlungserwartungen*' – eine der vordersten Stellen innerhalb der Veränderungsmaßnahmenrangliste einnehmen sollte.

Wenden wir uns nun abschließend – da eine Ausarbeitung möglicher Ansätze zur Überwindung der bestehenden Patensystem-Defizite in Kapitelpunkt 9.5 erfolgen wird – noch *in nuce* der *zweiten* Problematik, in Worten die von zwei Patienten als belastend erlebte Aufnahme am letzen Werktag der Woche (Freitag), zu; welche der Gestalt sowohl mit der im obigen Abschnitt ausbuchstabierten Patensystem-Kritik als auch mit der im Kapitelunterpunkt 9.2.1.1 explizierten Achillesferse ‚*passiv-dysfunktionalver Behandlungserwartungen*' verquirlt ist, als dass einerseits das ohnehin nicht reibungslos funktionierende Patensystem gen Wochenende aufgrund von Wochenendheimfahrten sowie des wochenendlichen Therapieleerlaufs noch stärker in Mitleidenschaft gezogen wird und das andererseits Patienten mit passiven, kurähnlichen Behandlungserwartungen – wie es zum Beispiel bei den Patienten P_3 und P_9 der Fall war – aufgrund des leeren Wochen-

[23] vgl. FRANK 1968b und 1985 sowie FRANK et al. 1959
[24] vgl. GRAWE 1992b
[25] vgl. RASPE 1979

endtherapieplans einen negativen ersten Therapieeindruck bekommen, der sich im Extremfall – wie die nachstehend wiedergegebenen Äußerungen des Patienten P_9 beweisen – zu der Ausbildung konkreter Therapieabbruchgedanken ausweiten kann.

P_9: 50 Jahre; Haus Schmidt; 22 Therapiewoche

I: Vielleicht kommen wir noch mal so auf den ersten Tag dann zurück wie dann .. gehen wir mal von dem Bild weg .. wie Sie dann von der Entgiftung ins Haus Schmidt gekommen sind .. (P_9: Ohhh) Wie haben Sie sich da gefühlt .. was hatten Sie für Erwartungen an das Haus Schmidt oder ..

P_9: Ich habe gedacht hier hältst du es keine drei Tage aus. (I: Ahja. Mhm.) Da habe ich gedacht ne ... (I: Woran hat das gelegen?) Ich weiß es nicht .. vielleicht hatte ich eine andere Vorstellung oder wie oder was gehabt (I: Mhm) Vor allem, ich bin dahin gekommen von .. das war auf einem Freitag .. da ist ja eh nicht viel (I: Mhm) Bin ich dahin gekommen .. bin da ins Wohnzimmer gesetzt worden .. hat man mir mein Zimmer gezeigt .. das wars (I: Mhm) ... und dann kannte ich aber einen den habe ich habe ich da zweimal getroffen in Haus 12 .. den bisschen unterhalten .. ich sage hier kriegte doch Depressionen .. hier ist ja gar nichts los .. man ist aus Haus 12 richtig .. Bambule gewohnt gewesen und da .. Totenstille auf deutsch gesagt (I: Mhm) Habe ich gesagt, wenn das so weitergeht dann .. höchstens eine Woche .. ja sagte er, mir geht es auch so .. aber ich bin jetzt noch hier (I: Mhm. Woran hat das gelegen? Müssten Sie sich erst einmal eingewöhnen?) Ja, ja. Weil dann kam das Wochenende und dann ab Montags ging dann .. schrittweise die Therapien los .. dass man was machen konnte (I: Mhm) (...) (I: Ja dann war vielleicht der Zeitpunkt unglücklich gewählt .. am Freitag) Ja .. Freitags, dass war schon nicht ganz so optimal. (...)

P_7: 53 Jahre; Haus Schmidt; 7 Therapiewoche

I: Wie haben Sie den jetzt rückblickend ihren (,) ersten Tag im Haus Schmidt erlebt?

P_7: Ich habe das Haus vermessen. (I: Sie haben das Haus vermessen?) Ja, ich bin ins Zimmer gekommen .. da habe ich meinen Mitpatienten .. – den ich nur zwei mal gesehen habe – getroffen.(I: Aha) Das erste mal hat er mich gefragt „Hast du Feuer" .. und beim zweiten mal habe ich ihn vor der Haustür gesehen .. da wurde er nach Soest ins Krankenhaus gebracht ... also war ich sofort alleine auf dem Zimmer .. und sagen wir mal (,) die erste und zweite Nacht bin ich viel gewandert (I: Mhm) .. ich brauchte so zwei Wochen um hier anzukommen .. jetzt ist das OK. (I: Woran hat das gelegen (,) dass sie sich so lange eingewöhnen mussten?) (...) bin am Freitag ins Haus Schmidt gekommen .. das war kein optimaler Tag .. für jemanden der das schon mal mitgemacht hat, ist das vielleicht OK .. der weis, dass am Wochenende nicht viel los ist. (I: Mhm.) Ich habe versucht, mir das Wochenende so angenehm wie möglich zu gestalten. .. Gibt ja am Wochenende keine Therapie .. (...) Habe am Freitag den Stationsarzt im Haus Schmidt noch 1 Stunde bis 1 ½ Stunden gesehen ... habe meine Schränke eingeräumt (,) die Zimmer wurden mir kurz gezeigt .. das wars auch schon .. dann wurde man sich selbst überlassen (...) der Freitag war kein guter Termin (...).

9.2.1.3 Hitparade der hilfreichsten Therapiebausteine

Nehmen wir nun die in der nachfolgenden Tabelle in komprimierter Form dargestellten Antworten der Patienten auf die im Anschluss an die Betrachtung der Bildertafel-Nr.2 gestellt Frage nach den drei wichtigsten Therapiebausteinen genauer in Augenschein, so werden wir mit der auf dem ersten Blick paradox anmutenden Sachlage konfrontiert, dass trotz ihres geringen –

Zufriedenheitsgrades (siehe Kapitelunterpunkt 9.1.2.4) die Gruppenpsychotherapie von den Patienten in der Summe als hilfreichstes Therapieangebot (5 mal 1.Platz) eingeschätzt wurde.

	Einzel-therapie	Gruppen-therapie	Info-Gruppe	Sport-Therapie	Hirnleistungs-Training	Beschäfti-gungstherapie
P_1	2. Platz	/	1. Platz	3. Platz	/	3. Platz
P_2	2. Platz	/	1. Platz	3. Platz	/	/
P_3	/*	1. Platz	/	/	2. Platz	/
P_4	1. Platz	/	2. Platz	3. Platz	/	/
P_5	1. Platz	2. Platz	/	/	/	/
P_6	2. Platz	1. Platz	/	3. Platz	/	/
P_7	2. Platz	1. Platz	/	3. Platz	3. Platz	/
P_8	/	1. Platz	/	2. Platz	/	3. Platz
P_9	2. Platz	1. Platz	/	/	3. Platz	/

Tab. 162: Hitliste der als hilfreich erlebten Therapieangebote

Wenden wir nun abschließend – da die patientenseitigen Gründe für die geringe Gesamtzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie im übernächsten Kapitelunterpunkt genauer herausgearbeitet werden – unseren Blick von der Gruppenpsychotherapie ab und den von den Patienten beschrieben Wirkungsweisen der auf den Rängen vier und fünf Plätzen platz nehmenden Therapieansätzen der ‚*Sporttherapie*' und des ‚*Hirnleistungs-Trainings*' zu, so erscheint dem Autor der vorliegenden Arbeit insbesondere die nachstehend wiedergegebenen Aussagen des Patienten P_7 besonders aufschlussreich, da hier in Einklang mit den Äußerungen der Patienten P_3 und P_5 die Effektivität des HLT *resp.* der Sporttherapie auf zwei elementare Wirkprinzipien, in Worten des vermittels des Aufzeigens von physischen und kognitiven Einbußen hervorgerufenen ‚*Krankheitseinsichtsverfestigungseffekts*' sowie des ob der sich zeitnah einstellenden Verbesserungen des Ausgangsniveaus ausgelösten ‚*Therapieerfolgserwartungsverstärkungseffekts*', zurückgeführt werden.

P_7: 53 Jahre; Haus Schmidt; 7. Therapiewoche

I: (...) können Sie einmal die drei wichtigsten Therapieelemente nennen, .. die Ihnen bisher am meisten geholfen haben?

P_7: Ja ... das wichtigste ... die wichtigste Maßnahme war für mich war (,) diese Gruppenstunde. (I: Mhm) Da werden ganz gezielt auch Probleme angesprochen. Da muss auch jeder von sich was preisgeben und da erfährt man im Prinzip auch .. das man nicht der einigste ist. (I: Mhm) Allen anderen geht es ja genauso. Die sind alle wegen des selben Problems da .. und jeder will das irgendwo auch in den Griff kriegen ... und in diesen Stunden lernt man mit der Zeit sich selber auch zu öffnen und ... auch seine Gefühle auszudrücken .. warum ist man überhaupt hier und .. (h) weil alles hat ja auch irgendwo eine Ursache (I: Mhm) und das wird da so nach und nach herausgearbeitet. Und wenn dann Probleme auftauchen, dann gibt es eben die Vieraugengespräche (I: Mhm) .. und .. da kann man dann wirklich sagen .. was einen bedrückt (,) und wo sind noch Konflikte die noch nicht gelöst sind und da wird einem geholfen .. also .. ich fühle mich richtig gut aufgehoben (I: Mhm) und ... also ich bin auch der Meinung (h) ... das ich auf einem guten Weg bin (I: Mhm) da wieder mein Leben in den Griff zu kriegen (I: Mhm), was ich vorher nicht mehr im Griff hatte.

I: Also wenn ich Sie jetzt richtig verstanden habe, dann haben Ihnen bisher insbesondere die Gruppenstunden sowie die Einzeltherapiesitzungen am meisten geholfen?

P_7: Ja .. die sind sehr wichtig .. und alles andere .. ist ja auch wichtig. Das fängt mit dem Sport schon an. Weil ... (h) ... wie soll ich mich ausdrücken, ich weis jetzt nicht ... die Beweglichkeit (,) alles hat ja irgendwo auch .. ist ja auch in Mitleidenschaft gezogen worden im Laufe der Jahre. Erst einmal bekommt man immer wieder vor Augen geführt .. "Mensch, da hapert es. Das ging besser". Und das ist eben der Punkt wo man Ansätzen muss und .. wo man selber erkennen muss "so jetzt, da musst du anfangen zu arbeiten". Und das geht. Das funktioniert. (I: Das steigert vielleicht ja auch die Einsicht?) Ja .. das ist es eben die Voraussetzung (;) diese Einsicht .. man kann sich ja gar nicht selber so einschätzen weil man das im täglichen Leben merkt man wohl dass man die Probleme hat aber .. wie konkret (') die sind .. man ist mal vergesslich oder so (,) dass schiebt man zur Seite (I: Mhm) .. aber hier weis man ganz konkret ... (h) ... das .. (I: Hirnleistungstraining?) Ja, Hirnleistungstraining (,) wird einem ganz klar vor Augen geführt, wo es fehlt. (...) Und wie gesagt .. was mir gefallen hat, dass auch wirklich die Schwachstellen aufgedeckt werden (,) die man persönlich selber hat (I: Mhm) Da wird dann drüber gesprochen ... es wird drüber geredet was man machen kann ... und es wird dann auch gemacht (I: Mhm).. und .. und man merkt selber auch die Fortschritte. (I: Ja) Und das finde ich ganz wichtig, weil ... da weis man, "Mensch" ... (I: Es bringt doch was hier?) Ja und man hat es richtig gemacht. (...) es wird so unheimlich viel angeboten (,) man muss es nur nutzen. Das .. fängt ganz banal bei Sport an selbst da merkt man ja schon die Schwächen ob .. man die Kraft nicht mehr hat und .. aber es wird trainiert. Ausdauer wird wieder trainiert und ... geistig wird man wieder gefordert und (h) ... aber alles auf einem Level, dass man nicht überfordert wird und .. ich kann nur positiv darüber reden und ich bin froh, dass ich den Weg gegangen bin.

Bevor wird uns nun nachstehend der Kategorie ‚*Beziehung zum Bezugstherapeuten*' annehmen werden, sei vorab mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass hinter den Zeilen der obig wiedergegebenen Interviewpassage insofern elementare Einsichten der allgemeinen Psychotherapieforschung sowie speziell der Recovery-Bewegung[26] hervorlugen, als dass der Patient P_7 in eindrucksvoll Manier die genesungsprozessförderliche Induktion positiver Therapieerfolgserwartungen (Aufbau eines vernünftigen Therapieoptimismuses) herausstreicht; wobei hinsichtlich der beiden auf den Plätzen drei und vier rangierenden Therapieformen nach Ansicht des Autors insbesondere die Erkenntnis, dass eine schonungslose Kompetenzdefizitanalyse ausschließlich auf dem Fundament einer recoveryorientierten Grundhaltung des Personals – d.h. einer Grundhaltung, die in der demoralisierten Seelenlandschaft des Patienten ein Hoffnungskeim (O-Ton P_7: es wird drüber geredet was man machen kann ... und es wird dann auch gemacht (I: Mhm).. und .. und man merkt selber auch die Fortschritte.) zu pflanzen weis – einen dem Therapieprozess zu pass kommenden ‚*Krankheitseinsichtsverstärkungseffekt*' auszulösen vermag.

En passant sei abschließend unter Vorgriff auf die im Kapitelabschnitt 9.2.1.6 eingehender zu erläuternde Thematik des ambivalenten Einflusses der Mitpatientenschaft auf den Therapieverlauf noch angemerkt, dass die obige Hitparaden-Rangreihe innerhalb des in der vorausgehenden Zeile angesprochenen Kapitelunterpunktes gründlich zu revidieren sein wird.

[26] Siehe zur Einführung in den Recovery-Ansatz, welcher in der frühzeitigen Einimpfung von realistischer Therapieerfolgserwartungen (Hoffnung) den bedeutsamsten Genesungsfaktor erblickt, u.a. die nachfolgende Literatur: AMERING & SCHMOLKE 2006 und 2007; AMERING & SCHRANK 2007 sowie KNUF 2004, 2007, 2008 und KNUF & BRIDLER 2008.

9.2.1.4 Die Beziehung zum Bezugstherapeuten

Im auffälligen Gegensatz zu der differenzierten Einschätzung der Bezugstherapeutenbeziehung innerhalb des WPQAAT (siehe Kap. 9.1.2.3) zeichneten die Patienten im Rahmen der qualitativen Untersuchung – bis auf die Beanstandung des Patienten P_2, welcher sich darüber beklagte, dass der für ihn zuständige Therapeut während der Einzelsitzungen zu häufig auf die Uhr sah – ein durch und durch positives Bild der erlebten therapeutischen Beziehung. Besonders überraschend erscheint vor diesem Hintergrund, dass die von Seiten der Patienten im Fragebogen bemängelte Umsetzung des *Shared-decision-making-Ansatzes'* in der Interviewsituation – wie *pars pro toto* den nachstehend abgedruckten Äußerungen der Patienten P_1 und P_8 entnommen werden kann – nicht reproduziert werden konnte.

P_1: 45 Jahre; Haus Koch; 4. Therapiewoche

P_1: (...) die Einzelgespräche sind gut.

I: Wie würden Sie den die Beziehung beschreiben? Ist das dann eher so auf Augenhöhe .. also erleben Sie die Beziehung als partnerschaftlich?

P_1: Ja, ne .. partnerschaftlich (,) dass wäre ja schon wieder zu nah. Ne, ne, dass würde ich nicht machen. Ich weis nicht wie ich es beschreiben soll.

I: Ja ich meinte jetzt eher ob sie den Therapeuten als sehr dominant, gewissermaßen "von oben herab" empfunden haben?

P_1: Nein, nein das ist Sie nicht. (...) Sie pflückt Sachen raus (I: Mhm) und geht darauf ein. (...) Also Sie lässt einen erst reden und dann kommt Sie irgendwo (,) hat Sie so Bruchstücke rausgehört .. wo Sie dran drauf eingehen kann. (I: Mhm) Aber das ist nicht von oben herab. (I: Mhm) In keinerlei Weise.

P_8: 40 Jahre; Haus Schmidt; 14. Therapiewoche

P_8: (...) dass ist auch das Gute da .. beim Herrn XX [Anmerkung: Therapeut](,) dass ist nicht jemand der versucht einem was einzureden (I: Mhm) Ne, der macht Vorschläge und versucht die dann so ein bisschen auszuweiten. „Was könnte zum Beispiel im betreuten Wohnen auf dich zukommen" .. oder jetzt in meiner Wohnung zu bleiben (...) nur Fragen stellt "Was hältst du davon?" da hat man nicht das Gefühl .. dass man hier irgendwie in die Ecke gedrängt wird so eine Maus die anfängt zu beißen damit Sie rauskommt (I: Jaja) Also ich habe mich da sehr wohl gefühlt. Und ... (I: Also haben Sie die Beziehung eher auf einer Ebene .. auf Augenhöhe wahrgenommen?) Genau, nicht so wie der kleine Patient. (I: Aha, also so haben Sie sich gar nicht gefühlt?) Ne, überhaupt nicht, überhaupt nicht, absolut nicht. (...)

I: Was fanden Sie nun besonders positiv an dem Verhalten des Therapeuten?

P_8: Ja die Atmosphäre wie man sich mit Ihm unterhalten kann. (I: Ja) Sachlich, fachlich aber auch .. entspannt dabei. (I: Mhm. Also vielleicht auch die Wertschätzung auf einer Ebene?) Ja eine gegenseitige kann man fast sagen. (I: Aha) Weil man kriegt zu spüren, dass man nicht nur ein Patient ist sondern quasi der Fachmann was die Geschichte angeht. (...) da war ich sehr zufrieden.

9.2.1.5 Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie

Versuchen wir nun im Folgenden anhand der unter die Kategorie ‚*Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie*' subsumierten Transkriptionspassagen, in denen die Patienten dem Autor der hiesigen Arbeit ihre positiven und negativen Erlebnisse mit diesem Behandlungsbaustein schilderten, allen voran die Ursachen herauszudestillieren, warum die Patienten sowohl innerhalb der quantitativen als auch innerhalb der qualitativen Befragung eine geringe Zufriedenheitsbeseeltheit mit der Gruppenpsychotherapie angaben, so gewähren uns die Interviewauszüge im Gegensatz zu den Ergebnissen des WPSQAAT insofern einen tiefern hermeneutischen Einblick in die Unzufriedenheitsgenese, als dass sich im Rahmen der statarischen Lektüre der entsprechenden Interviewabschnitte insgesamt fünf Einflussgrößen aufdrängen, die maßgeblich für die bestehende Unzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie verantwortlich gemacht werden können.

1. *Ausgeprägte sozio-demographische Heterogenität*: Drei der interviewten Patienten führten ihre Unzufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie – wie den nachstehend angeführten Interviewauszügen entnommen werden kann – insbesondere auf die ihrer Meinung nach zu stark ausgeprägten Altersunterschiede sowie der geringen biographischen Parallelitäten zwischen den Gruppenmitgliedern zurück.

P_4:
P_4: Gruppengespräche fande ich mehr oder weniger ineffektiv. (I: Mhm) Ähmm ... hat wahrscheinlich damit zu tun, dass jeder eigenes individuelles Schicksal mit sich rumschleppt und dass das nicht so vergleichbar ist. (...) Also ich denke, dass in der Gruppe dieser gemeinsame Background nicht da ist. (I: Mhm) Der es dann vielleicht schaffen würde, dass man offener redet.
P_8:
P_8: (...) Zwölf Patienten, zwölf verschiedenen Lebensgeschichten ... manche, da hat man schon gemerkt naja OK jetzt höre ich mal einen Moment hin, ich komme von da .. pff lass den mal reden, kommt von Hamburg ist geschieden zwei Kinder und saufe jetzt seit zehn Jahren, der hat es halt ein bisschen kurz gemacht (,) und manche haben wirklich .. ja nicht von der Pike auf an aber schon etwas gründlicher dargelegt wie es dazu gekommen ist (...) und dann habe ich auch schon mal die Ohren gespitzt und dann kommt man sich auch hinterher .. erst in der Gruppe und auch hinterher einzeln mal mit dem Patienten unterhalten .. und das klappte da recht gut .. aber da ist auch wieder der Unterschied mit dem Alter gewesen (I: Mhm) .. da hatten wir dann .. ich weis jetzt gar nicht (,) 25 und 30 jährige .. dass war dann schon so eine leichte .. ja Gruppenbildung ist das falsche Wort .. mhh .. man hat schon gemerkt dass die Jüngeren da nichts mehr zu gesagt haben (...) die Älteren unter schon nachgefragt haben oder schon sich ausgetauscht haben, "ja bei mir war es ähnlich usw. " .. und dass hat sich dann oft so auseinandergeredet (...)

2. *Therapeutenrotation*: Allen voran der Patient P_6 machte für seine anfängliche Unzufriedenheit mit der Gruppentherapie die den mehrfachen, krankheits- uns urlaubsbedingten Wechsel der therapeutischen Gruppenleitung, welcher die Ausbildung einer tragfähigen Gruppenkohäsion verhinderte, verantwortlich.

P_6: 57 Jahre; Haus Koch; 7. Therapiewoche

I: Ja, vielen Dank. Dann nehmen wir mal die nächste Karte [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.3]

P_6: Ja, dass ist unsere Gruppe. (I: Mhm) Ähm .. am Anfang war es sehr schwer .. (I: Mhm) .. weil .. ähm die Therapeutin war vertretungsweise oben im Haus Schmidt (I: Mhm) und unsere Gruppe (,) wir waren ein zusammen gewürfelter Haufen .. alle frisch, neu .. es war für uns im Grunde genommen gut aber wir hatten keinen .. festen Ansprechpartner (I: Mhm) .. einmal waren wir bei Herrn X, dann waren wir bei Herrn Y .. dann kam mal wieder ein neuer Patient dazu .. es konnte nicht zusammenpassen (I: Mhm) oder nicht zusammenwachsen (,) weil man kam sich irgendwie immer fremd und .. (I: Mhm) "och geht Ihr mal heute dahin", "ach ja, heute machen wir mal da".

3. *Verletzung der Schweigepflicht seitens der Patienten*: Eine weitere zentrale Voraussetzung für die Zufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie bestehet laut den Patienten ferner darin, dass sich alle Gruppenmitglieder gewissenhaft an die Vereinbarung halten, keine der ihnen von den anderen Gruppenmitgliedern anvertrauten Informationen Außenstehenden mitzuteilen. Lassen wir nun zur Unterfütterung dieser Einschätzung die Patienten P_1, P_2 und P_6 selbst zu Wort kommen:

P_1

I: Ja, vielen Dank. Nehmen wir jetzt mal die nächste Bildertafel. [Ankerunkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.4]

P_1: Ah Gruppengespräche. ... Na gut also das, wie gesagt, in unserer Kleingruppe wir haben .. eine super Truppe, muss ich sagen. (I: Mhm) Es wird nichts raus getragen was besprochen wird ... und wir haben eigentlich ein gutes Verhältnis alle so durcheinander. (I: Mhm) (...) es passt gut bei uns. (...) dass ist schon OK mit der Gruppe. (I: Mhm) Vor allem da erzählt auch jeder was von sich (,) behält nichts im Hintergrund oder so etwas ... (I: Mhm. Und wichtig war Ihnen ja auch, dass nichts nach außen dringt?) Aus den Gruppengesprächen darf nichts nach außen dringen. (I: Mhm) Also das ist ein Kodex, dass darf nicht. (I: Mhm) Egal was da einer erzählt. (I: Kommt das den trotzdem vor?) Ja, aber dann machen die Leute zu .. also ich kenne dass von mir (,) dann würde ich zu machen (I: Mhm) Dann würde ich da sitzen, würde mir die Stunde antun und .. würde wieder mal so anfangen, dass sie genau das zu hören kriegen, was sie wollten (...) ne dass darf gar nicht passieren, was rauskommen zu lassen. Aber das ich bei uns auch bisher nicht der Fall.

P_2: 44 Jahre; Haus Brauer; 4. Therapiewoche

I: Nehmen wir vielleicht mal die nächste Karte. [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.3]

P2: Ja, dass sind die Gruppengespräche mit Therapeut X (...) Was ich halt manchmal ein bisschen blöd fand war dass Gespräche die dort gefallen sind da ist auch draußen drüber gesprochen worden obwohl es eigentlich gar nicht gemacht werden sollte (I: Mhm. A ja. Mhm.) und (I: Also dann nach außen getragen wurde?) Jajajaja, dass wird ja dann .. da war der ein oder andere schon mal dabei dass er gesagt hat ich sage nichts weil er Angst hat das draußen was gesagt wird ne (I: Aha) .. aber das kann man nicht abstellen .. das

geht nicht (I: Aha) Das bleibt nicht aus. (I: Also eigentlich sollte das in der Gruppe besprochene nicht nach außen dringen?) Eigentlich ja. Aber das ist halt eben eine Gruppe .. das ist ne kleine Gruppe und draußen ist die Großgruppe und in der Großgruppe sind wieder andere Grüppchen zusammen die tuscheln über die und .. wie im normlen Leben (I: Aha) Aber das kriegt man nicht raus, dass kann man nicht ändern. .. Das hat mich am Anfang auch sehr belastet, da bin ich auch gar nicht mit klar gekommen.

P_6: 57 Jahre; Haus Koch; 13. Therapiewoche

P_6: (...) und die Gruppe die muss vertrauenswürdig sein .. auch wenn neue kommen, denen wird von vornherein gesagt "dass was hier ist, das bleibt hier", ne (I: Mhm) Nicht dass man draußen hört .. "ej der, der hat wieder gekifft oder so", dass bleibt bei uns in der Gruppe. Und das Gefühl muss man auch haben, sonst kann man nicht reden.

4. *Verletzung der Schweigepflicht seitens der Therapeuten*: Das eine Verletzung der Therapeutenschweigepflicht, dies meint, dass der Therapeut innerhalb des Gruppengesprächs Sachverhalte anspricht, über die eigentlich vereinbart wurde, dass sie den Rahmen des Einzelsettings nicht verlassen, zur Steigerung der Zufriedenheit mit der Gruppentherapie nicht unbedingt förderlich ist, verdeutlichen die nachstehend wiedergegebene Äußerungen des Patienten P_2.

P_6:

I: (...) gab es Momente während des Therapieverlaufs wo Sie sich richtig geärgert haben .. über irgendwas? [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.7]

P_2: Ja, ich habe mich mal einmal drüber geärgert (,) im Nachhinein .. ähh .. da ist mal so was angesprochen worden was im Einzelgespräch eigentlich war (,) und dann habe ich schon mal drüber nachgedacht "Warum hat der Arsch das jetzt überhaupt gesagt, dass hat doch da in der Gruppe gar nichts zu suchen gehabt, ne". (I: Mhm) Aber das hat der Therapeut vielleicht auch gar nicht so wahrgenommen, dass er da was gesagt hat oder so etwas alles. (I: Mhm) Und da habe ich schon mal Abends so drüber nachgedacht und da habe ich auch gleich mit meinem Kollegen [Anmerkung: nahe stehender Mitpatient] darüber gesprochen, ich sage "der Blödmann hat da mal wieder was gesagt, was gar nicht dahin gehörte, ne. Das brauchen die anderen doch gar nicht wissen, ne". (I: Mhm) Das hat mich dann schon mal zum Grübeln gebracht, ne. (I: Ja) Aber ich sage mal, einerseits sie versuchen zwar immer solche Sachen dann im Einzelgespräch zu lassen .. aber dann rutscht auch schon mal was raus oder was .. das ist dann alles nicht so einfach. (Jaja) Ja Ich habe dann drüber nachgedacht .. aber ich habe es dann nachher auch nicht krumm genommen und habe gedacht "hat ja keiner in meiner Heimatstadt erfahren".

5. *(Dis-)Simulierende Mitpatienten*: Zu guter letzt wurde die schwellende Unzufriedenheit mit der Gruppentherapie – wie die weiter unten exemplarisch abgelichteten Kommentare der Patienten P_4 und P_5 beweisen – dadurch befeuert, dass einige der Gruppenteilnehmer in den Gruppensitzungen entweder ein übertrieben schlechtes *bzw.* ein übertrieben gutes Befinden mimen.

P_4: 55 Jahre; Haus Brauer; 12. Therapiewoche

P_4: (...) es lief meines Erachtens zu eintönig ab. (I: Mhm. Inwiefern? Etwa von den Themen?) Ja, von dem ganzen Prozedere. (I: Mhm) Ähm, natürlich wurden wir immer gefragt "haben Sie irgend welche Themen?". (I: Mhm) Aber .. mein Gott, .. ne .. kennt man ja .. der eine hat das Thema, der andere hat das Thema und .. ähm .. wenn man schon zwei mal sei Thema hatte ist man beim dritten mal auch vielleicht vorsichtig und sagt "jetzt halt dich mal zurück, nur weil du jetzt immer sofort eine Idee hast .. lass auch mal die anderen zu Zuge kommen" (,) aber da kam oftmals nichts .. dann lief also das Standardprogramm ab (,) also Bällchen zuwerfen .. "wie geht es Ihnen heute?" (I: Mhm) .. und weiter und weiter oder "Was denken Sie wie es Herrn/Frau Soundso geht?" .. da kann man .. ich sag mal .. eine halbe Stunde nichts sagen, obwohl man durchgängig geredet hat (I: Mhm) .. Und dann kommt manchmal auch die Frage auf: „Warum hast habe ich hier eineinhalb Stunden gesessen?“ (I: Mhm) Ja, oder wenn es diese – wie Sie gerade schon so treffend sagten – die Menschen mit den Therapiemasken gibt, die Sie einfach nicht abnehmen wollen. (I: Mhm) Dann behalten Sie sie da auch auf. (I: Mhm) Und das nervt einfach, weil gerade im Zusammenleben merkt man ja wo die Menschen ihre Probleme haben (I: Mhm) und wenn dann plötzlich für eineinhalb Stunden oder drei mal eineinhalb Stunden in der Woche diese Menschen überhaupt keine Probleme haben .. dann würde ich Ihnen nur wünschen, dass es Ihnen den recht der Woche auch so gut geht wie in diesen drei mal eineinhalb Stunden. Und da fühlt man sich manchmal .. verscheißert. (lacht) Und deshalb ist da auch nicht soviel bei rumgekommen. (...) Ja also da ist da meine Erwartungshaltung nicht befriedigt worden.

P_5: 41 Jahre; Haus Brauer; 15. Therapiewoche

P_5: Gruppensitzungen (,) ja (...) ist mit Sicherheit sinnig (I: Mhm) Ob ichs mag oder nicht mag sei mal dahingestellt. (I: Ja, waren Sie eher nicht so mit zufrieden?) Wenn man es vom Anfang her sieht .. ähm .. ehr nicht .. weil ich teilweise halt auch die Geschichten dahinter wusste – zumindest ja begrenzt zwar – aber .. (holt tief Luft) und es leider Patient gibt, sobald ein Therapeut da ist tut denen alles weh und Sie weinen und – ja weinen jetzt nicht unbedingt, aber so ähnlich – und sobald die weg sind, sind sie wieder die lustigsten Menschen. (I: Mhm) Und das punktpunktpunkt mich an. (I: Ah ja. Und kam das öfters vor?) Und das war am Anfang .. waren das zwei drei Leute .. ähh. .. (holt tief Luft) ich musste mir extrem teilweise den Mund zu halten .. weil so wie die die Therapeuten angelogen haben (I: Mhm) Das kann ich nicht ab.

9.2.1.6 Der janusköpfige Einfluss von Mitpatienten auf den Therapieprozess

Ehe nun in den beiden unmittelbar nachstehenden Kapitelunterpunkten die ursprünglich der Metakategorie ‚*Der janusköpfige Einfluss von Mitpatienten auf den Therapieprozess*' zugeführten Textpassagen auf die Subkategorien ‚*Konflikthafte Mitpatientenbeziehungen als Therapieinibatoren*' und ‚*Freundschaftliche Mitpatientenbeziehungen als Therapiekatalysatoren*' verteilt werden, sei bereits an dieser Stelle vorausgeschickt, dass eine intensive Ausdeutung des innerhalb der Untersuchung zu Tage geförderten (unspezifischen) Wirkfaktors Namens *‚supportive Mitpatientenbeziehungen'* aufgrund des begrenzten äußerlichen Rahmens in der vorliegenden Arbeit leider nicht geleistet werden kann. Unter Einhaltung dieser formalen Regularien wird der Autor gegen Ende des Abschnittes 9.2.1.6.2

somit nur in groben Strich skizzieren, kraft welcher theoretischen Konzeptionen die Effektivität dieses *bis dato* in der psychotherapeutischen Literatur stark vernachlässigte Wirkfaktors möglicherweise erklärt werden kann. Darüber hinaus wird sich der Verfasser in den Schlussakkorden des Kapitelpunktes 9.2.1.6.2 noch kurz der Fragestellung annehmen, inwiefern dieser Wirkfaktor sowohl durch strukturelle (z.B. soziopetal Raumanordnung) als auch personale Interventionen (z.B. weitgehend homophile Zimmerbelegungen) positiv beeinflusst werden kann.

9.2.1.6.1 „*Zu viel Krawall stört die Therapie*“[27] – Konflikthafte Mitpatientenbeziehungen als Therapieinhibatoren

Zu der dem Kapitelunterpunktpunkt vorangestellten Äußerung des Patienten P_1, laut derer in paraphrasierter Form die Vorherrschaft von Konflikten, Streitereien, Kontroversen und Spannungen unter den Mitpatienten ab einem gewissen Ausmaß dazu führt, dass der Therapieprozess günstigstenfalls verlangsamt *bzw.* schlimmstenfalls stagniert oder gar abgebrochen wird, fanden sich bei der Durchsicht des Transkriptionsmaterial insgesamt 13 Textstellen. Bevor wir nun aus diesen Interviewpassagen die zentralen Konfliktkonstellationen *resp.* -ursachen heraussieben werden, sollen in einem ersten Schritt die eindringlichsten Äußerungen der interviewten Patienten zu Art und Ausmaß des therapiehemmenden Einflusses belastender Mitpatientenverhaltensweisen im Originalton wiedergeben werden.

P_1: 45 Jahre; Haus Koch; 4. Therapiewoche

I: Wie wichtig ist den die Beziehung zu den Mitpatienten? dass das stimmig ist?

P1: Zuviel Krawall stört die Therapie. (I: Aha) Also bei mir auf jeden Fall. Und ich genieße es im Moment dass ich zurzeit allein auf dem Zimmer bin (I: Aha) Obwohl das eigentlich nicht so mein Ding ist alleine zu sein, aber im Moment tut's mir gut ... Ich kann da auch mal innen bei mir reingucken mal meine Probleme so durchgucken was ich so habe ... Doch dass (I: Was meinten Sie jetzt genau mit „Zuviel Krawall stört die Therapie?“) Ja Hektik oder so was dann .. weil das mag ich eigentlich nicht so wenn dass alles so .. wie gesagt wir haben ja die jüngeren Leute hier und die sind dann schon mal auch dann ohhh Punkt vier Uhr weg in die Stadt und mal hier hin mal da hin (I: Aha) und wenn die dann mal keinen haben die nerven dann auch schon mal .. kannste nicht mitkommen oder so und da habe ich keinen Bock drauf (I: Mhm) Das meine ich dass ist da so ein bisschen .. ansonsten sind die Interessen ja auch unterschiedlich (...)

I: I: Ja gut, manchen wir mal weiter. ... Was erkennen Sie hier? [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.6]

P_1: Ja gut, dass könnte jetzt total .. also im Moment, so sympathisch wie der lächelt und das Buch da liegen hat, das Licht an, dass ist so (,) so bin ich heute. Abends jetzt. (I: Mhm) Ich habe keinen Zimmerkollegen der mich nervt, weil wenn ich ins Bett gehe, dann lese ich noch. (I: Mhm) Dann möchte ich auch nicht noch mit jemanden quatschen. Das stört dann beim lesen. Und X war dann so ein Typ, der fing dann Abends immer an mir seine Geschichten vom Tag zu erzählen. (I: Mhm) Deswegen .. es sind jetzt .. als der gegangen ist (,) muss ich sagen finde ich schade (,) auf der anderen Seite hat es für mich was positives. (I: Können Sie sich vielleicht noch ganz konkret an Momente erinnern, wo Sie Abends so glücklich und zufrieden im Bett gelegen haben?)Die letzten drei Tage. (I: Die letzten drei Tage. Ahja. Und was hat das dann ausgelöst?) Ja ich war alleine im Zimmer. (I: Aha) Und sei weggehen auch irgendwie, weil wir haben da auch

[27] Äußerung des befragten Patienten P_1

auch vorher schon einmal drüber gesprochen und ich bin ja ein Typ wenn ich irgendwie sage ich mache jetzt diese Therapie .. für mich .. das ist erst am Sonntag eigentlich eingetreten, wo ich alleine war. (I: Mhm) Vorher hatte ich immer das Gefühl ich mache die nicht für mich, weil habe immer einen im Schlepptau. (I: Aja. Mhm) Und jetzt ne, wie gesagt seit Sonntag passt das Bild hundertprozentig. (I: Mhm) Doch .. ich kann abends entspannt lesen, schlafe ein .. kann in Ruhe mein Tagebuch schreiben. (...)

I: Nehmen wir mal das nächste Bild [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.7]

P_1: Ja, dass ist dann Abends .. wenn er mir dann alles so erzählt hat was er (,) noch erledigen wollte .. dann habe ich da auch so gelegen, ich habe gedacht "warum hält der nicht endlich den Mund". (I: Also, dass war Ihnen dann auch einfach zuviel?) Ja. .. Ich habe im dann auch nicht, .. doch (h) ich habe im schon durch die Blume gesagt, dass er mich mal in Ruhe lassen sollte, aber ich habe auch manchmal gar nicht mehr auf seine Fragen geantwortet (,) habe dann einfach dicht gemacht. (I: Aha) Aber bis Samstag war das so. Da habe ich echt gedacht "man, warum pennt der nicht einfach" .. weil da konnte ich auch nicht lesen, das Licht hat ihn gestört .. und so weiter (...)

P_2: 44 Jahre; Haus Koch; 20. Therapiewoche

I: (...) Wie war Ihrer Meinung nach der Zusammenhalt unter den Mitpatienten?

P_2: Der Zusammenhalt war meiner Meinung nach (,) dass war für mich keine Gruppe. (I: Mhm) Das war, ich sage mal hier oben [Anmerkung: Haus Brauer] gefällt es mir besser als unten [Haus Koch] (I: Mhm) Weil ich bin der Meinung ich mit meinen 44 Jahren war da unten nicht gut aufgehoben. (I: Mhm) Weil .. ähh .. erstmal (,) da ist sehr viel junges Volk und die Denken erstmal anders wie ich (I: Mhm) Und deshalb stehen die ja auch zu bestimmten Sachen anders da wie ich (I: Mhm) Ich sage mal nur ein Beispiel, wenn man von der Toilette geht, benutzt man auch die Toilettenbürste. Und es gibt halt junge Leute die halt so was nicht machen (...) Und deshalb war ich der Meinung, mit 44 Jahren war ich da unten nicht gut aufgehoben. Weil .. dass passte nicht. Und deswegen diese Gruppenbildungen und so was und dieses ... das hat mir überhaupt nicht gefallen. (I: Mhm) Jetzt hier oben bin ich der Meinung, hier bin ich besser aufgehoben. Weil das Alter passt irgendwo ein bisschen besser. Und das hat mich da unten doch sehr gestört. (I: Mhm) Das war nicht so mein Ding. Weil ich sage mal, der 22 jährige denkt halt anders als ich. (I: Mhm) Und der lässt sich von mir auch keine Vorschriften machen, obwohl ich im ja gar nichts will. (I: Mhm) Oder wenn ich aus der Dusche raus gehe, dann mache ich die Dusche sauber. (...) (I: Ja also, dass hat Sie dann schon sehr gestört?) Das hat mich gestört und dann hatten wir auch mal eine Diskussion weil die Toiletten schmierig waren und dann war das im Gespräch gewesen von wegen, dann macht jeder mal die Toiletten sauber und dann habe ich nur gesagt "ich werde die Toilette von anderen mit Sicherheit nicht sauber machen", weil wenn einer meint er muss die Toilette dreckig verlassen, dann soll er sich das nächste mal auch wieder draufsetzen. (I: Mhm) Das wäre für mich ein Grund gewesen nach Hause zu gehen. (...) das sind Sachen die haben mich sehr gestört. (I: Ja, da kann ich mir vorstellen, dass man sich dann auch schwer auf die Therapie einlassen kann?) Ja, dass hat mich am Anfang sehr, sehr belastet. Oder wenn ich gesehen habe wie die Leute da in der Küche (...) dieser Standardkühlschrank wo Sie alle was reingepackt haben, immer nur vorne rein, rein, rein, rein, rein. (...) das war so etwas von unhygienisch da drin. Aber es hat die Leute halt nicht gestört. (I: Mhm) Das hat den 20 jährigen nicht gestört und (,) das Verhältnis passt nicht. Und man kann nicht verlangen, dass der 40 jährige da immer noch hinterher räumt. Das sind so Sachen die mich sehr gestört haben. (I: Mhm) (...) Hier oben [Haus Brauer] fühle ich mich recht wohl. (...) Das ist ein ganz anderes Verhältnis hier oben. Ich habe schon gesagt, wenn ich von vornherein hier oben gewesen wäre, hätte ich die ersten fünf, sechs Wochen, wo

ich mich mit dem Haus da unten beschäftigt habe, hätte ich da schon viel eher von den Füßen weg gehabt. (I: Mhm) Da hätte ich mich dann schon nach ein bis zwei Wochen eingelebt. Dann wäre das einfacher für mich gewesen. (I: Mhm) Ich habe die erste Zeit, wo meine Frau oder mein Kumpel kamen, ich habe auch nur über diese Scheiße da unten gelabert (,) über das Problem Haus selber, ne. (I: Was haben Sie dann vorwiegend angesprochen?) Ja, dass hat mich komplett belastet. .. Alleine es gab was zu essen (holt tief Luft) und man kam an den Wagen dran, die Wurst war weg. war schon alles vergriffen. (I: Mhm) Ich habe die ersten Wochen jeden Abends nur meinen Harzer-Käse gegessen, weil ich hatte schon keinen Bock auf das Essen da (...) Jeder packt den Teller voll und wer zuletzt kommt, malt zuletzt. Und das fand ich von der Essensausgabe ein bisschen (,) Scheiße. ... ich sage ja, da fehlt das Personal irgendwo ein bisschen. (I: Mhm.) Das ist ein Knackpunkt ist das. Wenn da jetzt einer .. ich sag mal, da muss sich mal der Therapeut hinsetzen und soll sich das mal angucken wie das hier Abends beim Essen abgeht. Wenn die Leute in der Runde sitzen, dann sind Sie alle nett und artig (...) aber wenn dann der Rücken da ist. (...) Und wenn dann halt das Abendbrot da stand, dann hat sich jeder draufgestürzt und wenn dann das gute weg war, war das gute weg. (I: Mhm) Und dass fand ich irgendwo immer ein bisschen .. armselig, weil ich sage mal bezahlt hat es ja jeder. (...) Es stehen ja auch jedem so und soviel Gramm zu (...)

I: Ja gut, da kommen wir später nochmals drauf zu sprechen, was man da Ihrer Meinung nach vielleicht verbessern könnte. Nehmen wir uns stattdessen nun mal die nächste Karte vor. .. was erkennen Sie darauf oder mit was bringen Sie das Bild in Verbindung? [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.6]

P_2: Zimmer (...) also wie gesagt habe ich die ersten Wochen mit einem auf dem Zimmer geschlafen (,) der hat sich nicht geduscht. (I: Mhm) Der hat sich nicht die Zähne geputzt, der hat fast die ganze Woche die selbe Unterhose getragen und dann hat er noch geraucht (,) und durch dieses rauchen hat er unheimlich stark nach Nikotin gestunken. (I: Mhm) Und ich als Nichtraucher musste mit dem auf einem Zimmer schlafen. (I: Mhm) Und dann hat der Nachts gehustet wie ein Tier. (I: Mhm) Ich bin nachts aufs Klo gegangen, bin wieder aufs Zimmer gegangen (,) es hat gestunken da drin ...und das war für mich als Nichtraucher sehr unangenehm. (I: Ja. Mhm) Und dann habe ich halt eben nach einer Woche .. das habe ich natürlich auch mit mir rum getragen, das hat mich belastet. (holt tief Luft) Dann habe ich es meinem Therapeuten erzählt (...) bin dann später auch von dem Zimmer runter gekommen (,) bin zwar wieder beim Raucher aufs Zimmer gekommen, aber der war halt eben mein Alter .. wir sind gut miteinander klar gekommen (,) wir haben uns irgendwie gesucht und gefunden. (...) Ohhh, aber das war am Anfang für mich sehr unangenehm. Ich bin dann schon immer früh ins Bett gegangen damit ich schlafe wenn der kommt. Und dann hing der seine Jacke dahin, die Klamotten haben gestunken und .. morgens aus dem Bett und dann gleich wieder in diese Klamotten rein und ... (holt tief Luft) .. oder Abends ich lag im Bett (,) man kauft sich kein Tempo, man macht das ins Waschenbecken rein, ne. Und da muss man auch mal gucken .. kommt der irgendwo aus dem Berufsleben (,) hat der ein normales Leben (,) der weis wo es langgeht .. und der, der kommt der hat eine Karriere dass er halt eben die letzten zehn Jahre gesoffen hat und .. da muss man halt auch mal irgendwo so ein bisschen ... (I: Die Zimmernachbarn aufeinander abstimmen?) Ja, weil (,) das war für mich sehr belastend. Wo ich nachher mit dem X zusammen war, der war zwar geschieden und jetzt auch zwei Jahre arbeitslos, aber .. das hat von der Harmonie her gepasst. (I: Mhm) Vom Alter her, von der Sauberkeit her und so was alles. Wir haben uns gesucht und gefunden. Wir telefonieren heute noch zusammen. (...) Vom Zimmer her hat das gepasst. (I: Mhm) Und da muss man auch irgendwo ein bisschen gucken, dass das harmoniert. das war für mich so was von unangenehm. (...) Das hat mich sehr belastet. ... Ja dass ging mir dann nachher so auf den Keks, dass ich das halt eben ansprechen

musste. Weil wenn ich das hätte durchziehen müssen, dann wäre ich vielleicht .. hätte meine Koffer gepackt und wäre nach Hause gegangen. (I: Mhm) Das hätte ich keine .. vier, fünf Wochen durchgehalten. Das geht ja gar nicht. (I: Mhm.) Ich sag mal, dass wäre unter meiner Würde gewesen. Das wäre so als wenn ich unter einer Brücke schlafe. (I: Mhm) Nein, das wäre nichts für mich gewesen .. also .. weil ich will ja eine Therapie machen und will mich nicht über so einen Scheiß aufregen. (...) Eigentlich sollte das Zimmer ein Rückzugsraum sein .. dass ich mich mal ins Bett lege, die Musik aufmache und mir bestimmte Sachen durch den Kopf gehen lassen kann.

P_8: 40 Jahre; Haus Schmidt; 14. Therapiewoche

I: Gab es in der Therapie Situationen wo Sie Abends so in Ihrem Bett gelegen haben? .. Und wenn ja, was hat das ausgelöst? .. Dass Sie sich vielleicht über irgend etwas besonders geärgert haben? [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.7]

P_8: Ja, da gab es (,) so ein paar (,) Meinungsverschiedenheiten, teils Konfrontationen mit dem Jungchen [Anmerkung: Zimmernachbar]. (I: Mhm.) Also, was das Benehmen angeht von ihm .. wie er sich dort aufgeführt hat. Das habe ich ihm ein paar mal versucht ihm klar zu machen. .. Weil es nagt wirklich an den Nerven, wenn man ... in ein Zimmer kommt (,) Tag für Tag, ne. Man räumt seine Ecke auf, macht sein Bett, räumt seine Sachen ordentlich hin, geht duschen, macht das Badeszimmer sauber .. (holt tief Luft) und alles was selbstverständlich ist, wird liegen gelassen. Da kriege ich schon schlechte Laune wenn ich da reinkomme und sehe, dass sieht aus wie nach einem .. mittelschweren Atomschlag, da liegt Bettwäsche rum und Klamotten auf dem Boden, Tüten und Taschen (...) Das hat mich .. genervt. (I: Mhm) da konnte ich mich irgendwie gar nicht mehr so recht auf die Therapie konzentrieren (...).

P_2: 44 Jahre; Haus Koch; 20. Therapiewoche

P_2: Was halt eben Nachts (,) mir Abends immer ein bisschen blöd war ist halt eben dieses Türenknallen, ne. (I: Mhm) Das sind halt junge Leute (,) Jugendherberge, ne. (I: Mhm) Das ist hier oben [Haus Brauer] etwas anders. (I: Mhm) Weil ältere Leute die machen sich da .. die sagen sich „der ruht“ (...) da haben diese jungen Leute (,) die werden ja Nachts erst richtig wach.

I: Ja kommen wir dann vielleicht mal zum nächsten Bild .. wann Sie vielleicht mal so dagelegen haben. [Vorlage der Bildertafel-Nr.7]

P_2: Also ich will jetzt nicht sagen, dass ich morgens aufgestanden bin und ähh .. dass ich kaputt war weil die Türen geknallt sind, aber es hat mich abends schon gestört, dass die Türen geknallt worden sind, wie die Idioten, ne. (I: Mhm) Oder (,) ich kann nur ein Beispiel sagen, im Nachbarzimmer – das war ein Zweimannzimmer – da war ein älterer drauf, .. ich will mal sagen so um die 52, 53 Jahre alt und da war ein jüngerer dabei, um die dreißig, nix geleistet, nichts gebracht und dann saßen die aber mit vier Mann auf dem Zimmer und haben Laptop geguckt. (I: Mhm) Obwohl der andere auch da war, der ältere. Und der hat sich .. (h) der hat sich richtig belastet gefühlt. (I: Mhm) Ich habe dann immer gesagt "Na, haben die Kinder wieder geguckt?" und (,) der hatte so eine Krawatte. Der ist mir gegenüber nachher sogar auch patzig geworden, so "halt mal deine Schnauzte", so ungefähr, ne. (I: Mhm) Und als derjenige dann nachher rausgeflogen war, weil der wieder Scheiße gebaut hatte, .. hat man gesehen wie dieser Mensch sich gewandelt hat. Da hat er einen auf dem Zimmer gehabt der ungefähr sein Alter war, wo dass wieder gepasst hat.

Da kam er wieder ganz anders rüber, er hat sich wieder mit mir unterhalten (,) morgens am Tisch "Hallo X, wie geht's und so" (I: Mhm) Das ist sehr, sehr belastend so was. Das macht was aus. Und das war dann auch so ein Typ der das nicht gesagt hat. (...) und es hat ihn aber sehr, sehr belastet. (...) Aber das ist halt alt und jung. .. Da muss man halt ein bisschen was dran machen. (I: Also schauen das die Mischung passt?) I: Oder man müsste sagen, ähh (,) unten auf den Flur packe ich die von 25 bis 35 (...) und oben packe ich die älteren hin und dann muss ich auch ein bisschen gucken (,) was weiß ich, der hat schon 30 Jahre Malocht, der 20, die packe ich zusammen auf ein Zimmer (...) dass muss ein bisschen passen, weil dann harmonisiert das auch besser von den Zimmern her.

Versuchen wir nun aus den aufgrund ihrer Repräsentativität ausgewählten Interviewpassagen die zentralen Ursachenbündel herauszupräparieren, welche vornehmlich für die von den befragten Patienten nicht nur als enorm belastend sondern gar als den Therapieprozess blockierend wahrgenommenen Mitpatienten-Konflikte verantwortlich zu machen sind, so können nach Ansicht des Verfassers die in dem grau schraffierten Rechteck der nachstehenden Abbildung 127 *en miniatur* in ihrer Relevanz abnehmend aufgelisteten Konfliktquellen zu einem Großteil auf eine Metakonfliktursache, die in einer beständigen Missachtung elementarer Wohnbedürfnisse (Privatheit, Ruhe, Ordnung) Gestalt gewinnt, zurückgeführt werden.

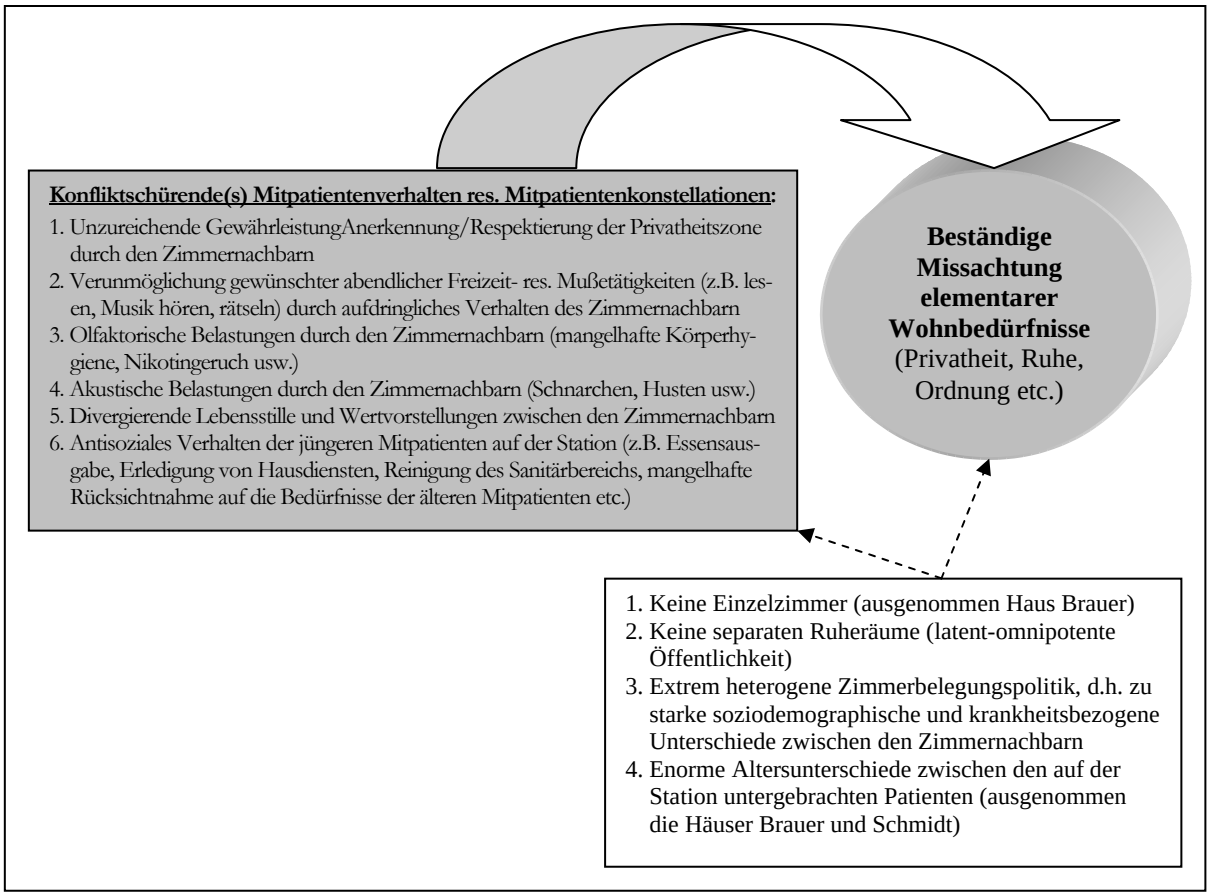


Abb. 127: Die konstante Missachtung elementarer Wohnbedürfnisse als primäre Ursache therapiedysfunktionaler Mitpatientenkonflikte

Ohne nun bereits an dieser Stelle die in Kapitelunterpunkt 9.2.1.9 noch eingehender – unter vorrangiger Bezugnahme auf die erkenntnisreiche Studie »*Die Dritte Haut. Psychoanalyse des Wohnens*« von Dieter FUNKE – zu erläuternden Bedeutung des wohnlichen Geborgenheitsgefühls für den Therapiepro-

zess vollständig vorwegnehmen zu wollen, kommen wir angesichts der obig herausgearbeiteten Tatsache, dass sich das als besonders belastend perzipierte Mitpatientenverhalten beinahe ausschließlich innerhalb des Wohnraums – pointiert formuliert innerhalb der zweibetttiefen Patientenzimmer – abspielt, nicht umhin, in knappen Worten die therapeutische Relevanz der Saturierung elementarer Wohnbedürfnisse zu skizzieren.

Richten wir uns nun zur Einlösung dieses Unterfangens in einem ersten Schritt mit der Frage, was eigentlich unter dem Terminus ‚wohnen' zu verstehen ist an die einschlägige Literatur, so erhalten wir in dem Aufsatz »*Bauen, Wohnen, Denken*« von Martin HEIDEGGER eine nicht nur für den zur Verhandlung stehenden Sachverhalt sondern für die Zufriedenheitsforschung insgesamt höchst aufschlussreiche Antwort:

> „Doch worin besteht das Wesen des Wohnens? Hören wir noch einmal auf den Zuspruch der Sprache: das altsächsische «wuon», das gotische «wunian» bedeuten ebenso wie das alte Wort bauen das Bleiben, das Sich-Aufhalten. Aber das gotische «wunian» sagt deutlicher, wie dieses Bleiben erfahren wird. Wunian heißt: zufrieden sein, zum Frieden gebracht, in ihm bleiben. Das Wort Friede meint das Freie, das Fyre, und fry bedeutet: bewahrt vor Schaden und Bedrohung, bewahrt – vor ... d.h. geschont. Freien bedeutet eigentlich schonen. Das Schonen selbst besteht nicht nur darin, dass wird dem geschonten nichts antun. Das eigentliche Schonen ist etwas *Positives* und geschieht dann, wenn wir etwas zum voraus in seinem Wesen belassen, wenn wir etwas eigenes in sein Wesen zurückbergen, es entsprechend dem Wort freien: einfrieden. Wohnen, zum Frieden gebracht sein, heißt: eingefriedet bleiben in das Frye, d.h. in das Freie, das jegliches in sein Wesen schont. *Der Grundzug des Wohnens ist dieses Schonen.*"[28]

Lassen wir nun die interessante etymologische Verbindung zwischen Wohnen und Zufriedenheit für den Moment außen vor und konzentrieren uns auf die anthropologische Funktionsdienlichkeit des Wohnens, so geht HEIDEGGER – in Einhelligkeit mit den literarisch-philosophischen Wohnanalysen von Antoine de SAINT-EXUPÉRY[29], Gaston BACHELARD[30], Hans BLUMNENBERG[31], Otto Friedrich BOLLNOW[32] und Peter SLOTERDIJK[33] – davon aus, dass der Mensch im Daseinsmodus des Wohnens einerseits von den Ansprüchen, Gefahren, Rollenerwartungen, Belastungen, Unsicherheiten, Widrigkeiten und chaotischen Mächten der Außenwelt ver-schont bleibt und er andererseits diese Phase der Außenwelt-Entlastung dazu nutzen kann, um in einer entspannten Atmosphäre die aus der Außenwelt empfangenen Reize angemessen zu verarbeiten und kraft dieser inneren Sammlung sein an der Außenwelt aufgeriebenes Selbst zu revitalisieren. Dass nun das Erleben eines der artigen Geborgenheitsbereichs für den gelingenden Lebensvollzug des Menschen von fundamentaler Bedeutung ist, bringt BOLLNOW in drastischen Worten zum Ausdruck: „Nur als ein Wohnender (...) nur in der Verfügung über einen solchen von der Öffentlichkeit abgesonderten und „privaten" Bereich kann der Mensch sein Wesen erfüllen und im vollen Umfang Mensch sein. (...) Nimmt man ihm sein Haus – oder vorsichtiger: den Frieden seiner Wohnung – so ist auch die innere Zersetzung des Menschen unausbleiblich"[34]. Wenn nun also gemäß der Ausführungen von BOLLNOW eine Auflösung der sich um den Wohnraum lagernden Geborgenheitssphäre bereits bei ge-

[28] HEIDEGGER 2000c: 149
[29] vgl. SAINT-EXUPÉRY 1998
[30] vgl. BACHELARD 2003
[31] vgl. BLUMENBERG 1989
[32] vgl. BOLLNOW 1952, 1972 und 1990
[33] vgl. SLOTERDIJK 1998, 1999 und 2004
[34] BOLLNOW 1990: 136

sunden Menschen zu einer massiven Lebensbeeinträchtigung führt, so wiegt nach Ansicht des Autors der selbe Fall *ceteris paribus* bei Menschen, welche sich aufgrund einer psychischen Krankheit stationär behandeln lassen deshalb um so schwerer, da sich auf der einen Seite der überwiegende Teil der Patienten zu Behandlungsbeginn in einem seelischen Zustand befindet, welchen der amerikanische Psychotherapieforscher Jerome D. FRANK mit der treffenden Vokabel ‚*Demoralisierung*' (ausgeprägte Hilflosigkeits-, Ohnmachts-, Kontrolllosigkeits-, Unischerheits- und Verzweifelungsgefühle) umschrieb[35], und auf der anderen Seite die Gewährleistung *bzw.* der Aufbau einer Wohlbehaglichkeits- und Geborgenheitsnische innerhalb der Therapie – z.B. gemäß den Axiomen der synergetischen Psychotherapie – eine unhintergehbare Voraussetzung für die Problembearbeitung darstellt.

Ohne nun tiefer als notwendig in den Schacht der philosophischen und psychologischen Wohnforschung hinabsteigen zu wollen, können wir in der Summe festhalten, dass insbesondere der in den obigen Interviewpassagen wiederholt monierten Verletzung des Wohnbedürfnisses nach Privatheit eine enorm therapiehemmende Wirkung zuzuschreiben ist, da die Missachtung dieses Bedürfnisses laut den befragten Patienten unter anderem dazu führte, dass sie ihre zur Verfügung stehende psychische Energie verstärkt in die Lösung irrelevant-interpersoneller statt in die Lösung relevant-intrapersonelle Konflikte investierten. *Nota bene* sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die im vorausgehenden Satz ausbuchstabierte These insofern durch die Ergebnisse der psychologischen Privatheitsforschung gestützt und verfeinert werden kann, als dass im Rahmen dieses psychologischen Forschungszweiges sattsam nachgewiesen werden konnte, dass die gesundheitsbeeinträchtigende Schwere einer anhaltenden Negation der Privatsphäre darin lokalisiert liegt, dass neben der Ausbildung intensiver Kontrollverlustgefühle[36] sowohl die entlastenden und regenerativen Privatheitsfunktionen (z.B. emotionale Entspannung, Rollenentlastung, Muße, Immunisierung des Selbst vor der direkten Kritik durch anderer, temporäreres Abstreifen des Visibilitätsfaktums etc.[37]) als auch die (Selbst-)modifizierenden Funktionen der Privatheit (z.B. Selbstbewertung, Verarbeitung komplexer Informationen, Besinnung, Introspektion, Durcharbeitung der Vergangenheit, Entwicklung von Zukunftsentwürfen usw.[38]) nicht oder nur in einem sehr eingeschränkten Maße ausgeführt werden können.

Bevor wir nun in den nachfolgenden Zeilen nach gangbare Wegen zur kurz-, mittel- und langfristigen Entschärfung des zentralen Konfliktherdes ‚*mangelhafte Privatsphäre*' Ausschau halten werden, möchte der Autor den Leser vorab mit Nachdruck darüber in Kenntnis setzen, dass dem Autor keinesfalls an der Realisierung einer – in Anlehnung an SKINNER formulierten – ‚*Vision eines konfliktfreien Stationslebens*' gelegen ist, da die Verwirklichung einer derartigen Station angesichts der Tatsache, dass nicht nur die Soziologie in Vertretung von SIMMEL[39], DAHRENDORF[40] und COSER[41] seit geraumer Zeit um die systemstabilisierende Funktion soziale Konflikte sondern ebenfalls – unter veränderten Vorzeichen – die Psychologie in Gestalt der analytischen Milieutherapie[42] sowie der ökologi-

[35] vgl. FRANK 1985
[36] vgl. FLADE 1987: 132; KRUSE 1975 und 1980 sowie SAUP 1993: 159ff.
[37] vgl. KRUSE 1980: 22, 82-170. Zur Visibilität als zentralem anthropologischen Charakteristikum siehe Hans BLUMENBERG 2006.
[38] vgl. KRUSE 1980: 22, 82-170.
[39] vgl. SIMMEL 1992: 284-382.
[40] vgl. DAHRENDORF 1992
[41] vgl. COSER 1965
[42] vgl. WINKELMANN 2000

schen Psychotherapie [43] sowie um die therapieprozessförderliche Funktion sozialer Konflikte (Ich-Wachstum) weis, sich mitnichten den Anstrich einer progressiven therapeutischen Institutionen geben dürfte. Mit anderen Worten gesagt geht es dem Autor ausschließlich um die Unterbindung therapieprozessblockierender Konflikte, wobei sich diese insbesondere – wie im Falle der permanenten Privatzonenperforation – dadurch gekennzeichnet sind, dass sie das Bewältigungspotenzial der Patienten massiv überschreiten und somit einer Ausdehnung der psychischen Demoralisierung Vorschub leisten.

Diskutierbare Ansätze zur künftigen Überwindung des obig explizierten Wohnkonflikts namens *‚ungenügende Privatsphäre'* – die zum Teil von den interviewten Patienten selbst vorgetragen wurden (z.B. P_2) – bestehen nach Ansicht des Autors kurzfristig zum einen in einer umsichtigeren Zimmerbelegung, d.h., dass vorzugsweise Patienten mit ähnlichen soziodemografischen und krankheitskarriereristischen Merkmalen (Homophilie-Prinzip) zusammengelegt werden sollten, sowie zum anderen in der Montierung fakultativ einsetzbarer Trennwände (Paravents) oder Vorhänge. Mittelfristig wäre die Einrichtung eines gemütlich gestalteten Ruhe- *resp.* – die Wendung HEIDEGGERS aufgreifend – Schonraumes denkbar, in denen sich die Patienten zum Zwecke der Verarbeitung therapeutischer Interventionen für den Zeitraum von bis zu einer Stunde von sozialer Stimulation zurückziehen könnten. Langfristig gesehen – vorzugsweise nach einer abermaligen qualitativen Studie zu dieser Problematik, in der auch die Effektivität der erstgenanten Maßnahmen, gesetzt den Fall, dass diese realisiert wurden, eruiert werden könnte – sollte sich die Klinik jedoch angesichts der gravierend negativen Auswirkungen erlebter Privatheitseinbußen auf den Therapieprozesses die architektonische Metamorphose von Zwei- in Einbettzimmer in den vorderen Bereich der Pendenzenliste eintragen.

9.2.1.6.2 *„(...) die eigentliche Therapie ist Abends"*[44] – Supportive Mitpatientenkontakte als Therapieprozesskatalysatoren

Von besonderer theoretischer wie praktischer Tragweite erscheint dem Autor nun die aus den unter der Kategorie *‚Supportiv Mitpatientenkontakte als Therapieprozesskatalysatoren'* subsumierten Textpassagen emergierende Erkenntnis, dass die befragten Patienten die zwischen den Mitpatienten statthabenden informellen Gespräche und Hilfeleistungen als außerordentlich hilfreich – zum Teil sogar gleichrangig zu den klassischen Therapieangeboten (Einzel- und Gruppentherapie) – einschätzen. Da es nun nicht – wie bereits angemerkt – das Ziel der vorliegenden Arbeit sei kann, die von der Psychotherapieforschung *bis dato* sträflich vernachlässigten Frage, welche Mechanismen der augenscheinliche Effekivität des unspezifischen Wirkfaktors *‚supportive Mitpatientenkontakte'* zugrunde liegen, hinreichend zu beantworten, wird sich der Leser im nachfolgenden mit einer rudimentären Schraffur möglicher theoretischer Erklärungs- sowie praktischer Stimulierungsansätze begnügen müssen.

Bevor wir nun allerdings das im vorausgehenden Satz abgesteckte Gebiet durchschreiten werden, soll dem Leser vorab die therapeutische Wirkmächtigkeit von supportiv wahrgenommenen Mitpatientenkontakten anhand einiger besonders plastischer Interviewauszüge *ad oculos demonstriert* werden.

---

[43] vgl. CUMMING & CUMMING 1979: 35ff. „(...) Wachstum" – kann laut dem Autorenduo CUMMING & CUMMING – „gefördert werden (...), wenn man das Individuum einer Reihe von entsprechend abgestuften Krisen unter Umständen aussetzt, die seine Chance, diese Krisen zu bewältigen, vergrößern. Mit anderen Worten: Krisenbewältigung sollte als therapeutisches Mittel eingesetzt werden, das sich wissenschaftlich kontrollieren lässt. Ist also ein Individuum aufgrund seiner biologischen Ausstattung oder einer extremen, durch äußere Umstände mit beeinflussten Belastung nicht in der Lage, seine Probleme zu lösen, könnte es sicher Ich-Wachstum und Reorganisation erfahren, wenn es in einer geschützten Situation mit sorgfältig kontrollierten kleineren Krisen konfrontiert wird" [CUMMING & CUMMING 1979: 43]

[44] Äußerung des interviewten Patienten P_1

P_1: 45 Jahre; Haus Koch; 4. Therapiewoche

I: Tauscht man sich den unter den untereinander, also ohne Therapeuten, auch mal über die einzelnen Suchtprobleme aus?

P_1: Ja, die die (,) guten Gespräche (lacht) passieren eigentlich Abends. (I: Die passieren eigentlich Abends?) Ja, dass ist immer so. (I: Aha) Wenn wir zum Beispiel am Kickern sind oder was (,) da kommen schon dann die (holt tief Luft) ganzen Gespräche erst richtig so ins Rollen. (I: Mhm) Und der Erfahrungsaustausch und so was ... warum das so ist (,) keine Ahnung, aber meistens ist es so. (I: Mhm) Hier ist es genauso .. was aber gut ist, ist nicht negativ. (I: Mhm)

I: Wie wichtig würden Sie die abendlichen Mitpatientengespräche im Vergleich zu den regulären Therapieangeboten einschätzen?

P_1: Ja, die Erfahrungswerte von anderen sind natürlich sehr wichtig. (...) das ist sehr wichtig, ich denke das sind auch so 90% die eine Therapie ausmachen. (I: Mhm) So untereinander. (I: Mhm) Weil das ist so, die Erfahrungswerte bei den älteren jetzt auch hier die sind halt da .. und dann sieht man die Parallelen und dann kann man gucken, was haben die gemacht, dann kann ich das ja versuchen genauso hinzukriegen. .. Aber das ist schon .. die eigentliche Therapie ist Abends. (I: Und vorher wird man vielleicht auf einzelne Punkte gestoßen? Oder wie würden Sie das beschreiben?) Ne ne, dass hat jetzt nichts .. zum Beispiel die Gruppengespräche sind auch wichtig, aber da fallen schon mal irgenwo so so Bruchstücke dann von Jemanden (,) und die schnappt man da auf (,) und Abends dann auf einmal "du sag mal, du hast doch vorhin das und das gesagt, wie hast du dass denn gemeint?"(I: Mhm) Und dann kommen so diese Gespräche. (I: Ahja) Ohne die Gruppentherapie würde das nicht gehen. (I: Ja gut, dann hätten Sie keine Ansatzpunkte.) Genau, dass greift ja ineinander über .. Aber eine Erklärung warum das unbedingt Abends ist, die kann ich Ihnen nicht geben. (I: Mhm) Weil die Hemmschwelle ist in den Gruppen ja auch nicht. (I: Jaja) Aber doch dann (,) sind so Kleinigkeiten die man sich merkt und dann drauf anspringt (I: Mhm) Was man in der Gruppe vielleicht gar nicht so registriert hat. (I: Und läuft das Abends dann eher so im Zweiergespräch ab oder wie hat man sich das als Außenstehender vorzustellen?) Das ist unterschiedlich. Man fängt wahrscheinlich zu zweit an. Einer hört irgendwas, dann setzt sich der Dritte schon dazu. (I: Mhm) Da kann das schon mal sein, dass man mit sechs oder sieben Leuten am Tisch sitzt. (...) dass ist schon sehr hilfreich. (...) Und die brauch man .. das brauch man (,) das geht nicht anders.

P_5: 41 Jahre; Haus Brauer; 15. Therapiewoche

P_5: Also man kann ja hier nicht nur Trübsal blasen (I: Ne, ne. Das gehört ja genauso zum Leben dazu und dass sollte man auch wieder lernen .. die Lebensfreude) Ja genau, also die Lebensfreude will man ja hinterher auch haben. (I: Genau .. es soll ja eine zufriedene Abstinenz sein .. dass man das Leben wieder wertschätzen kann und aus möglichst vielen Dingen Freude herausziehen kann) Und dass muss auch hier Anfang ... (Sie meinen also, dass das auf der Station vorgelebt werden sollte?) Ja klar. Und da sind also einige Leute auf der Station wo ich sage .. na ja gesucht und gefunden kann man nicht gerade sagen (,) aber unter den Bedingungen (I: Mhm) dass man hier so doch ... ja alle Gruppen sind zwangsweise zusammengekommen (I: Mhm) aber .. dass man dann trotzdem irgendwo ein paar nette hat ... wo man sich einig ist so und so wollen wir die Therapie angehen. (I: Mhm) Mit dem nötigen ernst, ne. Ernsthaft .. auch in den Einzelgesprächen. Und das muss ich ganz ehrlich sagen, so diese Kleingruppen, wenn

wir zu zwei oder zu dritt mal hier unten bei Jochen da im Kiosk gesessen haben (I: Mhm) Ahhm .. oder spazieren gegangen sind .. wo man auch mal ganz offen und ehrlich ins innerste gegangen ist (,) das waren die Gespräche die was gebracht haben (I: Mhm) Aber die kann man nicht verordnen .. mir ist Montags um 16 Uhr nicht unbedingt immer nach Gruppe (I: Mhm). Oder .. ahhh .. Freitags um acht oder was ja .. ist ja so (I: Mhm, ja) Wenn ich ein Bedürfnis habe mit jemanden zu sprechen, dann sage ich "du haste mal Zeit, ich habe ein Problem, ich möchte mit dir reden". (I: Mhm) Das geht aber bei Wochenplänen nicht. (...) Ich würde es jedem wünschen, dass er auf seiner Station (,) eben solche Menschen findet (I: Mhm) Die auf einer Wellenlänge liegen und die .. auch ein bisschen genießen wollen und Spaß haben wollen aber auch dann das ernste Gespräch suchen und sagen "du hör mal, ich will dir mal was erzählen .. das habe ich mich selbst bei meinem Therapeuten noch nicht getraut". (I: Mhm) Oder "ich habe das und das (,) aber ich muss dir das auch mal erzählen (,) aber das weis bisher nur mein Therapeut." (I: Mhm) Das finde ich toll, weil da .. ist man dann eins zu eins. (...) Aber das war eigentlich so (,) neben den Einzelgesprächen verbal das zweitbeste (,) dass man einfach wirklich Leute hatte (,) wo man mal in Ruhe .. auch stundenlang .. (I: Mhm) sitzen konnte und reden konnte und das tat einfach gut (,) weil man da auch gemerkt hat, dass man nicht so alleine ist. (...) es tut einfach gut dann mal so ganz offen .. (I: Mhm) auch mal zu hören "Ja, wie war das denn bei Dir?" und .. ähh.. ja dann fängt man ja auch an nachzudenken, ne. (I: Mhm) mal ganz gut so (...) das man einfach mal unter Männern dann redet. (I: Mhm). Und wo der andere dann sagt "ey, der weis aber wovon er spricht, ne" (I: Jaja). Und das fand ich eigentlich sehr wohltuend .. wehtuend und wohltuend.

P_6: 57 Jahre; Haus Koch; 13. Therapiewoche

I: Zu wie vielen Mitpatienten haben Sie einen guten Kontakt? Was würden Sie da sagen?

P_6: Mh .. ja einen guten Kontakt (,) dass sind so vier, fünf Mann .. und mit den anderen ist es eben locker.

I: Wie wichtig ist Ihnen das (,) also eine gute Beziehung zu einem oder mehreren Mitpatienten zu haben?

P_6: Ähm, mit meinem Zimmerkollegen .. (I: Mhm) Wir reden Abends schon mal sehr viel. Man hat ja auch schon mal das Gefühl, dass man unbedingt mal wieder gerne einen Trinken möchte. Das passiert. (I: Jaja.) Und dann redet man. Ein Kollege, der ist jetzt drüben im Haus, wir haben einen sehr engen Kontakt und sehr viel geredet. (I: Mhm) Das hilft schon, wenn man jemanden hat. (...)

P_7: 53 Jahre; Haus Schmidt; 7. Therapiewoche

I: Wie würden Sie den jetzt, ganz aktuell, den Zusammenhalt unter den Patienten beschreiben?

P_10: Ähh generell sehr gut. (I: Aha) Ich habe Patienten .. erlebt die gegangen sind. Ähh (,) unter anderem hatte ich .. auch ein ganz besonderes Verhältnis zu einem Patienten der letzte Woche gegangen ist .. weil der hat mich doch ein bisschen an die Hand genommen und ... (I: Also .. der auch regulär entlassen worden ist?) Ja, ganz genau. ... der mir auch seine Geschichte erzählt hat so unter vier Augen auch und .. was er alles erlebt hat und warum und ... pfff .. da war ein besonderes Vertrauensverhältnis (I: Mhm) zu ihm ... Aber das ist jetzt eben vorbei .. hat mit der Gruppe weniger zu tun. (I: Ja, dass macht ja nichts ...) obwohl ... (I: Würden Sie den schon sagen, dass Ihnen diese Gespräche halt unter den Patienten oder jetzt mit diesem besonderen Patienten den sie jetzt geschildert haben der entlassen worden ist ... so wenn Sie das jetzt in Vergleich setzen zu den einzeltherapeutischen Sitzungen ..) Die sind sogar noch wertvoller. (I: Die sind noch wertvoller? Die Gespräche der Patienten untereinander .. wenn man von Betroffenem zu Betroffenem spricht ..) Ja. Weil .. man erfährt eine ganze Menge ... ähm wertvoller kann man nicht sagen .. (I: Anders?) Aber anders. Das ist eine andere Ebene, ganz genau. (...) Alleine der Austausch bringt schon sehr viel, weil .. man fühlt sich nicht mehr alleine.

P_8: 40 Jahre; Haus Schmidt; 14. Therapiewoche

P_8: (...) Gut dreizehn Leute oder zwölf unter einen Hut zu kriegen, was das selbe Fernsehprogramm zusehen angeht, ist halt ein bisschen schwierig ... und da genauso mit den Gesprächen die so außerhalb der Therapie .. die normalerweise .. (I: Mhm) also meiner Meinung nach stattfinden sollten (I: Mhm) Also das tut ganz gut wenn man auch mal ohne ohne Therapeut .. nur unter den Patienten miteinander (,) das war da nicht so der Fall (I: Das ist nicht so der Fall gewesen?) Ne, ne ... (I: Also das haben Sie dann auch ein wenig vermisst?) Ja. (I: Mhm) Statt auch mal morgens meinetwegen, wir dürfen ja auch erst ab 17 Uhr oder 16:30 Uhr Fernseh gucken, wenn wir dann .. Freizeit haben dann sitzt der eine mit seiner Tageszeitung, der andere hat ein Comic-Heft, der andere kuckt die Fernsehzeitung durch (I: Einer rätselt vielleicht noch.) Rätseln .. genau. Einige rätseln viel. Da kommt dann auch so kein Gespräch zustande. (...)

P_9: **50 Jahre; Haus Schmidt; 22. Therapiewoche**

Die Gruppe ist auch sehr wichtig. Ähh, weil man pickt sich einige Leute raus. Man hat nicht zu jedem .. sagen wir mal ein freundschaftlichen Kontakt oder so. (I: Mhm). Man hat so seine spezielle Leute und da spricht man auch wie das alles war, wann man gesoffen hat und so weiter. (I: Mhm) Erzählt man ja nicht jedem. Also in der Gruppe erzählt man, das man gesoffen hat. Aber man .. wenig persönliches .. gibt man da von sich preis. Das bleibt mehr allgemein. Aber insgesamt (,) sucht man sich ein, zwei Leute raus .. wo man Vertrauen zu fasst. (I: Mhm) Und da unterhält man sich auch über .. andere Sachen. (I: Außerhalb der Therapie dann? Also ohne Therapeuten?) Ja, ja ohne. (I: Mhm) Das ist auch sehr wichtig. (I: Mhm) Das hilft einem weiter. (I: Wie wichtig würden Sie das im Vergleich zu den anderen Therapieelementen einschätzen?) Ja, die sind .. die, die schätze ich sehr hoch ein sogar. (...) Weil .. wir haben ja fast alle die gleichen Erfahrungen durch den Alkohol. (I: Mhm) Meistens die gleichen Probleme .. kann man untereinander besser lösen als auch mit dem Therapeuten. (I: Mhm) Er ist am Wochenende nicht da. Da braucht man vielleicht manchmal einen wenn der Suchtdruck da ist. (I: Mhm) Wo man mit reden kann. Das ist so. Ich hab es erlebt wie ein Kollege sehr starken Suchtdruck hatte und wie wir Ihn durch die Gruppe wieder so aufgebaut haben, dass er nicht rückfällig geworden ist. .. Ohne Therapeut. Das haben wir in den Griff gekriegt. (I: Mhm) Aber auch nur durch Gespräche.

Versuchen wir nun, indem wir die aus dem Transkriptionsgesamtmaterial herausgelösten und unter die Kategorie ‚*supporte Mitpatietenkontakte*' subsumierten Textpassagen durch ein Theorien-Prisma – dessen innere Struktur sich aus den Forschungsergebnissen zum ‚*Sozialen Netzwerk*', zur ‚*Sozialen Unterstützung*', zur ‚*Selbsthilfewirkfaktorenforschung*' sowie zur ‚*ökologischen Psychotherapie*' zusammensetzt – hindurchgeleiten, die zentralen Ursachen *resp.* Wirkmechanismen, welche für die von den befragten Patienten berichtete Therapieförderlichkeit informell-freundschaftlicher Mitpatientengespräche verantwortlich gemacht werden können, in Erfahrung zu bringen, so zeigt sich, dass – wie der nachfolgenden Abbildung 128 entnommen werden kann – die therapeutische Kraft des zur Interpretation stehenden Phänomens ‚*informeller Mitpatientengespräche*' maßgeblich auf eine reziproke Breitstellung sowohl emotionaler und kognitiver Unterstützungsleistungen als auch spezifischen Hilfestellungen zur Abstinenzfestigung sowie Anregungen zur (koevulutiven-)Persönlichkeitsentwicklung (Ich-Wachstum) zurückgeführt werden kann.

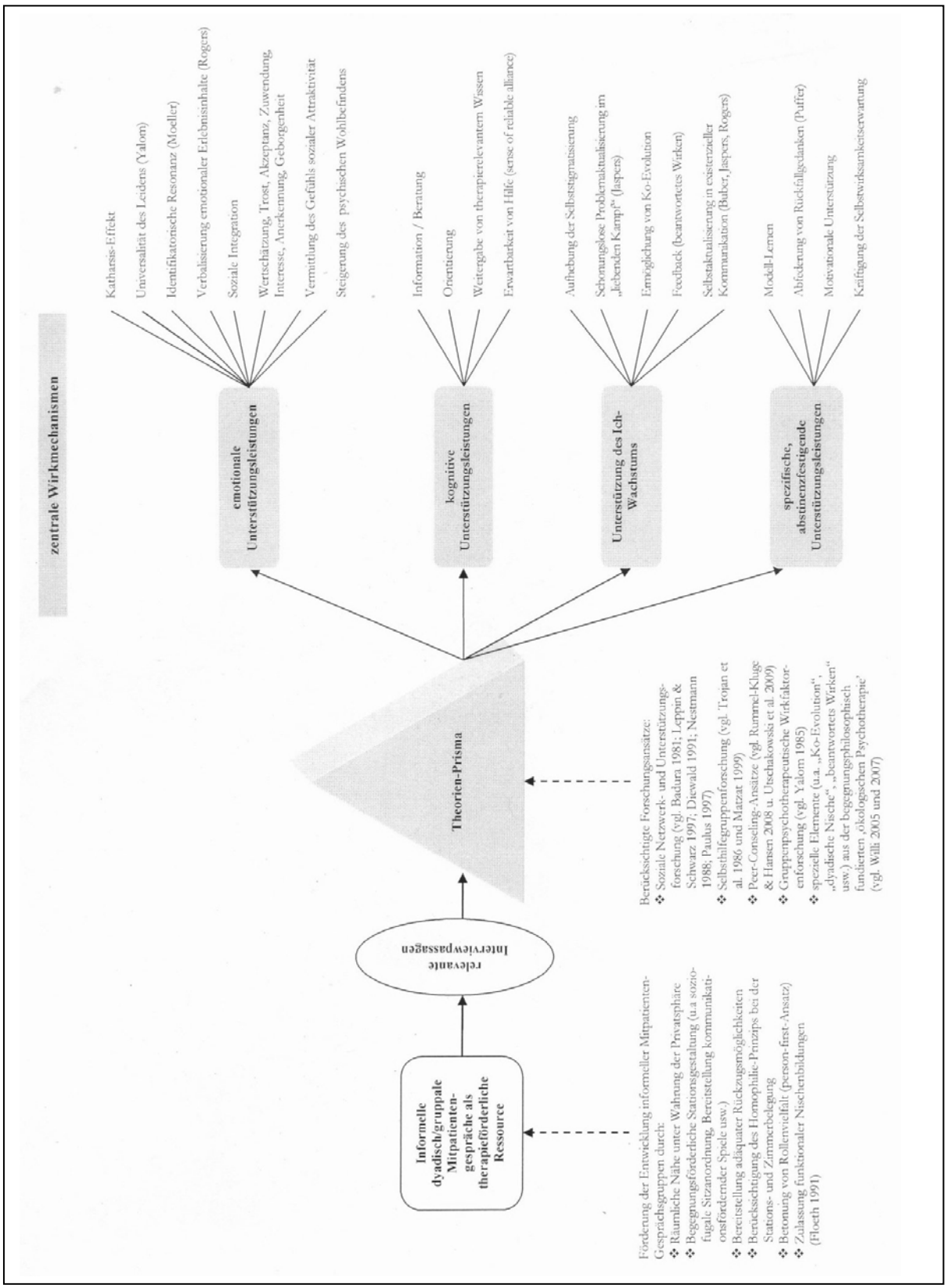


Abb. 128: Versuch einer theoretischen Analyse des Wirkfaktors *‚informell-supportive Mitpatientengespräche'*

Obzwar nun in der vorliegenden Arbeit, wie bereits mehrfach betont wurde, eine erschöpfende Analyse der therapeutischen Wirkungsweise informeller Mitpatientenkontakte nicht geleistet werden kann, biete das vorausgehend abgebildete Modell nach Ansicht des Autors nichtsdestotrotz eine tragfähige Ausgangsbasis, von der aus künftige Psychotherapiewirkfaktorenforscher zu einer tieferen Durchdringung dieser bislang stiefmütterlich behandelten Therapieressource aufbrechen können.

Bevor wir nun zur Erörterung der nächsten Kategorie fortschreiten werden, sei hinsichtlich des obig diskutierten Phänomens noch zweierlei angemerkt. *Erstens* unterstreicht die im Rahmen der vorliegenden zu Tage geförderte therapieprozesskatalytische Funktion positiv wahrgenommener Mitpatientenkontakte die zuvor schon in den Kapiteln drei und acht angesprochene Forderung, dass die *bis dato* in der nationalen wie internationalen PZF sträflich vernachlässigte Dimension ‚*Zufriedenheit mit den Mitpatienten*' in zukünftigen, sowohl qualitativen als auch quantitativen PZ-Studien zum Zwecke einer erhöhten Inhaltsvalidität mit abgefragt werden sollte. Darüber hinaus sei *zweitens* darauf hingewiesen, dass die innerhalb des links unten in der Abbildung 128 platzierten Rechtecks enumerierten Einflussfaktoren auf die Bildung supportiver Mitpatientendyaden *resp.* -Netzwerke von Seiten des therapeutischen Teams der Abteilung Sucht-Rehabilitation-Stillenberg auf ihre Realisierung hin überprüft, gegebenenfalls weiter ergänzt und sukzessive umgesetzt werden sollten.

9.2.1.7 „*Wenn einer Probleme hat und dann in so ein Zimmer reinkommt, dann kommt ja noch mal irgendwo so ein Druck oben drauf*"[45] – Bewertung der stationären Aufenthalts- und Therapieräumlichkeiten sowie der Patientenzimmer

Nehmen wir nun die unter der Kategorie ‚*Bewertung der stationären Aufenthalts- und Therapieräumlichkeiten sowie der Patientenzimmer*' subsumierten Textstellen – von denen nachstehend die markantesten wiedergegeben werden – näher in Augenschein, so zeigt sich zuerst erst einmal, dass die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung mittels des WPSQAAT innerhalb des Interviews insofern repliziert werden konnten, als dass die in den objektiv der Renovierung bedürftigen Stationen ‚Haus Brauer' und ‚Haus Koch' untergebrachten Patienten die stationären Räumlichkeiten signifikant negativer beurteilten als die Patienten der modernisierten Station ‚Haus Schmidt'. Bevor wir nun in einem ersten Schritt anhand des Transkriptionsmaterials die zentralen Kritikpunkte, welche von den Patienten an den drei Räumlichkeiten – sprich den Aufenthalts- und Therapieräumen sowie dem Patientenzimmer – geäußert wurden, zusammenstellen werden, um daran anschließend – in einem zweiten Schritt – die fundamentale Bedeutung geborgenheitsstiftender Räumlichkeiten für den Therapieprozess vermittels einer auf den ersten Blick etwas halsbrecherisch anmutenden Verknüpfung zwischen der ‚*Psychoanalyse des Wohnens*' von Dieter FUNKE und der ‚*Natalitätsphilosophie*' von Peter SLOTERDIJK herausarbeiten zu können, soll dem Leser das Räumlichkeits(miß)empfinden der Patienten vorab durch die Wiedergabe einiger äußerst eingängiger Textpassagen näher gebracht werden.

P_2: 44 Jahre; Haus Koch; 20. Therapiewoche

I: Gucken wir uns dieses Bild mal an. Was sehen Sie darauf? [Anmerkung Vorlage der Bildertafel-Nr.6]

P_2: Zimmer ... Waren am Anfang sehr erschreckend für mich. (I: Mhm) .. Weil die waren für mich so

[45] Äußerung des interviewten Patienten P_2

ein bisschen abgewirtschaftet .. da ist kein (,) ich meine, es ist kein Krankenhausflair gewesen, aber es waren keine schönen Zimmer. (I: Mhm) Haben mir nicht gefallen. (I: Im Hauchs Koch?) Ja, war nicht so mein Ding. Also wo ich da rein gekommen bin, war ich echt ein bisschen erschrocken. Ich meine es war nicht heruntergekommen, es war nicht dreckig oder sonst irgend was. Das war soweit alles OK. Aber es war für mich nicht einladend. (I: Mhm. Also nicht zum Wohlfühlen?) Nicht zum Wohlfühlen. Und dann habe ich ja irgendwann mein Einzelzimmer gekriegt (,) und wo ich dann da rein gekommen bin (,) also mein erster Gedanke war ja, normalerweise die Leute wissen ja, die werden Montags entlassen, ne. Die würde ich eine Woche vorher die Zimmer renovieren lassen. (I: Mhm) Dass .. so wie Sie das Zimmer gekriegt haben, Sie es auch wieder verlassen. Weil wenn ich überlege, "tausend Nägel" in die Wand gekloppt und hier ein Hacken da eine Öse, ne (,) und das war wirklich schon irgendwo ... (atmet betont aus) einladend war das Zimmer nicht. (I: Mhm.) Also da würde ich auf jeden Fall was dran ändern. (I: Was könnte man da Ihrer Meinung da machen? (,) oder was hat Ihnen gefehlt?) Also ich würde sie erst einmal (,) so von der Farbe würde ich sie ein bisschen freundlicher gestalten. Das mit dem Bett und dem Schreibtisch war OK gewesen. Aber ich würde sie von der Farbe her und von der Beleuchtung her würde ich etwas anderes machen. Da so eine Neonröhre unter die Decke .. wie irgendwo in der Halle .. die dann wenn sie aus war noch zwei Stunden knackt, weil sie dann die Temperatur runter fährt. (holt tieft Luft) Und solche Sachen, die würde ich persönlich ein bisschen ändern. (I: Mhm) Ein bisschen freundlicher einrichten. Das ist .. das macht viel aus. (I: Mhm.) Wenn ich sehe, die hier oben haben alle ihr Einzelzimmer [Anmerkung: Haus Brauer] und jeder richtet das für sich ein bisschen her, ne (,) dass ist gleich ganz einladender (,) auch wenn die Einrichtung alt ist, aber es ist .. schöner dann, wenn man reinkommt man fühlt sich doch ein bisschen wohler. Ich habe mich erst fremd gefühlt. (I: Mhm) Und dann habe ich, wie gesagt, ich habe mir das Bett, das Bett stand zum Flur hin. (I: Mhm) Und weil diese jungen Leute .. ähh die ja keine Türklinken kennen .. habe ich das dann unter die Dachschräge gestellt .. damit das etwas ruhiger wird und so was alles und dann wie gesagt, ..(lacht etwas beschämt) .. habe ich mir eine Plastikblume auf den Tisch gestellt, ne. Ich sage, die brauche ich zwar nicht gießen, aber sie wirkt etwas. (I: Ja, ja) Und dann habe ich mich dann so, ich sage mal nach zwei, drei Tagen habe ich mich dann so ein bisschen daran gewöhnt. (I: Mhm) Oder daran gewöhnen müssen. Und dann habe ich mich damit abgegeben, ne. .. Also das war dann für mich OK. (holt tief Luft) Und dann bin ich auch die letzten Wochen echt gut klar gekommen, da oben. (I: Mhm) Wie gesagt, so nach vier, fünf Wochen hatte ich meinen Weg gefunden und dann habe ich meine Richtung eingeschlagen (,) und das habe ich dann auch gemacht. Und dann habe ich mich auch mit dem Zimmer auch zufrieden gestellt und so was. Also wie gesagt, es war nicht unter aller sau oder so was (,) es war schon OK (,) man konnte mit Leben, aber ich wurde es etwas freundlicher einrichten. (I: Mhm) Das macht viel aus. Wenn einer (,) Probleme hat und dann in so ein Zimmer reinkommt, dann kommt ja noch mal irgendwo so ein Druck oben drauf.

P_4: 55 Jahre; Haus Brauer; 15. Therapiewoche

P_4: Aufenthaltsraum. Ja .. das ist auch ein schönes Thema ... (I: Inwiefern?) Ja wir haben ja oben diesen, diesen doppelt (h) doppelfunktionalen Aufenthaltsraum. (I: Mhm) Ähm .. Sitzecke mit Fernsehen und Gruppe. (I: Mhm) Und auf der anderen Seite Essen. (...) Den Chinesen nach soll man ja Arbeit und anderes voneinander trennen, da wo man Spaß hat, sollte man nicht Arbeiten. Und wenn ich dann eine Gruppe habe, die da stattfindet und ne Nintendo-Wi die ich da spielen kann und einen Fernseher denn ich auch da spiele (,) dann würden feinfühlige Menschen vielleicht sagen "das ist nicht gut". (...) Wenn ich nicht mehr arbeiten will, dann will ich irgendwo auch keine Arbeit mehr sehen. (...) Also das ist so für mich eine Sache wo ich gedacht habe, na ja (,) ähm hätte ich vielleicht gerne getrennt gehabt. Das man einfach sagt, man geht für Gruppengespräche in einen speziellen Raum. Ist hier ja auch nicht so toll. (...) ist eine komische

Sache. (Holt tieft Luft) Ähm (,) der Aufenthaltsort ist bei uns auf der Station - in der Zeit wo ich da war - nie so als Gemeinschaftsraum empfunden worden. (I: Mhm) Von mir. Also da gab es eine Fernsehfraktion. Die haben TV geguckt. Dann gab es die Laptopfraktion. Dann gab es die Laptop plus Media-Player Fraktion, die alles auf ihrem Zimmer veranstaltete. Also da war sehr viel (,) am Abend sehr viel Individualität. (...) Der Aufenthaltsraum bei uns eigentlich die Küche. (I: Mhm: Die Küche?) Wie vor 100 Jahren auch. Wie bei meiner Oma, man lebte in der Küche und .. ähh .. das ganze Leben fand in der Küche statt. Weihnachten und an Feiertagen ging man mal ins Wohnzimmer. Aber ansonsten lebte man bei meiner Oma in der Küche. Ganz gemütlich. (...) Und da oben in Brauer .. also die Küche war die Lebensader. (I: Ah ja.) Da wurden die richtig guten Gespräche geführt. Da traf man sich beim Tee, beim Kaffee (,) vier, fünf Leute standen da rum (,) bis die Füße nicht mehr trugen. Ähm .. wurde schon von den Therapeuten schon belächelt: "Na, mal wieder in der Küche? Aber hier ist ja auch immer gute Stimmung." Ja, war auch immer gute Stimmung. (I: Mhm) Also das war eigentlich so unser Aufenthaltsraum, ne.

P_6: 57 Jahre; haus Koch; 13. Therapiewoche

I: Ja danke. Nehmen wir vielleicht mal das nächste Bild. Die abgebildete Thematik hatten Sie ja eben auch schon ein wenig angesprochen. [Anmerkung: Vorlage der Bildertafel-Nr.4]

P6: Ja ja. ... Aufenthaltsraum. Ja, der ist ja noch schön gemacht.(I: Mhm) Das ist ja auch nicht unser Aufenthaltsraum. (I: Nein, nein.) Ähm, waren Sie schon mal unten im Keller? (I: Ich war noch nicht im Keller.) Dann sollten Sie sich den Aufenthaltsraum mal angucken. (I: Mhm) Also dieser Aufenthaltsraum ist eine Katastrophe. (I: Mhm) .. unpersönlich .. ahh ... (I: Was steht da überhaupt drin?) Den Keller? (I: Mhm) Ja .. das ist .. ähh .. eine Toilette .. ähh ein Billardtisch .. ein Kickerautomat .. eine Tischtennisplatte (I: Mhm) und eine Stereoanlage ... ja und ein Sofa ist auch da (I: Mhm) Und das wars aber auch ... (I: Kann man sich nicht drin Wohlfühlen?) Ne .. Wohlfühlen bestimmt nicht. Man kann sich da wirklich aufhalten und eben Billard spielen und .. aber .. ähh .. zum Aufenthalt (I: Mhm) würde ich das nicht zählen. Und genauso wie hier unser Essensraum (I: Mhm) der Raum der ist .. zu klein für so viel Leute. (I: Ja gut, dass merkt man ja morgens schon, wenn dann noch die Patienten aus Haus Brauer zur Morgenrunde dazu stoßen) Ja, dass sind sechs Mann oder sieben Mann. (I: Ja ja, dass sind auch nicht viele) Die bleiben draußen im Flur schon stehen .. ne .. da sind zwei drei Leute die reinkommen .. die setzen sich hinten auf die Fensterbank .. so und da mit dreißig Leuten Frühstücken oder Abendbrot essen .. es ist Gedränge (I: Mhm) so .. die Wände sehen aus wie .. brrrr .. es ist keine Freundlichkeit in dem Raum (I: Mhm) Rechts ist ein Besprechungsraum und Fernsehraum und links ist ein Besprechungsraum und Fernsehraum .. ähhh .. Freundlichkeit gleich Null (I: Mhm) Gehen Sie mal rüber in den Bau oder nach Domag, die sind ganz anders gestaltet. (I: Mhm) So .. wenn mittags Gruppe ist, sind Besprechungen da drin, im linken und im rechten Raum, so da darf man sich schon nicht einmal mehr einen Kaffee kochen weil der Kaffeekocher ja zu laut sein könnte .. der Wasserkocher (I: Ah ja) Weil das stört dann. (I: Mhm) Es ist also keine Freundlichkeit. Hier waren ja auch früher .. ähhh die Russen und die Polen drin (I: Mhm) .. und jetzt sind Russen und Polen oberen in den beiden Bauten .. weil .. das Gewicht sich dermaßen verlagert, es sind mehr ... süchtige und abhängige als deutsche. Ich war vorher in Haus Bemer. (I: Mhm) .. ähhm .. die haben am Keller sehr viel gemacht .. der ist freundlich und groß. (I: Mhm) Ähm .. der Essensraum .. das war ja nicht der Aufenthaltsraum .. das war wirklich nur Essensraum (I: Mhm) Er hatte mit allen anderen Räumen nichts zu tun (I: Ahja) Die Gruppenräume .. die waren vorweg .. da störte man den auch nicht wenn man sich dort aufgehalten hat .. und die haben noch einen extra Aufenthaltsraum und Fernsehraum. (I: Aha) Also stört das auch nicht. (I: Mhm) .. (I: Also ist dann besser aufgeteilt.) Die Aufteilung auf jeden Fall .. die Räumlichkeiten ... (I: Viel besser?) Wesentlich besser .. und ich weiß nicht wie viel Patienten oder Mitbewohner die da haben .. kann ich nicht sagen .. (I: Mhm) Aber für .. diese Anzahl von Bewohnern .. sind die Räumlichkeiten bescheiden (I: Mhm)

Versuchen wir nun die zentralen Kritikpunkte, welche von den Patienten hinsichtlich der drei Räumlichkeiten geäußert wurden, zusammenzufassen, so gelangen wir zu der Einsicht, dass die Patienten hauptsächlich die fehlende Freundlichkeit („*Freundlichkeit gleich Null*") der Räume, welche ihrer Meinung nach unter anderem auf die „*lieblose Wandfarbe*", die sterile Deckenbeleuchtung („*knackende Neonröhre*"), wenig Grünpflanzen, unsystematische *resp.* ungeordnete Zusammenstellung von Freizeitgeräten etc. zurückzuführen ist, monieren. Darüber hinaus wird von den Patienten P_4 und P_6 die multifunktionale Nutzung der Gruppentherapieräume, welche Abends u.a. als Fernsehräume genutzt wurden (Vermischung von Therapie und Freizeit), beanstandet.

Wenn nun nachstehend der Klinik die Renovierungsdringlichkeit der Häusern Brauer und Koch vermittels der Herausstreichung des ungünstigen Einflusses – mit BOLLNOW gesprochen – verstimmender Räumlichkeiten auf den Therapieprozess *bzw. – vice versa* – des therapieprozessförderlichen Einflusses von Geborgenheit, Sicherheit, Anerkennung und Wohlbefinden spendender Räumlichkeiten dezidiert vor Augen geführt werden, so soll uns dabei die bereits in der Kapitelüberschrift bemühte Aussage des befragten Patienten P_2: „*Wenn einer (,) Probleme hat und dann in so ein Zimmer reinkommt, dann kommt ja noch mal irgendwo so ein Druck oben drauf*" als argumentativer Ausgangspunkt dienlich sein. Rufen wir uns zum Zwecke eines tiefern Verständnis dieser Aussage nicht nur nochmals die Erkenntnisse ROHDES und FRANKS – denen zufolge einerseits die Hospitalisierung für den Patienten eine psychosoziale Entwurzelung, welche mit einem migrationsähnlichen Symptomkomplex einhergeht, bedeutet[46] sowie dass andererseits das Gros der psychiatrische Patienten zu Behandlungsbeginn unter einem Phänomen Namens Demoralisierung, welches sich aus Gefühlen der Verzweifelung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht und ontologischer Unsicherheit zusammensetzt[47], leidet – sondern auch die elementare Erkenntnis der Psychotherapie-Wirkfaktorenforschung, laut derer die frühzeitige Einimpfung positiver Therapieerfolgserwartungen sowie die Steigerung des allgemeine Wohlbefindens (Hebung der Selbstachtung) sich besonders vorteilhaft auswirken, in Erinnerung, so gelangen wir unweigerlich zu der logisch evidenten Einsicht, dass die Zuweisung von stationäre aufgenommenen Patienten in Räumlichkeiten, die von diesen im Originalton als „*unpersönlich*", „*abgewirtschaftet*", „*nicht einladend*" und „*keineswegs zum Wohlfühlen*" perzipiert werden, dem Demoralisierungszustand in die Karten spielt und somit – wie es der befragte Patient P_2 äußerte – dazu führt, dass „*dann (...) noch mal irgendwo so ein Druck oben drauf*" kommt. Dass nun diesem zusätzlichen, den ohnehin schon innerlich geknickten Patienten weiter beugenden, Druck – in Anlehnung an GOFFMAN können wir auch von einer Unterkunfts-Demütigung sprechen – in keinerlei Weise der Anstrich therapeutischer Effektivität im Sinne menschenverachtender Suchttherapieideologien wie etwa „*man muss erst einmal ganz, ganz unten gewesen sei, um sich wandeln zu können*", „*die sollen sich nicht zu wohl fühlen, sonst kommen die immer wieder*" oder „*das kranke Ich des Patienten muss erst gänzlich zerstört werden, bevor ein gesundes aufbaut werden kann*" – die stellenweise leider immer noch im Suchtkrankenhilfesystem (z.B. Synanon[48]) ihr Unwesen treiben – gegeben werden kann, liegt nun offenkundig darin lokalisiert, dass die mit der Wohn-Demütigung unweigerlich einhergehenden Konsequenzen (Unbehaglichkeits- und Ungeborgenheitsgefühle, Selbstentwertung, Selbststigmatisierung, Infragestellung der Therapiewirksamkeit usw.) quer zu den obig beschrieben Wirkfaktoren liegen. Anstatt nun zur weiteren Unterfütterung der obigen postulierten Annahme, dass Räumlichkeiten, die auf Seiten der Patienten Wohlbehaglichkeitsgefühle auslösen, dem Therapieprozess äußerst zuträglich sind, primär grundlegende Forschungsarbeiten aus der Architekturpsychologie – in denen unter anderem gezeigt werden konnte, dass der Anblick von Pflanzen einen positiven Einfluss auf verschiedene

[46] vgl. ROHDE 1975b: 197-198
[47] vgl. FRANK 1985: 429
[48] vgl. ALBRECHT 1999 sowie ROST 1988: 198

kardivaskuläre Parameter (Puls, Blutdruck)[49] und die Hospitalisationskürze[50] hatten sowie das jene Patienten, die in hellen Patientenzimmern untergebracht waren, einerseits weniger Analgetika (chirurgische Patienten)[51] benötigten und andererseits 2,67 *bzw.* 3,67 Tage eher entlassen (depressive Patienten) werden konnten[52], als diejenigen Patienten, welche in einem dunkleren, weniger lichtdurchfluteten Zimmer untergebracht waren – und der in den vergangenen Jahren an Zulauf gewinnenden Architektursoziologie – aus welcher insbesondere die Annahme Joachims FISCHERS, laut dem die „Architektur ein Kommunikationsmedium"[53] darstellt, insofern zur die Verifizierung unserer obigen These in Beschlag nehmen könnten, als dass die unwirtlichen Räumlichkeiten dem Patienten seinen inferioren gesellschaftlichen Stand *resp.* seine Bedeutungslosigkeit zuflüstern und damit in letzter Konsequenz einem Selbststigmatisierungs- und Selbstentwertungsprozess Vorschub leisten – anführen zu wollen, möchte der Autor in den nachstehenden Zeilen – wie bereits angekündigt – durch eine Verbindung zwischen der *‚Psychoanalyse des Wohnens'* und der *‚Natalitätsphilosophie'* einen eher unkonventionellen Beweisführungsgang antreten.

Greifen wir nun zur Realisierung dieses Unterfangens zuerst auf einige Aspekte der Natalitätsphilosophie SLOTERDIJKS – die an dieser Stelle verständlicherweise nur stark verkürzt wiedergegeben werden kann – zurück, welche auf dem Grundaxiom basiert, dass das „Draußensein [aus dem intrauterinen Dasein, T.K.] (...) in der Folge nur noch Fortsetzung des Innseins in einem anderen Milieu bedeuten"[54]. Entkryptisiert formuliert bedeutet dies, dass SLOTERDIJKS geburtsphilosophischen Überlegungen von der Annahme ausgehen, dass dem Menschen als raum- *resp.* sphärenbildendes Wesen in seiner postnatalen Existenz perpetuierlich daran gelegen ist, die paradiesischen Erfahrungen innerhalb des perinatalen Urraums (Geborgenheit, liebendes Getragensein, Spannungslosigkeit usw.) approximativ in intersubjektiv aufgespannten Beziehungsräumen wiederherzustellen. Für den Fortgang unseres Argumentationsgang sind nun jedoch allen voran die Überlegungen SLOTERDIJKS zur Drogensucht von nachhaltigen Interesse, da SLOTERDIJK – in weitgehender Übereinstimmung mit einigen psychoanalytischen Suchttheoretikern[55] – davon ausgeht, dass das süchtige Subjekt sich ob seiner unzureichenden Ausstattung an Techniken der Lebenskunst außerstande sieht, aus sich selbst heraus *bzw.* – um im Bild zu bleiben – selbstgebürtlich Behaglichkeits-, Stimmungs- und Genussräume zu inszenieren, die sich asymptotisch an die elysischen Urraum-Erfahrungen anzunähern vermögen und es eben aufgrund dieser Mangelausstattung den alltäglichen, mit Anstrengung verbundenen Glücks- und Ekstaseoptionen eine Absage erteilt und vermittels der Drogeneinnahme sich zumindest kurzfristig in die heile Welt des intrauterineren Daseins, in welchem nicht nur Geborgenheit und Spannungslosigkeit vorherrschten sondern wo auch das – mit Gottfried BENN gesprochen – „Gegen-Glück"[56] namens Ich-Bewußtsein und damit einhergehend die Verantwortungsübernahme für den eigenen Lebensentwurf noch nicht auf den Plan getreten waren, zurückkatapultiert. Lassen wir nach diesen einleitenden Worten nun aber, ehe die Verbindung mit der *‚Psychoanalyse des Wohnens'* geleistet werden soll, den Philosophen Peter SLOTERDIJK mit einem längeren Zitat zur Drogenproblematik selbst zu Wort kommen:

---

[49] vgl. ULICH 1981 und ULICH et al. 1991

[50] vgl. ULICH 1984

[51] vgl. WALCH et al. 2005

[52] vgl. BEAUCHEMIN & HAYS 1996 sowie BENEDETTI et al. 2001. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten ferner STAEDT et al. (2009), wobei in dieser Studie die Raumhelligkeit der gesamten Station durch die Verwendung von Neonröhren mit einem erhöhten spektralen Blauanteil angehoben wurde.

[53] FISCHER 2009: 7

[54] SLOTERDIJK 1998: 331

[55] Die Genussunfähigkeit von Alkoholikern *bzw.* die Unfähigkeit dieser Patienten, aus sich selbst heraus eine „natürliche Daseinseuphorie" zu entwickeln wird unter anderem auch von den folgenden Autoren vertreten: EITH 1993; FERENCZI 1964a; GREAVES 1983; MATUSSEK 1959: 198; SISSA 1999: 80; SOLMS 1972: 398. Zur Deutung der Drogenintrojektion als Versuch der Wiederherstellung des intrauterineren Zustandes siehe u.a. HILDEBRANDT & OHLMEIER 2006; HERDIECKERHOFF 1987; RADÓ 1926 und 1934; ROST 1988: 87, 88, 96 sowie SIMMEL 1928 und 1948.

[56] BENN 1974: 27

„Gewiss, existieren heißt immer, den Nachteil, geboren zu sein, auf sich nehmen müssen. Aber es heißt auch, nach Wegen suchen können, wie dieser Grundnachteil in den Vorteil der Weltentdeckung umzuwandeln sei. (...) Wer zur Welt gekommen ist, hat durch diesen Akt angedeutet, dass e oder sie es darauf ankommen lassen wollte, die Droge des perfekten Nichts gegen die Ersatzdroge des Daseins einzutauschen. Wer »in der Welt« ist, hat sich *eo ipso* vorgewagt in eine Zone, wo man mit etwas weniger Dunkelheit, etwas weniger Spannungslosigkeit, etwas weniger Zeitenthobenheit auszukommen hat als in der vorweltlichen embryonalen Verfassung. So impliziert Dasein immer schon einen Vorstoß in rauschärmere Gegenden; es ist eine Expedition ins Nüchterne, Neutrale. Dort lichten sich für uns die Dinge in ihren Ansichsein und setzen uns ihren Widerstand entgegen. Wer existiert, steht immer schon gewissermaßen »draußen« beim Fremden, Schweren, Eigensinnigen, Anderen. Für die Bewohner mittlerer Breitengrade ist die Außentemperatur meist kälter als damals im großen Innen. Die Luft, die wir atmen, bedeutet im Vergleich mit dem Komfort des gemeinsamen Kreislaufs von Mutter und Kind eine permanente Endorphin-Deprivationsfolter. Für den Fötus ist, wie man jetzt weis, das mütterliche Medium ein Klangkörper, der für das rhytmische wie das opioïde Kontinuum sorgte. (...) Sind wir nicht alle, die so leichtsinnig waren, ins Freie zu kommen, aus dem Takt gebrachte, auf Entzug gesetzte Anstaltsinsassen – wenn auch keine ganz hoffnungslosen Fälle, solange wir uns als Zwischenhändler der Ersatzdroge Lebenskunst auf dem Markt behaupten?“[57]

Versuchen wir nun, nachdem wir mit SLOTERDIJK feststellen konnten, dass das drogierte Subjekt in seinem In-der-Welt-Sein derart unter seinem – mit Otto RANK gesprochen – *Geburtstrauma*[58], dies meint in diesem Zusammenhang die unüberwindbare Differenzerfahrung zwischen der intrauterinären Heimlichkeit und der extrauterinären Ungeborgenheit, leidet, dass es nur existieren kann, indem es sich kontinuierlich vermittels der Drogeneinnahme künstlich in den vom Lastcharakter des geborenen Daseins enthobenen Urzustand hineinmanövriert, welche Bedeutung dem Geschick des Wohnens möglicherweise bei der Drogenentwöhnung zukommen kann, so erhalten wir in der instruktiven Schrift »*Die dritte Haut. Psychoanalyse des Wohnens*« von Dieter FUNKE einige höchste interessante Hinweise, die im Folgenden zur Diskussion gestellt werden sollen. Zugespitzt formuliert: Wenn also laut SLOTERDIJK – eine Tagebucheintragung von Franz KAFKA aufgreifend – die Kernproblematik des süchtigen Subjekts in einem „Zögern vor der Geburt“[59] besteht und die suchttherapeutischen Institutionen ihren Patienten somit – in der Natalitätsmetapher verweilend – gewissermaßen *ex officio* vornehmlich mäeutische Unterstützungsleistungen anzugedeihen haben, so stellt sich vor dem Hintergrund des hiesigen Kapitels die Frage, ob und wenn ja welche therapeutische Relevanz den institutionellen Räumlichkeiten, in denen der Patient während seines Aufenthaltes die meiste Zeit verbringt, im Rahmen des Entwöhnungsprozess zugewiesen werden kann?

Münzen wir nun zur Beantwortung dieser Frage eine der zentralen Kernaussagen aus dem obig ausbuchstabierten Buch, in Worten FUNKES schlüssig vorgetragene Darstellung, dass der Mensch nicht nur – und darin geht FUNKE über SLOTERDIJK hinaus – seine vorgeburtliche Existenzweise in zwischenmenschlich konstruierten Begegnungs- sondern auch in architektonischen Wohnformen, welche die ursprüngliche Geborgenheit, Vertrautheit, Sicherheit und Getragenheit wiedervermitteln sollen, zu rekonstruieren trachtet[60], auf den Drogenentwöhnungsprozess um, so erscheint es dem Autor – anschlussfähig an einige psychoanalytische Überlegungen zur Suchtkrankenbehandlung[61] – nur allzu logisch, des seiner “*synthetischen Uterus*“ beraubten Patienten zunächst einen Ersatz in Gestalt einer aus uneingeschränkt unter-

[57] SLOTERDIJK 1993a: 158-159
[58] vgl. RANK 2007
[59] KAFKA 1994: 411
[60] vgl. FUNKE 2006: 25, 71, 215
[61] vgl. ROST 1988: 204, 220, 245

stützenden Sozialbeziehungen und Geborgenheit vermittelnden Räumlichkeiten gesponnenen "*sozial-ökologischen Uterus*" anzubieten. Aus dieser geschützten Situation („Zauberberg-Atmosphäre") – in Anlehnung an die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie könnten wir auch von einem uneingeschränkt positiven Objekt sprechen – heraus, könnte der Patient dann nach und nach durch gezielt platzierte therapeutische Geburtseinleitungsinterventionen zur Abnabelung von der großen Mutter namens Klinik befähigt werden, was in diesem Zusammenhnag bedeuten würde, dass die Umstellung von der Fremd- auf die Selbstversorgung einen positiven Verlauf nimmt.

Ohne nun an dieser Stelle konkrete Detailempfehlungen für die notwendige Sanierung der Häuser Koch und Brauer geben zu wollen, täte die Klinik nach Ansicht des Autor bei der Ausarbeitung des Renovierungskonzepts gut daran, diesem eine ausgedehnte psychologische Wohnanalyse vorzuschalten, wobei insbesondere die neueren Erkenntnisse zum günstigen Einfluss flexibel gestaltbarer stationärer Lichtverhältnisse auf das allgemeine Wohlbefinden, die Aufmerksamkeitsfähigkeit und die Schlaffähigkeit – so hemmt *bspw.* kaltweißes Licht (Leuchtstofflampen) die Produktion des Schlafhormons Melatonin – berücksichtigt werden sollten. Bezüglich des zuletzt genannten Aspekts könnte die Studie von STAEDT et al. (2009) Modell stehen, in welcher die Autoren durch die Ausgestaltung der Stationsräume mit Neonröhren, welche einen hohen Blauanteil von sich gaben, eine indirekte Lichttherapie installieren konnten, die in der Summe zu einer signifikanten Verkürzung der Aufnahmedauer (3,7 Tage) ihres depressiven Klientel führte. Aufgrund der häufig zu beobachtenden Komobridität von Alkoholismus und Depressivität wäre zu prüfen, ob ein derartiges Lichtkonzept nicht auch für die Therapie- und Aufenthaltsräumlichkeiten der untersuchten Stationen vorteilhaft sein könnte. Wichtig zu berücksichtigen wäre dabei allerdings, dass die Patientenzimmer aufgrund der Tatsache, dass alkoholkranke Menschen – insbesondere in der Phase nach dem körperlichen Entzug – zumeist unter starken Schlafstörungen leiden, eine entgegengesetzte Beleuchtung, *nudis verbis* eine Beleuchtung mit geringem Blauanteilen (Stichwort: Melatoninsuppression), erfahren müssten.

9.2.1.8 *„Ich glaube (,) ähm .. häufig geäußerte Kritik ist eigentlich immer das Bauliche und der (,) Therapieausfall"*[62] – Verbesserungsvorschläge der Patienten

Begutachten wir nun abschließend die der Kategorie ‚*Verbesserungsvorschläge*' zugeführten Äußerungen, welche bis auf wenige Ausnahmen den Patienten durch das *mutatis mutandis* aus der Forschungsarbeit von SCHEIDT et al. (2001) entnommenen Gedankenexperiment, bei dem sich der interviewte Patient vorstellen soll, dass er für zwei Wochen die Geschicke der Klinik in der Position des Chefarztes leiten würde und ihm somit freie Hand bei der Einführung von Verbesserungsmaßnahmen – wobei Geld keine große Rolle spielt, da die Klinik *mirabil dictu* vor kurzem im Lotto gewonnen hatte – gewährt wird, hervorgelockt wurden, so können wir – getreu der nachstehenden Abbildung 129 – aus dem Sammelsurium der vorgetragenen Verbesserungsvorschlägen zwei zentrale Optimierungswünsche herausfiltern: *Erstens* den Wusch nach einer Erhöhung des therapeutischen und pflegerischen Personalschlüssels, damit weniger Therapiestunden ausfallen sowie *zweitens* eine grundlegende Renovierung der Räumlichkeiten in den Häusern Koch und Brauer. Darüber hinaus sei noch darauf hingewiesen, dass sich die Patienten *drittens* – obzwar die Nennungen zu diesem Sachverhalt in der Gesamtzahl auffällig hinter den beiden obig genannten zurückstehen – für eine Ausweitung der Freizeitmöglichkeiten stark machten.

[62] Interviewaussage des Patienten P_5

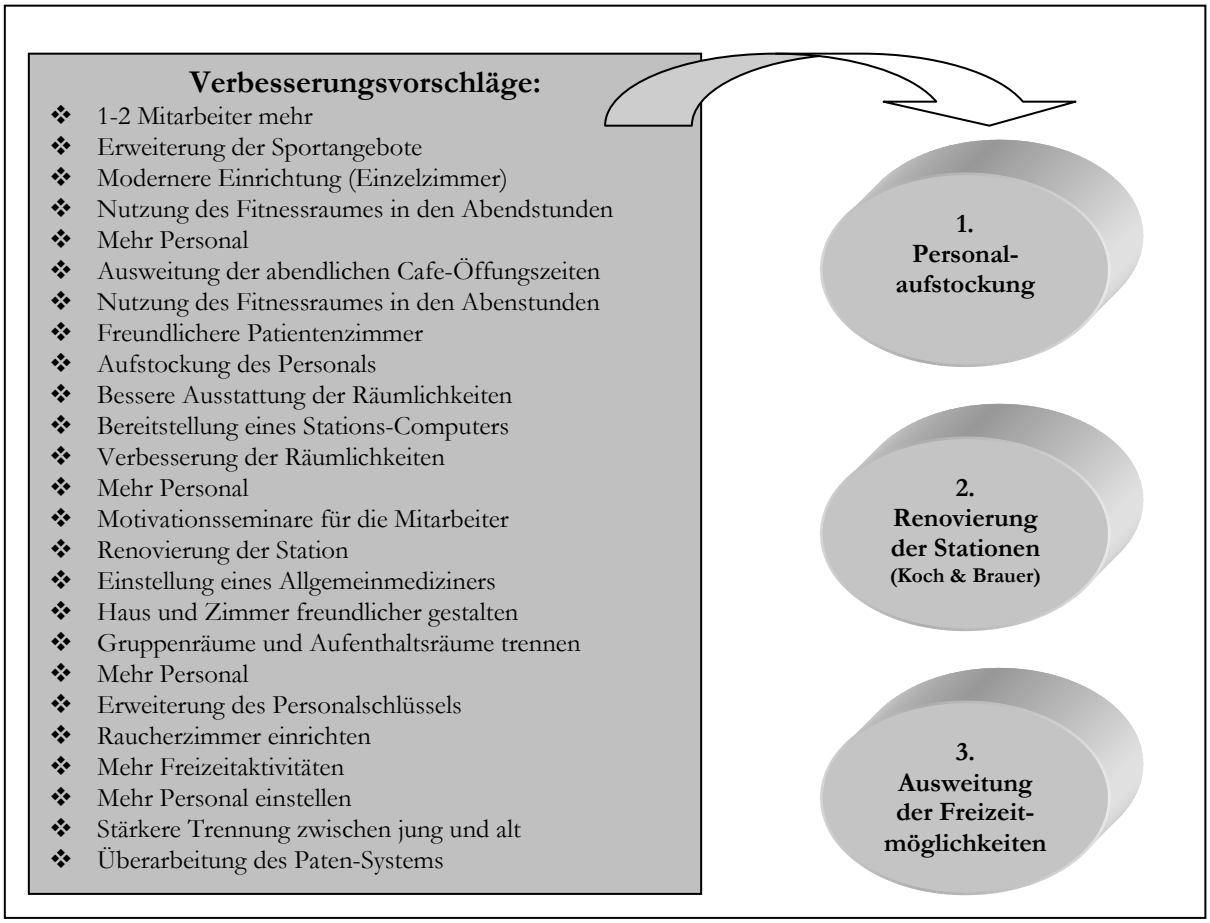


Abb. 129: Verbesserungsvorschläge der Patienten (Chefarzt-Gedankenexperiment)

Zur Vermeidung unnötiger Litaneien werden wir an dieser Stelle von einer kompakten Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse unserer qualitativen Untersuchung, welche in der finalen Kapitelsynopsis (9.5) geleistet werden soll, absehen und uns stattdessen ohne Umschweife den in den beiden folgenden Kapitelunterpunkten darzustellenden Resultaten der MTMM-Analyse (9.3) sowie den Erkenntnissen der Ausdrucksanalyse mittels des konzipierten WAbbZ zuwenden.

9.3 Bestimmung der Konstruktvalidität mittels Mulitrait-Mulitmethod-Matrix

Setzen wir nun zur Behebung des in Kapitel 6 aus der nationalen wie internationalen Literatur zur PZF – mit Ausnahme der Studie von FREISE (2003c) – herausgearbeiteten Defizits an Konstruktvalidierungüberprüfungen mittels MTMM[63] die drei sowohl im Fragebogen (WPSQAAT) als auch im Bildererzählinterview (WBI) erfassten Konstrukte *‚Gesamtzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt'* (ZUF-3), *‚Kohärenzsinn'* (SOC-L9) und der *‚Abstinenzspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung'* (AsSWE) in Beziehung zueinander, so können wir erst einmal, ungeachtete der irritierend geringen Korrelation zwischen den homogenen Konstrukten AsSWE_F und AsSWE_I (0,21), festhalten, dass – wie der nachstehenden Abbildung entnommen werden kann – dem genutzten Gesamtzufriedenheitsindikator insofern eine ausreichende Konstruktvalidität attestiert werden kann, als dass einerseits der mittlere Korrelationswert zwischen den homogenen Größen ZUF_3_F und ZUF_3_I (r=0,54) für eine gegebene konvergente und die geringen Korrelationswerte zwischen den homogenen Größen ZUF_3_F und ZUF_3_I und den heterogenen Größen für eine gegebene dikriminante Validität spricht.

[63] Neben dem klassischen Gründungstext von CAMPBELL & FISKE (1959) bietet insbesondere der Aufsatz von SCHERMELLAH-ENGEL & SCHEIZER (2007) eine solide Einführung in die MTMM-Analyse.

		Fragebogen			Bilder-Interview		
		ZUF_3_F	SOC_F	AsSWE_F	ZUF_3_I	SOC_I	AsSWE_I
Fragebogen	ZUF_3_F	1,0					
	SOC_F	0,05	1,0				
	AsSWE_F	0,17	0,39	1,0			
Bilder-Interview	ZUF_3_I	**0,54**	0,12	0,06	1,0		
	SOC_I	0,33	**0,48**	0,40	0,21	1,0	
	AsSWE_I	0,11	0,36	**0,21**	0,39	0,04	1,0

Abb. 130: Ergebnisse der Multitrait-Multimethod-Matrix-Analyse

Besonders interpretationsbedürftig nimmt sich nun der in der letzten Zeile der obigen Abbildung fett markierte, wider Erwarten äußerst geringe Zusammenhang zwischen den Fragebogen- und den Interviewangaben der Patienten zum Konstrukt *‚Abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung*' (r = 0,21) aus. Ehe wir uns nun der Deutung dieses paradoxen Befundes annehmen werden, sollen vorab die gravierenden Wertangabenabweichungen (Mittelwerte 8,6 im Fragebogen zu 6,1 im Interview) tabellarisch illustriert werden; wobei sich die Angaben auf das Item "*Wie zuversichtlich sind Sie im Moment, dass Sie in den nächsten drei Monaten abstinent bleiben können?*", welches die Patienten auf einer visuellen Analogskala mit den Extrempunkten *‚0 = gar nicht zuversichtlich*' und *‚10 = sehr zuversichtlich*' beantworten sollten, beziehen.

	AsSWE-Fragebogen-Angabe	AsSWE-Interview-Angabe	Wertabweichung
Patient P_1	10	2	-8
Patient P_2	8	5	-3
Patient P_3	10	5	-5
Patient P_4	10	8	-2
Patient P_5	8	6	-2
Patient P_6	10	10	/
Patient P_7	9	6	-3
Patient P_8	10	7	-3
Patient P_9	2	6	+4

Tab. 163: Abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartungseinschätzungsdifferenzen

Zur Erklärung der in der obigen Tabelle zur Schau gestellten Wertabweichungen bieten sich dem Autor zufolge insbesondere die beiden folgenden Ansätze an: *Erstens* gilt es bei der Lesart dieses Phänomens zu bedenken, dass die vorliegende Untersuchung auf einem Stichtagsuntersuchungsdesign fußt und dass die ausgeprägtesten Wertdifferenzen gerade jene Patienten (P_1 und P_3) betrifft, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung erst im Anfangs- *resp.* Mittelstadium der Therapie (vierte versus zehnte Therapiewoche) befunden haben. Aus diesem Sachverhalt können wir nun schlussfolgern, dass die Wertdifferenzen sicherlich zu einem Gutteil darauf zurückgeführt werden können, dass das Konstrukt *bzw.* die Kognition *„Abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung*" in der ersten Therapiephase weniger einen trait- als vielmehr einen state-Charakter aufweist, der möglicherweise *in situ* stark von der allgemeinen Stimmungslage sowie der Massivität des Suchtdrucks (Craving) beeinflusst wird. Darüber hinaus könnten *zweitens* die negativeren Einschätzungen der Patienten innerhalb des Interviews bis zu einem gewissen Grad auch einem Kontexteffekt geschuldet sein, da unmittelbar vor der Bewertung des AsSWE-Items den Patienten die Bildertafel-Nr.7, die der Aufdeckung kritischer Behandlungserlebnisse diente, vorgelegt wurde. Da nun aber die zu Tage geförderten Wertdifferenzen in positiver Wendung allerdings als Beleg der besonderen Kritiksensitivität des entwickelten Warsteiner-Bildererzähl-Interviews (WBI) gewertet werden könnten, bleibt eine lückenlose Aufklärung des zur Verhandlung stehenden Werteabweichungsphänomens nachfolgenden Forschungsbemühungen vorbehalten.

9.4 Ergebnisse des Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung (WAbbZ)

Bevor wir nun im nachstehenden Textabschnitt die Ergebnisse des WAbbZ in Beziehung zu den sowohl im Fragebogen (ZUF_3_F) als auch im Interview (ZUF_3_I) erhobenen Gesamtzufriedenheitsscores setzen werden, sei der Leser vorab mit Nachdruck auf den Sachverhalt aufmerksam gemacht, dass der Autor der vorliegenden Arbeit aufgrund der Hyperkomplexität der Interviewsituation – in der zu Anfangs auch noch, wie in Kapitelunterpunkt 9.2 beschrieben wurde, die gewählte Interviewtechnik modifiziert werden musste – sowie des nicht minder komplexen Beobachtungskategoriensystems, welche in Liaison miteinander eine valide retrospektive Einschätzung der Ausdruckssegmente beinahe zu einer Quadratur des Kreises werden ließen, lange Zeit gewillt war, die ob der in den vorausgehenden Zeilen skizzierten Erfassungsschwierigkeiten in eine höchst zweifelhafte Gültigkeitsaura getauchten Bebachtungsergebnisse mit dem Hinweis, dass die Gültigkeitsüberprüfung des entwickelten WAbbZ unabdingbar an den Einsatz audiovisueller Medien (Videokamera) *resp.* an die funktionale Entflechtung zwischen Interview- und Beobachtungssituation gebunden ist, gänzlich aus dem Auswertungspart der hiesigen Untersuchung auszuschließen. Dass sich nun der Autor trotz der unstreitbar bestehenden Validtätseinbußen gegen diese Maßnahme entschieden hat, liegt primär darin lokalisiert, dass auf der einen Seite immerhin fünf der insgesamt elf Ausdrucksindikatoren vor und während der Interviewsituation ohne größere Schwierigkeiten eingeschätzt werden konnten und der Autor auf der anderen Seite weiterhin davon überzeugt ist, mit der Entwicklung des WAbbZ der PZF ein erkenntnisdienliches Instrument an die Hand gegeben zu haben, dessen methodischer Absicherung und Verfeinerung sich künftige Patientenzufriedenheitsforschergenerationen hoffentlich verschreiben werden.

Blenden wir also nach diesen hinführenden Worten die psychometrische Gültigkeitsproblematik der evozierten Beobachtungsergebnisse zum Zwecke der Datenanalyse für einen Moment aus, so gelangen wir – wie anhand der nachstehenden Tabelle abgelesen werden kann – zu der positiven Einsicht, dass das mittels des WAbbZ gemessene Konstrukt ‚Allgemeine Lebenszufriedenheit' keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamt-PZ-Werte ausübte.

	ZUF_3_F (Mittelwert)	**ZUF_3_I (Mittelwert)**	**WAbbZ-Gesamtpunktewert**
Patient P_1	1	1,67	56,8%
Patient P_2	2,33	2	54,5%
Patient P_3	2	2	54,5%
Patient P_4	1,33	2,33	56,8%
Patient P_5	2,33	2,33	56,8%
Patient P_6	1,67	2,33	56,8%
Patient P_7	1,33	1	84%
Patient P_8	2	2	72,6%
Patient P_9	1	1	45,4%

Tab. 164: Gegenüberstellung der ZUF-3- und WAbbZ-Werte

Insgesamt können die in der Tab. 164 abgebildeten Ergebnisse somit *cum grano salis* als weiterer Belege für die Validität der quantitativen und qualitativen Patientenangaben gewertet werden.

9.5 Kapitelsynopsis und Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog

Versuchen wir nun, ehe nachfolgend auf der Basis der eruierten quantitativen und qualitativen Daten ein streitbarer Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog deduziert werden soll, die zentralen Ergebnisse des vorliegenden Kapitelpunktes in bündiger Form zusammenzufassen, so können wir erstens konstatieren, dass der vom Autor im Zuge einer harmonischen Verahnung zwischen induktiven und deduktiven Elementen der Fragebogenentwicklung entwickelte WPSQAAT nicht nur den konventionellen psychometrischen Gütekriterien hinreichen Rechnung trägt, sondern sich darüber hinaus als außerordentlich kritiksensitiv entpuppte. Fernerhin können wir *zweitens* festhalten, dass sich die Wiederbelebung einer innerhalb der PZ-Forschung lange Jahre in Vergessenheit geratenen Methode, *nudis verbis* des projektiven Bildererzähltests, als überaus erfolgreich erwies; da das vom Autor in Zusammenarbeit mit dem Mediengestalter Paul KOWALSKI angefertigte ‚*Warsteiner Bildererzählinterview*' (WBI) seiner intendierten Funktion, in Worten die Perforation der Kritikzensur, mehr als gerecht wurde. Zu guter Letzt konnten wir *drittens* mit dem ‚*Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung*' (WAbbZ) ein Instrumentarium auf den Weg bringen, welches – eingedenk seiner obig explizierten Schwachpunkte – darauf harrt, ob seiner augenfälligen Bedeutsamkeit für schwierige Erhebungskontexte (z.B. die LZ-Erfassung geistig behinderter Menschen) in künftigen PZ-Studien vertiefender evaluiert zu werden.

Bevor wir nun auf der Grundlage des Erhobenen Datensatzes einen Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog verabschieden werden, sei vorab noch mit Nachdruck auf den Sachverhalt hingewiesen, dass die zu Beginn der Arbeit aufgestellte Rechnung, vermittels einer egalitären Kombination quantitativer und qualitativer Methoden eine zentrale Ursache des in Kapitel 7 sattsam beschriebenen Verwertungsdefizits, sprich die konstant hohen PZ-Parameter, ausräumen zu können, vollständig aufging.

Verbesserungsmaßnahmenempfehlungskatalog:

1. Aufgrund der im Interview zu Tage geförderten Tatsache, dass insbesondere Patienten, die sich *bis dato* noch keiner Entwöhnungsbehandlung unterzogen hatten, mit dysfunktionalen Erwartungen (z.B. somatische Behandlungserwartungen, passive Patientenrollen- und aktive Therapeutenrollenerwartungen) die Therapie aufnahmen, täten die untersuchten Stationen im Hinblick auf die Erhöhung der – wie wir seit der Studie von PRIEBE (1995) wissen – höchst bedeutsamen initialen Therapiezufriedenheit, der Drop-Out-Quoten-Reduktion sowie der Verbesserung des Therapieoutcomes gut daran, die prätherapeutischen Therapieerwartungen unter Rückgriff auf die bereits erfolgreich angewandten Techniken des ‚*Pre-Therapy-Trainings*'[64] der Gestalt zu modifizieren, dass sie ihr attestiertes Wirkpotenzial[65] entfalten können (Entwicklung eines systematischen Erwartungsmanagements).

2. Grundlegende Überarbeitung des derzeit bestehenden Patensystems, da sich das Gros der interviewten Patienten zu Beginn der Therapie nicht ausreichend informiert gefühlt hatten (mangelhafte Therapieprogrammtransparenz) und somit nach Ansicht des Autors ob der monierten Motivationslosigkeit der zugewiesenen Parten eine bedeutende Therapieerfolgserwartungseinimpfungschance verspielt wird.

3. Von Freitags-Aufnahmen ist wegen der wochenendlichen Therapieauszeit („Leerlauf") dringend abzuraten.

4. Die im Rahmen des kognitiven Pretestinterviews verifizierte Erkenntnis aus der Studie von ROSSEL (1994), der zufolge die turnusmäßige Bearbeitung eines Patientenbefragungsbogens zur Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung und des Passungsverhältnisses (Therapieoptimismus) eine eigenständige Therapiematerialie darstellt, könnte der Gestalt in die gegenwärtigen Therapiestrukturen der untersuchten Stationen eingewoben werden, als dass der von den Patienten wöchentlich auszufertigende ‚Wochenbericht' um einige sensible Items aus dem Instrument von ROSSEL (1994) oder PRIEBE (1992) ergänzt wird.

5. Den innerhalb der Skala ‚*Veränderungen durch die Therapie*' objektivierten Schwachstellen in den suchttherapeutisch relevanten Veränderungsdimensionen ‚*Eutyhmes Verhaltens- und Erlebnisrepertoire*' sowie ‚*Sinnhaftigkeit (noogene Grundspannung) und existenzielle Bewältigungsressourcen*' könnte durch eine verstärkte Integration sowohl logotherapeutischer und euthymer Therapiemanuale (Sinn-Gruppe[66], Kleine Schule des Genießens[67]) als auch bewährter Ansätze aus dem Bereich der klinischen Philosophie (Philosophisches Cafe[68]) in die bestehende Angebotpalette begegnet werden.

6. Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur weitgehenden Negation der primären Gruppenpsychotherapieunzufriedenheitstreiber namens 1) Starke sozio-demographische Heterogenität der Patienten, 2) Schweigepflichtverletzungen von Seiten der Patienten und 3) häufiger Therapeutenwechsel.

7. Wohnpsychologisch fundierte Renovierung der Wohn-, Aufenthalts-, Schalf- und Therapieräumlichkeiten in den Häusern Koch und Brauer.

8. Reduktion therapieinhibatorischer Mitpatientenkonflikte (siehe Abb. 127)

9. Förderung informell-supportiver Mitpatientengespräche (siehe Abb. 128)

10. Entwicklung von Konzepten zur Verringerung des zuhauf beanstandeten Therapieausfalls.

---

[64] vgl. CHILDRESS & GILLIS 1977; CONNERS et al. 2002; FRANK 1985; FRIEDLANDER & KAUL 1983; GRAHAM 2003; HOEHN-SARIC et al. 1964; KATZ et al. 2004 und 2007; LAMBERT & LAMBERT 2006; MARQUARDT et al. 1975; MUNZER 1964; NASH et al. 1965; NITZGEN 2006; ORNE & WERNER 1968; PIPER 1979; PIPER & PERRAULT 1989; PIPER & OGRODNICZUK 2002; PRIOR 2006; SLOANE et al. 1970; STARK & KANE 1985; YALOM et al. 1967b sowie ZWEBEN & SELINA 1981. Eine adaptionswerte Idee zur Steigerung von Behandlungsoptimismus und Genesungshoffnung setze Regisseur Dieter GRÄNICHER mit der so genannten Recovery-DVD – die unter dem Titel »*Recovery - Wie die Seele gesundet*« bezogen werden kann – um. In diesem Film wurden berichten acht Betroffene, wie sie es geschafft haben, ihre Krankheit so weit zu überwinden, dass sie heute zufrieden und selbständig agieren können.

[65] siehe dazu ausführlich den Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.3

[66] siehe dazu KERN 1986 und 1999

[67] siehe dazu insbesondere KOPPENHÖFFER 2004 und LUTZ 1999

[68] siehe dazu die höchst innovativen Ansätze zur Implementierung philosophischer Gesprächskreise im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung (Orpheus-Programm) von Martin POLTRUM 2006, 2008a-c, 2009a-c und 2010.

»Im ganzen mangelt es der immerhin mehr als 20 Jahre währenden Patient-satisfaction-Forschung an einer standardisierten änderungssensitiven Methodik, an einer theoretischen Fundierung sowie an kontrollierten Studien, so dass ihr bisheriger 'Nutzen' darin liegt, die methodischen und theoretischen Defizite eines in der Regel pragmatisch und routinemäßigen Vorgehens aufgezeigt zu haben«

Anne Marie Leimkühler & Ulrich Müller[1]

»Es ist eine schöne Sache um die Zufriedenheit, um die Schmerzlosigkeit, um diese erträglichen geduckten Tage, wo weder Schmerz noch Lust zu schreien wagt, wo alles nur flüstert und auf Zehen schleicht. Nur steht es mir leider so, dass ich gerade diese Zufriedenheit gar nicht gut vertrage, dass sie mir nach kurzer Dauer unausstehlich verhaßt und ekelhaft wird und ich mich verzweifelungsvoll in andere Temperamente flüchten muß, womöglich auf dem Wege der Schmerzen. Wenn ich eine Weile ohne Lust und ohne Schmerzen war und die laue fade Erträglichkeit sogenannter guter Tage geatmet habe, dann wird mir in meiner kindischen Seele so windig weh und elend, dass ich die verrostete Dankbarkeitsleier dem schläfrigen Zufriedenheitsgott ins zufriedene Gesicht schmeiße und lieber einen recht teuflischen Schmerz in mir brennen fühle als diese bekömmliche Zimmertemperatur. Es brennt alsdann in mir eine wilde Begierde nach starken Gefühlen, nach Sensationen, eine Wut auf dies abgetönte, flache, normalisierte und sterilisierte Leben und eine rasante Lust, irgend etwas kaputt zu schlagen, etwa (...) eine Kathedrale oder mich selbst, (...) ein paar verehrten Götzen die Perücken abzureißen (...) oder einigen Vertreten der bürgerlichen Weltordnung das Gesicht ins Genick zu drehen.«

Hermann Hesse[2]

10. Zusammenfassung und Forschungsausblick

In der vorliegenden Arbeit lotete der Autor neue Wege zur Einebnung des aus dem Theorie-, Methoden- und Verwertungsdefizit bestehenden Defizitdreigestirns der PZF aus.

Die *bis dato* in der nationalen wie internationalen PZF zu verzeichnenden theoretischen Missstände konnten ihm Verlauf der hiesigen Untersuchung insoweit überwunden *bzw.* reformuliert werden, als dass ...

- *erstens* in den Kapiteln 2 und 3 der Nachweis erbracht werden konnte, dass die Zufriedenheit im Allgemeinen und die PZ im Speziellen aufgrund der mit ihrer Ausbildung einhergehenden signifikanten Veränderungen auf denen Ebenen des Gefühlslebens, der Physiologie, des Ausdrucksgebarens sowie der Verhaltensgeneigtheit keineswegs als eine – wie in der Literatur zuhauf unreflektiert behauptet wird – ephemere Stimmung *resp.* als ein Affekt, sondern als eine genuine Wohlfühlemotion anzusehen ist;
- *zweitens* in Kapitel 3 mit dem interdisziplinär grundierten *‚Erwartungszentrierten, multiplen Vergleichsstandardmodell der Patientenzufriedenheitsgenese'* (EmVP) ein Modell auf den Weg gebracht wurde, welches – ungeachtet seiner noch ausstehenden empirischen Feuertaufe – einerseits einen Großteil der bislang die modelltheoretische Diskursebene der PZF säumenden Probleme – die sich stel-

[1] LEIMKÜHLER & MÜLLER 1997: 767
[2] HESSE 1974b: 35

lenweise den Anstrich delischer Herkunft geben – zu bereinigen (z.B. die inhomogene Ausstattung der Soll-Dimension sowie den von Seiten des bisher dominierenden E/D-Modells nicht zu verarbeitenden Tatbestand der Erwartungslosigkeit) und andererseits den an der Versorgungsbasis tätigen Mitarbeitern einige viel versprechende, minimalinvasive Ansatzpunkte zur Steigerung der PZF (z.B. die Einrichtung eines systematischen Erwartungsmanagements in Form diverser Therapievorbereitungsmaßnahmen) an die Hand zugeben weis;

- *drittens* die sowohl im einleitenden Kapitel 1 als auch im Kapitelunterpunkt 3.6.2 und insbesondere in Kapitel 4 zu Tage geförderte Bandbreite an durchaus gehaltvollen Argumenten, die zur Legitimierung der systematischen Erfassung und Steigerung der PZ mit Erfolg angeführt werden können, nicht über den defizitären Sachverhalt hinwegtäuschen darf, dass das seit Anbeginn der 90er Jahre des 20. Jh. meistbemühte PZF-Legimitierungsargument, *nudis verbis* das Qualitätsverbesserungsargument, insofern einem logischen Fehlschluss namens *petitio principii* aufsitzt, als dass in der bisherigen PZF-Geschichte keine dem Autor der vorliegenden Arbeit bekannte Längsschnittstudie veröffentlicht wurde, in der die zentralen Postulate des Qualitätsverbesserungsargumentes empirisch verifiziert werden konnten;
- *viertens* in Kapitel 5 glaubhaft dokumentiert werden konnte, dass auf der einen Seite die Geburtsschreie der internationalen PZF nicht erst, wie in der Literatur fälschlicherweise behauptet wird, in den 50er Jahren des 20. Jh., sondern bereits im Jahre 1887, in welchem die *bis dato* von der PZF verkannte Humanistin Nellie BLY ihre Undercover-Reportage »*Ten days in a madhouse*« veröffentlichte, zu vernehmen waren. Darüber hinaus konnte in demselbigen Kapitel die bisherige Geschichtsschreibung der nationalen PZF der Gestalt revidiert werden, als dass zur Widerlegung der innerhalb der nationalen PZ-Literatur meistfrequentierten Annahme, laut derer die systematische Erfassung der PZ im deutschen Sprachraum im Jahre 1993 einsetzte, insgesamt 150 Studien angeführt werden konnten, die alles samt vor dem besagten Jahr 1993 das Licht der Welt erblickten.

Bezüglich der erhofften Überwindung des im Rahmen der nationalen wie internationalen PZF vielfach beschworenen Methodendefizits, welches laut der durchmusterten Literatur vornehmlich in den handwerklichen Mängeln der *bis dato* entwickelten Fragebögen sowie dem Phänomen der konstant hohen PZ-Werte lokalisiert liegt, wartete die vorliegenden Arbeit mit den folgenden Beiträgen auf:

- *Erstens* konnten im Kapitelpunkt 6.1.1.2 vermittels einer minutiösen Inaugenscheinnahme von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Fragebögen die in den 90er Jahren des 20. Jh. ausformulierten methodischen Zeitdiagnosen – denen zufolge das Gros der konzipierten PZ-Fragebögen nach dem *‚quick-and-dirty-Prinzip'* (unzureichende Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien) hergestellt wurde – angesichts der Tatsache, dass mittlerweile eine Vielzahl an psychometrisch einwandfrei entwickelten PZ-Fragebögen existiert, als obsolet ausgewiesen werden.
- *Zweitens* offenbarte die Durchmusterung der 90 deutschsprachigen PZ-Fragenbögen, dass die nationale PZF nun zwar nicht mehr an einem "*epimethischen Fragebogenentwicklungsvirus*", dafür aber an den folgenden Kakophonien leidet: 1) Exklusion von Migranten (Mangel an muttersprachlichen PZ-Bögen); 2) Überschuss generischer PZ-Bögen (Mangel an adressatenspezifischen PZ-Fragebögen); 3) Methoden-Monotonie (Fragebogenlastigkeit, geringe Anzahl multimethodisch

angelegter Studie, Nichtberücksichtigung viel versprechender Alternativverfahren wie z.B. projektiver Tests) sowie 4) Unzureichende Validierung des PZ-Konstrukts mittels MTMM-Analyse.

- *Drittens* konnten in Kapitelunterpunkt 6.3.3 in Form von insgesamt 14 Studien, die allesamt zu dem Ergebnis gelangten, dass Patienten – gesetzt den Fall, dass sie mit einem kritiksensitiven Erhebungsinstrumentarium befragten werden – sehr wohl dazu in der Lage sind, eine defizitäre Versorgungsqualität zu perzipieren und diesem Wahrnehmungsurteil innerhalb eines PZ-Bogens Ausdruck zu verleihen, einige schlagende Argumente gegen den sich am Phänomen der konstant hohen PZ-Werte immerzu reproduzierenden Artefaktvorwurf ins Feld geführt werden.
- Zur Abgeltung des obig beschriebenen Misstandes, dass die nationale PZF einen Mangel an adressatenspezifischen PZ-Fragebögen leidet, entwickelte der Verfasser der vorliegenden Arbeit *viertens* unter harmonischer Verbindung induktiver und deduktiver Fragebogenentwicklungsprozesse einen speziell auf die Zielgruppe – in Worten alkoholabhängige Patienten die sich einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterziehen – zugeschnittenen Fragebogen (WPSQQAT); der – wie die Ergebnisse des Auswertungskapitels neun zeigen – nicht nur den primären, sondern auch den sekundären Gütekriterien (z.B. Kritiksensitivität, Fidelität) hinreichend Rechnung trägt.
- *Fünftens* entwickelte der Autor, inspiriert durch die ebenso innovativen wie erkenntnisreichen Studienarbeiten von LIBO (1953, 1957), CAUDILL (1958), REZNIKOFF et al. (1959, 1961), BIRCH & WOLFE (1972), MOßLER (1981) sowie MÜHLICH-VON STADEN et al. (1982) in Kapitelunterpunkt 8.3.3 einen projektiven Bildertest, welcher sich – ungeachtet der Tatsache, dass die projektive Fragetechnik *(„Können Sie mir zu diesem Bild eine Geschichte erzählen? Was fühlt und denkt die Person?"*) ob der kognitiven Überforderung der befragten Patienten im Verlaufe des Interviews zugunsten einer persönlichen Fragetechnik („*Wie haben Sie die auf der Bildtafel abgebildete Situation damals erlebt?*") aufgegeben wurde – als exzellente Methode zur Aufspürung von Versorgungsschwachstellen entpuppte.
- *Sechstens* führte der Verfasser zur Elimination des in den vorausgehenden Zeilen beschriebenen Misstandes der mangelhaften Konstruktvalidierung im Kapitelunterpunkt 9.3 mit Erfolg eine MTMM-Analyse durch.
- *Siebtens* konnte mit der Entwicklung des ‚*Warsteiner Ausdrucksbeobachtungsbogen zur Zufriedenheitseinschätzung*' (WAbbZ) ein – wenngleich auch noch nicht ganz ausgegorenes – Erhebungsinstrument in den sich bisher äußerst karg ausnehmenden Methodenkanaon der Zufriedenheitsforschung überführt werden, welches nebst der externen Validierung bestehender PZ-Fragebögen das unschätzbare Potenzial aufweist, künftig ein sicheres Zufriedenheitsbild jener Patienten gewinnen zu können, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, ihren emotionalen Zustand schriftlich oder verbal zu kommunizieren.

Hinsichtlich der letzten Komponente des Defizitdreigestirns der PZF, in Worten des Verwertungsdefizits, konnten in der vorliegenden Arbeit insofern einige beachtenswerte Defizitüberwindungsvorarbeitsleistungen erbracht werden, als dass auf der Grundlage einer multiperspektivistischen Aufdröselung jener zentralen Ursachen, die für dieses invariante Defizit der PZF verantwortlich zu machen sind, in Kapitelpunkt 7.2 ein Vademecum zur Reduzierung der Auftrittswahrscheinlichkeit dieses Defizits verabschiedet wurde.

Ehe nun die vorliegende Arbeit in einer stichpunktartigen Enumeration jener Forschungsthemen, derer sich künftige Patientenzufriedenheitsforschergenerationen zugunsten einer Überwindung des gegenwärtig in der PZ-Forschung zu verzeichnenden (dromologischen-) Stillstandes in erster Linie verschreiben sollten, ihr Ende finden wird, sei vorab in der gebotenen Kürze darauf hingewiesen, dass der Verfasser inständig darauf hofft, dass auch kommende Patientenzufriedenheitsforschergenerationen zugunsten eines in ferner Zukunft aufscheinenden wahrhaft zufriedenen Zustandsbildes der PZF die sich in den Zeilen des Eingans rezitierten Passus aus Hermann HESSES Roman »*Der Steppenwolf*« (1927) Bahn brechende Geisteshaltung intellektueller Unzufriedenheit auszubilden und gangbare Wege zu ihrer angemessenen, dies meint dem Erkenntnisfortschritt dienenden, Verflüchtigung auszukundschaften wissen.

Ausstehender Forschungsbedarfe innerhalb der PZF:

1. Empirische Überprüfung des in Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit entwickelten ‚*Erwartungszentrierten, multiplen Vergleichsstandardmodell der Patientenzufriedenheitsgenese*' (EmVP).

2. Entwicklung und empirische Überprüfung eines systematischen Erwartungsmanagement für psychosoziale Einrichtungen.

3. Durchführung von intertemporalen Vergleichsstudien zur Befreiung des Qualitätsverbesserungsargumentes aus dem Würgegriff des *petitio prinipii*.

4. Aufarbeitung der in Kapitelpunkt 5.1 kurz angeschnittenen Geschichte der unsystematischen PZF.

5. Behebung der folgenden methodischen Mängel: 1) Exklusion von Migranten (Mangel an muttersprachlichen PZ-Bögen); 2) Überschuss generischer PZ-Bögen (Mangel an adressatenspezifischen PZ-Fragebögen) sowie 3) Methoden-Monotonie (Fragebogenlastigkeit, geringe Anzahl multimethodisch angelegter Studie, Nichtberücksichtigung viel versprechender Alternativverfahren wie z.B. projektiver Tests).
Wichtig: Einhaltung der grundsätzlichen Fragebogenentwicklungsdiät!

6. Anwendung des entwickelten Bildertests unter rein projektiven Testbedingungen.

7. Vertiefende Überprüfung des entwickelten Ausdruckstests anhand einer größeren Patientenstichprobe sowie in einem separaten Erhebungskontext (nicht kontrapunktierend während der Interviewsituation).

8. Empirische Inspektion der in Kapitelpunkt 7.1.6 angestellten Überlegungen zu den organisationssoziologischen Ursachen des Verwertungsdefizits.

9. Entwicklung, Implementierung und Überprüfung eines Maßnahmenkatalogs zur Ausheilung des in Kapitelpunkt 6.2 suffizient belegten Unbills, dass das innerhalb der PZF akkumulierte Methodenwissen bislang in nur höchst rhapsodischer Form in den Krankenhausbefragungsalltag vorgedrungen ist.

LITERATURVERZEICHNIS:

AAKER, D.A. & DAY, G.S.: Unternehmerische Reaktionen auf den Druck des Konsumerismus. In: HANSEN, U. et al. (Hrsg.), Marketing und Verbraucherpolitik, Stuttgart 1982, S. 71-86.

ABBEY, A. / ABRAMIS, D.J. & CAPLAN, R.D.: Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-beining. In: Basic and Applied Social Psychology 1985, 6, S. 111-129.

ABDELLAH, F.G.: Let the patients tell us where we fail. In: The Modern Hospital 1955, 85(2), S. 71-74.

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E.: Developing a measure of patient and personal satisfaction with nursing care. In: Nursing research 1957a, 5(3), S. 100-108.

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E.: Polling Patients and Personnel – *Part I: What patients say about their nursing care*. In: Hospitals 1957b, 31, S. 44-48.

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E.: Polling Patients and Personell – *Part II: What factors affect patients' opinin of their nursing care*. In: Hospitals 1957c, 31, S. 61-64.

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E.: Effect of Nurse Staffing on Satisfaction with Nursing care, Chicago 1958.

ABDELLAH, F.G. & LEVINE, E.: Patients and Personnel Speak. *A Method of Study Patient Care in Hospitals*, Washington 1964.

ABDERHALDEN, C. et al.: Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in der stationären Adoleszentenpsychiatrie. In: Ders. et al. (Hrsg.), Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. *Vorträge und Posterpräsentationen 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern*, Unterostendorf 2008, S. 140-149.

ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.): Wohlbefinden: *Theorie, Empirie, Diagnostik*. München 1991.

ABELE-BREHM, A. & BREHM, W.: Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. *Die Entwicklung der „Befindlichkeitsskalen" (BFS)*. In: Diagnostica 1986, 32, S. 209-228.

ABHOLZ, H.H.: Warum verlassen „Stamm-Patienten" unsere Praxis? *Interview-Analyse wegbleibender Patienten*. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1996, 72, S. 282-289.

ABBHOLZ, H.H.: Patientenzufriedenheit auf Kosten ärztlicher Ethik? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1997, 73, S. 3.

ABHOLZ, H.H. & BAWAJ, C.: »Oh-bitte-nicht«-Patienten. *Analyse einer Gruppe schwieriger Patienten*. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1997, 73, S. 1165-1170.

ABRAMOWITZ, S. / COTE, A.A. & BERRY, E.: Analyzing patient satisfaction: *a multianalytic approach*. In: Quality Review Bulletin 1987, 13, S. 122-130.

ABRESCH, J.: Warum und wie behandelt das Krankenpflegepersonal manche Patienten schlechter als andere? In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1981, 6, S. 336-342

ACHENBACH, G.-B.: Zufriedenheit. *Freitag-Vortrag am 11. April 2008 im Seminar der Philosophischen Praxis. CD – 63 Minuten Laufzeit*, Bergisch Gladbach 2008.

ACHTE, K.A. & VAUHKONEN, M.L.: Karzinom und Psyche. In: Hippokrates 1969, 40, S. 535-540.

ACHTE, K.A. & VAUHKONEN, M.L.: Psychiatrisch psychosomatische Gesichtspunkte zur Frage der Diagnosemitteilung und der Prognose bei Geschwulsterkrankungen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 1975, 5, S. 230-36.

ACKERMANN, A.: Die psychosoziale Lage hospitalisierter psychisch Kranker. *Ergebnisse einer epidemiologischen Befragungsuntersuchung bei 554 Patienten psychiatrischer Kliniken*, Freiburg 1982.

ACKER-WILD, U. & HERR, B.: Personenzentrierte Hilfen – *Eine neue Zauberformel?* In: Soziale Psychiatrie 2005, H. 1, S. 12-13.

ACOSTA, F.X.: Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by mexican american, black american, and anglo-american patients. In: Psychological Reports 1980, 47, S. 435-443.

ACOSTA, F.X.: Preparing low-income hispanic, black, and white patients for psychotherapy: *Evaluation of a new orientation program*. In: Journal of Clinical Psychology 2006, 39, S. 872-877.

ADAM, R.: Dokumentationssysteme, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement – *Neue Machtinstrumente für alte Spiele oder neue Werkzeuge zur Steigerung der therapeutischen Qualität*. In: LAIREITER, A.-N. & VOGEL, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. *Ein Werkstattbuch*, Tübingen 1998, 767-785.

ADAM, R. et al. Kundenzufriedenheit und Preisbereitschaft – *Empirische Erkenntnisse aus der Hotelbranche.* In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2002, 54, S. 762-778.

ADAM, I.: Patientenbefragung*: Als Dauer- oder Einmalerhebung?*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 107-112.

ADAM, I. et al. Die Erfassung von Patientenerwartungen und deren Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit bei stationären Aufenthalten. In: Gesundheitswesen 1997, 59, A53.

ADAM, R.: Das Selbst und die Glücksgefühle. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1981, 27, S. 301-306.

ADAMS, J.: Toward Understanding in Inequity. In: Journal of Abnormal Social Psychology 1963, 67, S. 422-436.

ADAMS, J.: Inequity in Social Exchange. In: VERKOWITZ, L. (Hrsg.), Advances in Experimental Social Psychology, New York 1965.

ADAMS, D.L.: Analysis of a life satisfaction index. In: Journal of Gerontology 1969, 24, S. 470-474

ADAMS, D.L.: Correlates of life satisfaction among the elderly. In: The Gerontologist 1971, 11, S. 64-68.

ADAMS, R.J. / SMITH, B.J. & RUFFIN, R.E.: Impact of the physician's participatory style in asthma outcomes and patient satisfaction. In: Annals of Allergy, Asthma & Immunology 2001, 86, S. 263-271.

ADAMS, S.C. & WASKEL, S.A.: Comparisons of alcoholics with early and late onset. In: Psychological Reports 1991, 69, S. 837-838.

ADDINGTON-HALL, J. et al.: A randomised trial of postal versus interviewer administration of a questionnaire measuring with, and use of, services received in the year before death. In: Journal of Epidemiology and Community Health 1998, 52, S. 802-807.

ADERHOLD, V. & BOCK, T.: Selbstbefähigung bei der Medikation? *Argumente für einen anderen Umgang mit Psychopharmaka.* In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001, S. 172-195.

ADERHOLD, V. et al. (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen. *Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*, Gießen 2003.

ADERHOLD, V. & GREVE, N.: Was ist »Need-adapted Treatment«? *Das Modell zur bedürfnisangepassten Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen.* In: Soziale Psychiatrie 2004, H.1, S. 4-8.

ADERHOLD, V. & GREVE, N.: Das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell – *Need Adapted Treatment Model.*
URL:http://www.scienceofcomplexity.org/veranstaltungen/mddm_psychose/Aderhold_Greve_NAT_Eval.pdf
[Stand 25.11.2005]

ADERHOLD, V. & GREVE, N.: Was Sie schon immer über die bedürfnisangepasste Behandlung wissen wollten. In: Psychosoziale Umschau 2007a, H.3, S. 12-15.

ADERHOLD, V. & GREVE, N.: Psychotherapeutische Gemeindepsychiatrie – *Was wir von der bedürfnisangepassten Behandlung übernehmen können.* In: Psychosoziale Umschau 2007b, H.4, S. 22-27.

ADERHOLD, V.: Partizipativer Umgang bei der Neuropleptika-Behandlung. Subjektorientierte *kooperative Pharmakotherapie psychotischer Menschen.* In: KNUF, A. / OSTERFELD, M. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung födern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, 5. Aufl., Bonn 2007, S. 183-210.

ADERHOLD, V. & HESS, G.: Einleitung. In: SEIKULA, J. & ARNKIL, T.E., Dialoge im Netzwerk. *Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*, Neumünster 2007, S. 13-20.

ADERHOLD,V. / STASTNY, P. & LEHMANN, P.: Soteria. *Eine alternative psychosoziale Reformbewegung.* In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, 150-165.

ADICKES, E.: Kant und die Als-Ob-Philosophie, Stuttgart 1978.

ADLER, A.: Über den nervösen Charakter. *Grundlagen einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie,* 4. Aufl., Frankfurt/M. 1975

ADLER, A.: Studie über Minderwertigkeit von Organen, Frankfurt/M. 1977.

ADLER, G. et al.: Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2000, 33, S. 210-216.

ADLER, R.: Patientenzufriedenheit in der stationären Suchthilfe. *Konzepte und Realisierung der Bewohnerbefragung in einer soziotherapeutischen Gemeinschaft mit dem QUALITC*. In: Konturen 2002, 23(5), S. 28-31.

ADLER, Y. / RAUCHFLEISCH,U. & MÜLLEJANS, R.: Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1996, 46, S. 321-326.

ADOLPH, H. & HEINEMANN, H.: DZA-Expertenworkshops zur Pflegequalität – *Teil 2: Pflegequalität aus Nutzerperspektive*. In: Informationsdienst Altersfragen 2003, 30, S. 2-4

ADORNO, T.W.: Erziehung zur Mündigkeit.*Vorträge und Gespräche mit Hellmut Becker 1959-1969*, Frankfurt/M. 1969.

ADONO. T.W.: Studien zum autoritären Charakter, Frankfurt/M. 1973.

ADORNO, T.W.: Minima Moralia. *Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Gesammelte Schriften, Bd. 4, Frankfurt/M. 1986a.

ADORNO, T.W.: Negative Dialektik, Gesammelte Schriften, Bd. 6/1, Frankfurt/M. 1986b.

ADORNO, T.W.: Jargon der Eigentlichkeit, Gesammelte Schriften, Bd. 6/2, Frankfurt/M. 1986c.

ADORNO, T.W.: Soziologie und empirische Sozialforschung. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 8: Soziologische Schriften I, Frankfurt/M. 1986a, S. 196-216.

ADORNO, T.W.: Thesen über Bedürfnis. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 8: Soziologische Schriften I, Frankfurt/M. 1986b, S. 392-396.

ADORNO, T.W.: Individuum und Organisation. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 8: Soziologische Schriften I, Frankfurt/M. 1986c, S. 440-456.

ADORNO, T.W.: Zur gegenwärtigen Stellung der empirischen Sozialforschung in Deutschland. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 8: Soziologische Schriften I, Frankfurt/M. 1986d, S. 478-493.

ADORNO, T.W.: Teamwork in der Sozialforschung. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 8: Soziologische Schriften I, Frankfurt/M. 1986e, S. 494-499.

ADORNO, T.W.: Empirische Sozialforschung. In: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 9/2: Soziologische Schriften II, Frankfurt/M. 1986f, S. 327-359.

ADORNO, T.W. & DIERKS, W.: Betriebsklima. *Eine industriesoziologische Untersuchung aus dem Ruhrgebiet*, Frankfurt/M. 1955.

ADORNO, T. W. et al.: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Darmstadt/Neuwied, 8. Aufl., 1980.

ADORNO, T.W. & HORKHEIMER, M.: Dialektik der Aufklärung, Gesammelte Schriften, Bd.3, Frankfurt/M. 1986.

AEBI, E.: Wie wird begleitet? In: AEBI, E. / CIOMPI, L. & HANSEN, H. (Hrsg.), Soteria im Gespräch. *Über eine alternative Schizophreniebehandlung*, Bonn 1993, S. 32-40.

AEBLI, H.: Zur Einführung. In: PIAGET, J., Das Weltbild des Kindes, Frankfurt/M. 1980, S. 8-12.

ÄSOP: Der unzufriedene Pfau. In: Ohne Autor (o.A.), Des kleinen Hugo Fabelschatz. *Zur belehrenden Aufheiterung für Kinder beiderlei Geschlechts*, Berlin 1836, S. 89.

AHARONY, L. & STRASSER, S.: Patient Satisfaction: *What We Know About and What We Still Need to Explore*. In: Medical Care Review 1993, 51, S. 49-79.

AHLMÉN, M. et al.: Rheumatology outcomes: the patient's perspective. *A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients*. In: Rheumatology 2005, 44, S. 105-110.

AHRENS, S.: Arzt-Patienten-Interaktion in der Allgemeinpraxis, Konstanz 1975.

AHRENS, S.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Arzt-Patient-Interaktion in der Allgemeinpraxis. *I. Gesprächszeiten bei Erstberatungen*. In: Der praktische Arzt 1976a, 13, S. 403-410.

AHRENS, S.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Arzt-Patient-Interaktion in der Allgemeinpraxis. *II. Gesprächszeiten bei Beratungen von Langzeitpatienten*. In: Der praktische Arzt 1976b, 13, S. 703-709.

AHRENS, S.: Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten (Teil II). In: Medizinische Psychologie 1981, 7, S. 175-190.

AHRENS, S.: Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 83-112.

AHRENS, S. & ELSNER, H.: Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten (Teil I). In: Medizinische Psychologie 1981, 7, S. 95-109.

AICHLE, G.U.: Qualitätsmanagement in der Anaesthesiologie – *Messung der Patientenzufriedenheit mittels zweier unterschiedlicher Methoden*. Universität Heidelberg 2001.

AITKENSWAN, J. & EASSON, E.C.: Reactions of Cancer Patients on being told their diagnosis. In: British Medical Journal 1959, S. 779-783.

AKKERBOOM, H.: Labor für die Entwicklung und den Test von Erhebungsinstrumenten. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 66-71.

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken, Bonn 1996.

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 1, Bonn 2001a.

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001b.

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. / SCHMIDT-ZADEL, R. & KUNZE, H. (Hrsg.): Mit und ohne Bett: *personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*, Bonn 2002.

ALANEN, Y.O. / RÄKKÖLÄINEN, V. & LAAKSO, J.: Krankheitsmodelle bei der Schizophrenie und die Bedürfnisangemessenheit der Behandlung. In: Der Nervenarzt 1982, 53, S. 150-153.

ALANEN, Y.O.: Schizophrenie und Psychotherapie. *Die Behandlung schizophrener Störungen mit einer Kombination aus systemischer und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie.* In: Psychotherapeut 2000, 45, S. 214-222.

ALANEN, Y.O.: Schizophrenie. *Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung,* Stuttgart 2001.

ALBERS, H.-J.: Pädagogische Aspekte der Arbeitszufriedenheit. In: Die Deutsche Berufs- und Fachschule 1975, 71, S. 481-489.

ALBERS, H.-J.: Das Betriebsklima. *Begriff, Determinanten und Bedeutung.* In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1980, 34, S. 142-148.

ALBERS, H.-J.: Arbeitszufriedenheit. In: MAY, H. (Hrsg.), Handbuch zur ökonomischen Bildung, 2. Aufl., München und Wien 1993, S. 161-172.

ALBERT, H.: Das Prinzip der zureichenden Begründung und das Münchhausen-Trilemma. In: Ders., Traktat über kritische Vernunft, Tübingen 1991, 13-18.

ALBERT, H.: Theorie und Prognose in den Sozialwissenschaften. In: TOPITSCH, H. (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 8. Aufl., Köln 1972a, 126-143.

ALBERT, H.: Modell-Platonismus. Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. In: TOPITSCH, H. (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, 8. Aufl., Köln 1972b, 406-434.

ALBERT, H.: Der Mythos der totalen Vernunft. In: ADORNO, T. W. et al. (Hrsg.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie, Darmstadt/Neuwied, 8. Aufl., 1980.

ALBERT, M.: Soziale Arbeit im Wandel. *Professionelle Identität zwischen Ökonomisierung und ethischer Verantwortung,* Hamburg 2006.

ALBERT, S.: Temporal comparison theory. In: Psychological Review 1977, 84, S. 485-503.

ALBIN, C. et al.: Die Entwicklung einer Kurzversion (U-Bogen-24) des Unischerheitsfragebogens von Ullrich und Ullrich de Muynck. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2006, 56, S. 118-127.

ALBRECHT, B.: Drogenselbsthilfegemeinschaft Synanon. *Eine Alternative zur professionellen Suchthilfe?* In: Deutsches Ärzteblatt 1999, 33, A761-A762.

ALBRECHT, K.: Wie die Personenzentrierung in die Praxis kommt. In: Kerbe 2003, H. 3, S. 29-31.

ALBRECHT, P.-G.: Leben im Altenheim. *Zur Zufriedenheit Magdeburger Heimbewohnerinnen mit ihrer Lebenssituation*, Frankfurt/M. 1997.

ALBRECHT, P.-G.: Zufriedenheit im Altenpflegeheim. *Aus Sicht von Heimbewohnerinnen*. In: CARIATS-VERBAD MAGDEBURG (Hrsg.), Altenpflege im Dialog – *ein Werkheft*, Hannover 2003, S. 121-141.

ALBRECHT, P.-G. et al.: Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten. In: Soziale Probleme 1995, 1, S. 84-137.

ALBRECHT, P.-G. et al.: Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten. In: BADURA, B. & SIEGRIST, J. (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen, Weinheim 1999, S. 339-361.

ALEMANN, H.v.: Der Forschungsprozess. *Eine Einführung in die Praxis der empirischen Sozialforschung*, Stuttgart 1977.

ALEXANDER, J.: Überraschung. In: Psyche 1969, 23, S. 854-861.

ALEXANDER, L.B. & LUBORSKY, L.: The Penn Helping Alliance Scales. In: GRENNBERG, L.S. & PINSOF, W. (Hrsg.), In the psychotherapeutic process: a research handbook, New York 1986, S. 325-366.

ALINSKY, S.: Leidenschaft für den Nächsten. *Strategien und Methoden der Gemeinwesenarbeit*, Nürnberg 1973.

ALINSKY, S.: Stunde der Radikalen. *Ein praktischer Leitfaden für realistische Radikale*, Nürnberg 1974.

ALINSKY, S.: Anleitung zum Mächtigsein. *Ausgewählte Schriften*, Berlin 1984.

AL-JAAR, K.: Gesundheit und Migration, Münster 2002.

AL-MAILAM, F.F.: The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behaviour: *a survey study*. In: Quality Management in Health Care 2005, 14(2), S. 116-120.

ALLEHOFF, W.: Fragen der Datenerhebung: *Verweigerungsgründe*. In: Interview & Analyse 1980, 7, S. 22-30.

ALLEN, A. & HAYES, J.: Patient satisfaction with telemedicine in a rural clinic. In: American Journal of Public Health 1994, 84, S. 1693.

ALLEN, J.C. & BARTON, G.M.: Patient comments about hospitalization: *implications for change*. In: Comprehensive Psychiatry 1975, 17, S. 631-640.

ALLERBECK, K.: Messniveau und Analyseverfahren – *Das Problem "strittiger Intervallskalen"*. In: Zeitschrift für Soziologie 1978, 7, S. 199-214.

ALLESTREE, R.: Die Kunst der Zufriedenheit, Nürnberg 1675.

ALSBERG, P.: Der Ausbruch aus dem Gefängnis – *zu den Entstehungsbedingungen des Menschen*, Gießen 1975.

ALSTON, W.P.: Emotion und Gefühl. In: KAHLE, G. (Hrsg.), Logik des Herzens. *Die soziale Dimension der Gefühle*, Frankfurt/M.1981, S. 9-33.

ALT, S.J.: Patient satisfaction rates are too high. In: Health Care Strategic Management 1995, 13, S. 2-3.

ALTENHÖNER, T. et al.: Marketing-Orientierung im Bereich Rehabilitation – *Beispiel einer Image-Analyse einer Rehabilitationsklinik für Suchterkrankungen*. In: Rehabilitation 2001, 40, S. 175-179.

ALTHERR, P.: Stationäre Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik: *Äußerungen von Kindern und Eltern gegenüber den einweisenden Ärzten*. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1982, 48, S. 315-321.

ALY, G.: Aktion T4 1939-1945. *Die „Euthanasie"-Zentrale in der Tiergartenstraße 4*, Berlin 1989.

ALZNAUER, B. / LANG, G. & FLICK, U.: Das Bild der Pflege im Fernsehen – *Ergebnisse einer qualitativen Filmanalyse der Krankenhausserie »Für alle Fälle Stefanie«*. In: psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin 2000, 12, S. 184-189.

AMANN, G.: Die Zufriedenheit von Depressiven mit ihrem Sozialen Netzwerk und ihrer Sozialen Unterstützung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990, 19, S. 268-274.

AMMAN, G. / BAUMANN, U. & LEXEL-GARTNER, S.: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung bei männlichen Alkoholikern. In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 369-378.

AMDADY, N. et al.: Surgeons' tone of voice: *A clue to malpractice history*. In: Surgery 2002, 132, S. 5-9.

AMBÜHL, H.: Die Aufnahmebereitschaft des Klienten als zentrales Bindeglied zwischen therapeutischer Tätigkeit und Therapieerfolg. In: SCHULTE, D. (Hrsg.), Therapeutische Entscheidungen, Göttingen 1991, S. 71-87.

AMBÜHL, H.: Was ist therapeutisch an Psychotherapie? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1993, 41 (3), S. 285-303.

AMBÜHL, H. & GRAWE, K.: Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischen Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/innen/en. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1988, 36, S. 308-327.

AMBÜHL, H. & MÜHLMANN, T.: Gefühlsbezogene therapeutische Interventionen, Aufnahmebereitschaft des Klienten und Postsession Outcome. *Eine Einzelfallstudie*. In: Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 1991, 50, S. 248-259.

AMELANG, M. & ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik und Intervention, 3. Aufl., Berlin 2002.

AMENT-RAMBOW, C.: Mitarbeiterorientierung: *Unzufriedenes Personal leistet keine gute Qualität*. In: Krankenhaus Umschau Special 1996, 8, S. 29-34.

AMENT-RAMBOW, C.: Der Patient ist König – oder der Weg zum kundenorientierten Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau 1998, 67, H.3, S. 152-158.

AMENT-RAMBOW, C.: Wer sich beschwert meint es gut. *Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Chance der Verbesserung*. In: Krankenhaus Umschau 1999a, 68, H.4, S. 248-253.

AMENT-RAMBOW, C.: Fehler, und wie man sie vermeidet: *Eine Einführungsstrategie für Qualitätsmanagement*. In: Krankenhaus Umschau 1999b, 68, S. 918-922.

AMENT-RAMBOW, C.: Sind Ihre Mitarbeiter zufrieden? *Befragung als Instrument/Basis der Mitarbeiterzufriedenheit*. In: Krankenhaus Umschau 2001, 70, H.4, S. 264-270.

AMERICAN HEALTH CARE ASSOCIATION: Satisfaction Assessment Questionnaire, Washington 1996.

AMERING, M. et al.: Wissen-genießen-besser leben. *Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung*, Bonn 2002.

AMERING, M. & SCHMOLKE, M.: Hoffnung – Macht – Sinn. *Recovery-Konzepte in der Psychiatrie*. In: Manged Care 2006, 1, S. 20-22.

AMERING, M. & SCHMOLKE, M.: Recovery. *Das Ende der Unheilbarkeit*, Bonn 2007.

AMERING, M. & SCHRANK, B.: „Recovery" in der Psychiatrie. In: Neuropsychiatrie 2007, 21, S. 45-50.

AMHOF, R. et al. Shared Decision Making: *Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen.* URL:http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/GemoHeath_3_05.pdf [Stand 07.08.2007]

AMON, U. et al.: Erhebung der Patientenzufriedenheit in einer interdisziplinären dermatologischen Klinik im Rahmen des Umfassenden Qualitätsmanagements. In: Zeitschrift für Hautkrankheiten 1999, S. 15-25.

AMSTAD, T.: Wie verständlich sind unsere Zeitungen? Zürich 1978.

ANDERS, G.: Die Antiquiertheit des Menschen. *Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*, Bd. 1, München 2002.

ANDERS, G.: Die Antiquiertheit des Menschen. *Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution*, Bd. 2, München 1987.

ANDERS, G.: Der Blick vom Mond. *Reflexionen über Weltraumflüge*, München 1994.

ANDERSEN, S. & BERG, J.E.: The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. In: Addictive Research & Theory 2001, 9, S. 239-251.

ANDERSON, E.W.: Customer Satisfaction and Word of Mouth. In: Journal of Service Research 1998, 1, 5-17.

ANDERSON, E.W.: Customer Satisfaction and Price Tolerance. In: Marketing Letters 1996, 7, S. 265-274.

ANDERSON, L.A. & DEDRICK, R.F.: Development of the trust in physician scale*: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationship*. In: Psychological Reports 1990, 67, S. 1991-1000.

ANDERSON, L.A. & ZIMMERMANN,M.A.: Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: *a study of chronic disease management*. In: Patient Education and Counselling 1993, 20 (1), S. 27-36.

ANDERSON, R.E.: Consumer Dissatisfaction: *The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance*. In: Journal of Marketing Research 1973, 10 (2), S. 38-44.

ANDERSON, T.: Systemisches Denken und systemisches Handeln in Nordnorwegen. *Ein Gespräch mit Tom Anderson*. In: Zeitschrift für systemische Therapie 1987, 5, S. 95-100.

ANDERSON, T.: Das reflektierende Team. *Dialoge und Dialoge über Dialoge*, Dortmund 1990.

ANDERSON, T.: Beziehung, Sprache und Verstehen in reflektierenden Prozessen. In: Systeme 1991, 5, S. 102-111.

ANDERSON, T.: Steigerung der Sensitivität des Therapeuten durch einen gemeinsamen Forschungsprozeß von Klienten und Therapeuten. In: Zeitschrift für systemische Therapie 1997, 15, S. 160-167.

ANDERSON, L.A. & ZIMMERMANN, M.A.: Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: *A Study of chronic disease management*. In: Patient Education and Counselling 1993, 20, 27-36.

ANDERSSON, G.: Kritik und Wissenschaftsgeschichte: *Kuhn, Lakatos' und Feyerabends Kritik des Kritischen Rationalismus*, Tübingen 1988.

ANDREASEN, A.: Personalizing Mail-Questionnaire Correspondence. In: Public Opinion Quarterly 1970, 34, S. 273-277.

ANDREASEN, A.: Consumer Dissatisfaction as a Measure of Market Performance. In: Zeitschrift für Verbraucherpolitik 1977, H.4, S. 311-317.

ANDREASEN, A.: Verbraucherzufriedenheit als Beurteilungsmaßstab für die unternehmerische Marktleistung. In: HANSEN, U. et al. (Hrsg.), Marketing und Verbraucherpolitik, Stuttgart 1982, S. 182-195.

ANDREW, J.M.: Recovery from surgery, with and without preparatory instruction, for three coping styles. In: Journal Personality Social Psychology 1970, 15, S. 223-226.

ANDREW, R.J.: Vom Ursprung des Gesichtsausdrucks. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation. *Forschungsberichte zum Interaktionsgeschehen*, Weinheim und Basel 1979, S. 43-50.

ANDREWS, F.M. & WITHEY, S.B.: Social indicators of well-being. *Americans' perception of life quality*, New York 1976.

ANGER, H.: Befragung und Erhebung. In: GAUMANN, C.F. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Bd. 7: Sozialpsychologie, 1. Halbband, Göttingen 1969, S. 567-617.

ANGERIANUS, H.: Zufriedenheit des Dichters. In: Deutsches Magazin 1796, Band 11, S. 405-406.

ANGERMEYER, M.C. & BOCK, B.: Das soziale Netzwerk Alkoholkranker. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 1984, 34, S. 1-9.

ANGERMEYER, M.C.: Im Dickicht der Journale auf der Suche nach der Psychiatrischen Soziologie. In: Medizin, Mensch und Gesellschaft 1986, 11, S. 127-133.

ANGERMEYER, M.C.: Einstellung der Bevölkerung der BRD zu psychiatrischen Patienten und psychiatrischen Einrichtungen. In: Forum Gesundheitswissenschaften 1991, 1, S. 8-24.

ANGERMEYER, M.C.: Das Bild von der Psychiatrie in der Bevölkerung. *Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den neuen Bundesländern*. In: Psychiatrische Praxis 2000, 27, S. 327-329.

ANGERMEYER, M.C. & MATSCHINGER, H.: Psychisch Kranke: *Gesehen aus zwei verschiedenen Perspektiven*. In: Sozial- und Präventivmedizin 1992, 37, S. 96-102.

ANGERMEYER, M.C. / HELD, T. & GÖRTLER, D.: Pro und Contra: *Psychotherapie und Psychopharmakatherapie im Urteil der Bevölkerung*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1993, 43, S. 286-292.

ANGERMEYER, M. & SIRA, C.S.: Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. *Teil 1: Die Entwicklung im Jahre 1990*. In: Der Nervenarzt 1994a, 65, S. 41-48.

ANGERMEYER, M. & SIRA, C.S.: Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. *Teil 2: Die Entwicklung im Jahre 1991*. In: Der Nervenarzt 1994b, 65, S. 49-56.

ANGERMEYER, M. & MATSCHINGER, H.: Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken. In: Gesundheitswesen 1996, 58, Sonderheft 1, S. 18-24.

ANKELE, M.: Begrenzter Raum. *Das Bett in der Frauenpsychiatrie um 1900*. In: FRANK, M. C. et al. (Hrsg.), Räume. Zeitschrift für Kulturwissenschaften 2009a, 2, S. 17-29.

ANKELE, M.: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. *Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn*, Wien u.a. 2009b.

ANKUTA, G.Y. & ABELES, N.: Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. In: Professional Psychology: Research and Practice 1993, 24, S. 70-74.

ANNIS, H.M. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In: MILLER, W.R. & HEATHER, N. (Hrsg.), Treating addictive behaviours: *Process of change*, New York 1986, S. 407-432.

ANNIS, H.M.: Relapse to substance abuse: *empirical findings with cognitive-social learning approach*. In: Journal of Psychoactive Drugs 1990, 22, S. 117-124.

ANNIS, H.M. / GRAHAM, J.M. & DAVIS, C.S.: Inventory of Drinking Situations (IDS): *User's guide,* Toronto 1987.

ANNIS, H.M. & DAVIS, C.S.: Relapse prevention training: *a cognitive-behavioural approach based on self-efficacy theory*. In: Journal of Chemical Dependency Treatment 1989a, 2, S. 81-103.

ANONYM: Daß die Forderung des Christenthums, Zufriedenheit und Freude im Leiden zu beweisen, der Natur menschlicher Seelen nicht zuwider sei. In: Beiträge zur Beruhigung und Aufklärung 1792, 3. Bd., S. 272-322.

ANSELM, R.: Partner oder Person? *Leistungskraft und Grenzen eines Paradigmas.* In: In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003, S. 26-33.

ANTONOVSKY, A.: Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung. In: FRANKE, A. & BRODA, M. (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit: *Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept,* Tübingen 1993, S. 3-14.

ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen 1997.

ANTONS, K.: Über Normen und Wertvorstellungen für die Arbeit mit Gruppen. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1977, 12, S. 214-22.

ANTONS, K.: Persönlichkeitsmerkmale des Süchtigen – Ursachen oder Folgen. In: KEUP, W. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, Weinheim 1983.

ANTONS, K. & SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. I / II, Göttingen 1976.

ANZENBACHER, A.: Einführung in die Philosophie, Freiburg 1999.

AOK-GELSENKIRCHEN: Patientenbefragung. *Gute Noten für Gelsenkirchener Krankenhäuser.* In: Die Ortskrankenkasse 1993, 10, S. 355-356.

APPLEBAUM, R.K. / STRAKER, J.K. & GERON, S.M.: Patientenzufriedenheit. *Benennen, bestimmen, beurteilen*, Bern 2004.

APOSTLE, D. & ORDER, F.: Factors that influence the publics' view of the crisis on medical care. In: Journal of the American Medical Association 1967, 202, S. 140-146.

APPELIUS, J.W.: Die Zufriedenheit des menschlichen Gemüths, als den vortheilhaftesten Zustand eines vernünftigen Christen, Leipzig 1738.

AQUINO, T.v.: Summe der Theologie. *Dritter Band: Der Mensch und das Heil*, Stuttgart 1954.

ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (Hrsg.): Kommunikative Sozialforschung, München 1976.

ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd.1: *Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie.* Bd.2: *Ethnotheorie und Ethnographie des Sprechens*, 5. Aufl., Opladen 1980.

ARBEITSGRUPPE „Humanes Krankenhaus": Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus. *Analysen und Maßnahmen*, Hamburg 1979.

ARBEITSKREIS »*Leben lernen mit Krankheit und Behinderung*«: Patienten erforschen ihre Wünsche an Ärztinnen/Ärzte, Hamburg 1993.

ARENDT, H.: Alkoholismus. *Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*, Weinheim 1994.

ARENDT, H.: Von der Menschlichkeit in finsteren Zeiten. *Rede über Lessing*, München 1960.

ARENDT, H.: Macht und Gewalt, 15. Aufl., München 2003.

ARENDT, H.: Vita activa oder Vom tätigen Leben, 4. Aufl., München 2006.

ARGYLE, M.: Die Sprache der Augen. In: Psychologie heute 1980, 1, S. 21-27.

ARGYLE, M.: The Psychology of Happiness, London 2001.

ARGYLE, M.: Körpersprache & Kommunikation. *Das Handbuch zur nonverbalen Kommunikation*, 9. Aufl., Paderborn 2005.

ARISTOTELES: Physiogomik. In: Ders., Schriften zur Naturphilosophie. *3 Band: Kleine Abhandlungen über die Seele*, Stuttgart 1847, S. 330-362.

ARMINGER, G.: Faktorenanalyse, Stuttgart 1979.

ARMSTRONG, D.: The patient's view. In: Social Science & Medicine 1984, 18, S. 737-744.

ARMSTRONG, D.: What do patients want? *Someone who will hear their questions*. In: British Medical Journal 1991, 303, S. 261-262.

ARNDT, J.: Mund-zu-Mund-Werbung. In: SPECHT, K.G. & WISWEDE, G. (Hrsg.), Marketing-Soziologie. *Soziale Interaktionen als Determinanten des Marktverhaltens*, Berlin 1976, S. 269-273.

ARNDT, R. & ASCHERMANN, E.: Geschlechtsspezifische Behandlungswünsche von Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: JUNGLAS, J. (Hrsg.), Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie, Bonn 2005, S. 83-91.

ARNOLD, H.J. / FELDMAN, D.C. & PURBHOO, M.: The role of social-desirability response bias in turnover research. In: Academy of Management Journal 1985, 28, S. 955-966.

ARNOLD, K. & LANG, E.: Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung, Hamburg 1994.

ARNOLD, K. & LANG, E.: Zufrieden mit der Arzt-Patient-Beziehung? *Die meisten sagen: Ja! Umfrage bei Patienten ergab positives Ergebnis*. In: Praktische Arzt 1995, 32(6), S. 51-56.

ARNOLD, K. & LANG, E. (Hrsg.): Die Patient-Arzt-Beziehung im Wandel, Stuttgart 1996, S. 137-150.

ARNOLD, M.: Gesundheitsforschung: *Inhalt und Ziele eines Faches am Schnittpunkt von Ökonomie, Medizin, Politik und Ethik*. In: Gesundheitswesen 2003, 65, S. 424-431.

ARNOLD, U.: Wieso Kundenzufriedenheit – immer noch? In: Marktforschung & Management 1998, 20, S. 126-127.

ARIMOND, J.-P. & KAMMER, D.: Existenzielle Frustration, Wertangleichung und Depressivität als Prädikatoren von Therapieverlaufbeurteilung und Therapieabbruch bei stationärer Alkoholismusbehandlung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1993, 22, S. 276-290.

ARON, R.: Die industrielle Gesellschaft, Frankfurt/M. 1964.

ARZHEIMER, K. & KLEIN, M.: Die Wirkung materieller Incentives auf den Rücklauf einer schriftlichen Panelbefragung. In: ZA-Informationen 1998, 43, S. 6-31.

ARONSON, E. / WILSON, T.D. & AKERT, R.M.: Sozialpsychologie, 4. Aufl., München 2002.

ARONSON, H. & OVERALL, B.: Treatment expectations of patient in two social classes. In: Social work 1966, 11, S. 35-44.

ARORA, N.K. & MCHORNEY, C.A.: Patient preferences for medical decision making. *Who really wants to participate?* In: Medical Care 2000, 38, S. 335-341.

ACHOFF, R. & SCHABACKER, M.: Stationäre Heilverfahren: *Subjektive Einschätzung von Gesundheitszustand und Kurerfolg*. In: Medizinische Welt 1977, 28, S. 963-966.

ASCH, S.E.: Forming impressions of personality. In: Journal of Abnormal and Social Psychology 1946, 41, S. 258-290.

ASCH, S.E.: Änderungen und Verzerrungen von Urteilen durch Gruppendruck. In: IRLE, M. (Hrsg.), Texte aus der experimentellen Sozialpsychologie, Berlin 1969, S. 57-73.

ASPENDORPF, J.: Lassen sich emotionale Qualitäten im Verhalten unterscheiden? *Empirische Befunde und ein Dilemma*. In: Psychologische Rundschau 1984, 35, S. 125-135.

ASUBONTENG, P. / MCCLEARY, K.J. & SWAN, J.E.: SERVQUAL revisited: *a critical review of service quality*. In: Journal of Service Marketing 1996, 10, S. 62-81.

ATKINSON, M.J. & CALSWELL, L.: The differencial effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. In: Journal of Affective Disorders 1997, 44, S. 169-175.

ATTESLANDER, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 4. Aufl., Berlin und New York 1975.

ATTESLANDER, P. & KNEUBÜHLER, H.U.: Verzerrungen im Interview. *Zu einer Feldtheorie der Befragung*, Opladen 1975.

ATTKISSON, C.C. & ZWICK, R.: The Client Satisfaction Questionnaire. *Psychometric Properties and Correlation with Service Utilization and Psychotherapy Outcome*. In: Evaluation and Program Planning 1982, 5, S. 223-237.

ATTKISSON, C.C. / ROBERTS, R.E. & PASCOE, G.C.: The Evaluating Ranking Scale: *Clarification of Methodological and Procedural Issues*. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 349-358.

ATTKISON, M.J. & CALDWELL, L.: The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. In: Journal of affective disorders 1997, 44, S. 169-175.

AUER, R.-I.: Modernisierung im Krankenhaus. *Eine mikropolitische Analyse*, Konstanz 2005.

AUERBACH, P.: Die psychiatrische Krankenbehandlung auf dem Weg zur Patientinnen- und Patientenorientierung. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001, S. 74-76.

AUERSWALD, U.: Wie viel aufgeklärte Patienten verträgt ein Arzt?. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 2000, 6, , S. 79-80.

AUFENANGER, J.: Das Lachen der Verzweifelung. *Grabbe. Ein Leben*, Frankfurt/M. 2001.

AUGUSTINUS, A.: Confessions – Bekenntnisse, 3. Aufl., München 1985.

AUHAGEN, A.E. (Hrsg.): Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004a.

AUHAGEN, A.E.: Das Positive mehren. *Herausforderungen für die Positive Psychologie*. In: Dies. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004b, S. 1-15.

AUHAGEN, A.E.: Zentrale Lebensthemen als Schlüssel zu einem positiven Leben. In: Dies. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004c, S. 190-195.

AUHAGEN, A.E.: Das Positive mehren – *Was ist und was will die Positive Psychologie?* In: Psychologie heute 2004d, 12, S. 48-52.

AUHAGEN, A.E. & VON SALISCH,M. (Hrsg.), Zwischenmenschliche Beziehungen, Göttingen 1993.

AUST, B.: Zufriedene Patienten? *Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1994.

AVIS, M. / BOND, M. & ARTHUR, A.: Satisfaction solutions? *A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction*. In: Journal of Advanced Nursing 1995, 22, S. 316-322.

AYME, J.: Die "Psychothérapie institutionelle". In: Pro Mente Sana 1993, H.1, S. 15-17.

AYME, J.: Institutionelle Psychotherapie – *Geschichte, Entwicklung und Gegenwart*. In: KRISOR, M. (Hrsg.), Dem Menschen begegnen – zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie. *Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*, Regensburg 1994, S. 31-52.

BABAKUS, E. & MANGOLD, W.G.: Adapting the SERVQUAL scale to hospital service: *An empirical investigation*. In: Health services research 1992, 26, S. 767-786.

BABERG, H.T. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. In: Gesundheitswesen 2001, 63, S. 297-301.

BACH, M. et al.: Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1996, 46, S. 23-28.

BACHELARD, G.: Die Bildung des wissenschaftlichen Geistes. *Beitrag zu einer Psychoanalyse der objektiven Erkenntnis*, Frankfurt/M. 1984.

BACHELARD, G.: Poetik des Raumes, 7. Aufl., Frankfurt/M. 2003.

BACHMANN, I.: Ihr glücklichen Augen. *Georg Groddeck in memoriam*. In: Dies., Sämtliche Erzählungen, München 1988, S. 354-372.

BACHER, M.: Der unzufriedene Patient, Münster 1987.

BACHERE, R.: The voice of the hospitalized. In: Tech Hosp Med Soc Sanit 1951, 6, H. 64, S. 33-37 (französicher Artikel)

BACHTIN, M. M.: Literatur und Karneval. *Zur Romantheorie und Lachkultur*, München 1969

BACHTIN, M. M.: Probleme der Poetik Dostojewskijs, München 1971.

BACHTIN,M. M.: Die Ästhetik des Wortes, Frankfurt/M. 2005.

BACKHAUS, K. et al.: Multivariate Analysemethoden. *Eine anwendungsorientierte Einführung*, 10. Aufl., Berlin 2003.

BACKHAUS-MAUL, H. & OLK, T.: Von der Subsidiarität zum "contracting out". *Zum Wandel der Beziehungen zwischen Staat und Verbänden in der Sozialpolitik*. In: STREECK, W. (Hrsg.), Verbände und Staat, Opladen 1994, S. 101-134.

BACON, F.: Über den Neid. In: Ders., Essays oder praktische und moralische Ratschläge, Stuttgart 1986.

BACON, F.: Neu-Atlantis. In: GRASSI, E. (Hrsg.), Der utopische Staat. Morus: *Utopia* ; Campanella: *Sonnenstaat* ; Bacon: *Neu-Atlantis*, 28. Aufl., Reinbek 2005, S. 171-215.

BADER, J.-P. et al.: Muskelkraft und Gangcharakteristika depressiver Menschen. In: Der Nervenarzt 1999, 70, S. 613-619.

BADER, K. / ELSTER, C. & LUDWIG, B. (Hrsg.).: Zu Hause sein im Fragen. *Ein ungewöhnlicher Forschungsbericht*, Neumünster 2006.

BAECKER, D.: Postheroisches Management. *Ein Vademecum*, Berlin 1994.

BAECKER, D.: Organisation als System: Aufsätze, Frankfurt/M. 2000.

BAECKER, D.: Die Form des Unternehmens, Frankfurt/M. 2004.

BAECKER, D.: Zur Krankenbehandlung im Krankenhaus. In: SAAKE, I. & VOGD, W. (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin: Studien zu Problemen der organisierten Medizin, Wiesbaden 2007a, S. 39-62.

BAECKER, D.: Organisation und Management, Frankfurt/M. 2007b.

BAECKER, D.: Management als Störung im System. In: PIAS, C. (Hrsg.), Abwehr: *Modelle, Strategien, Medien*. Bielefeld 2009, S. 101-133.

BAECKER, D. & KLUGE, A.: Vom Nutzen ungelöster Probleme, Berlin 2003.

BÄHR, K. & VAN ACKERN, K.: Kundenorientierung als Strategiefaktor für das Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 1999, 4, S. 217-222.

BADOS, A. / BALAGUER, G. & SALDANA, C.: The effect of kognitiv-behavioral therapy and the problem of drop-out. In: Journal of Clinical Psychology 2007, 63, S. 585-592.

BADURA, B. et al. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, München 1993.

BADURA, B. et al.: Leben mit dem Herzinfarkt. *Eine sozialepidemiologische Studie*, Berlin 1987.

BADURA, B.: Patientenorientierung ohne Patientenbeteiligung? In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2005, 6, 25-29.

BADURA, B.: Evaluation und Qualitätsberichtserstattung im Gesundheitswesen – *Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben?* In: BADURA, B. & SIEGRIST, J. (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen. *Ansätze und Ergebnisse*, Weinheim 1999, S. 15-44.

BADURA, K. et al.: Estimation of sense of coherence in patients with alcoholic dependence syndrome – *introductory report*. In: Wiadomosci Lekarskie 2000, 53, S. 488-492.

BADURA-MACLEAN, E. & STOLZE, H.: Der „Stuttgarter Bogen" in der Konzentrativen Bewegungstherapie – *Evaluierung und Anwendbarkeit*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1981, 17, S. 96-109.

BÄNNINGER-HUBER, E.: Die Kunst des Lächelns. *Plädoyer für eine differenzierte Betrachtung zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung*. In: psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin 1996, 8, S. 109-119.

BÄNNINGER-HUBER, E.: Warum lächeln wir? In: Psychologie heute 1997, 6, S. 30-34.

BÄNNINGER-HUBER, E.: Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? *Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum*. In: Psychotherapeut 2001, 46, S. 348-352.

BÄNNINGER-HUBER, E. & RAUBER-KAISER, S.: Die Differenzierung verschiedener Lächeltypen: *FACS-Codierung und Einschätzungen. Eine Untersuchung zur Eindrucksbildung*. In: Schweizerische Zeitschrift für Psychologie1989, 48, S. 21-34.

BÄNNINGER-HUBER, E. & SALISCH, M.v.: Die Untersuchung des mimischen Affektausdrucks in face-to-face-Interaktionen. In: Psychologische Rundschau 1994, 45, S. 79-98.

BÄNNINGER-HUBER, E. / JUEN, B. & PEHMAN, D.: Die Rolle des Lächelns in der Psychotherapie. In: HERMER, M. & KLINZING, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie, Tübingen 2004, S. 157-176.

BAEYER, W.v.: Die Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft. In: Der Nervenarzt 1951, 22, S. 457-462.

BAHRS, O. & KLINGENBERG, A.: Die Beurteilung ärztlicher Arbeit durch Teilnehmer von Selbsthilfegruppen. In: SZECSENYI, J. & GERLACH, F.M. (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin, Stuttgart 1995, S. 81-96.

BAIDER, L. / UZIELY, B. & KAPLAN, A.: Impact of perceived behaviour on patient-physician satisfaction. In: Annals of the New York Academy 1997, S. 266-278.

BAIL, J.S.: Ueber Zufriedenheit und Lebens-Glück, Berlin 1820.

BAILOM, F. et al.: Das *Kano*-Modell der Kundenzufriedenheit. In: Marketing ZFP 1996, 2, S. 117-126.

BAKER, J. & CAMERON, M.: The Effects of the Service Environment on Affect and Consumer Perception of Waiting Time: *An Integrative Review and Research Propositions*. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1996, 24, S. 338-349.

BAKER, F. / JORDEY, D. & INTALIATA, J.: Social support and quality of life of community clients. In: Community Mental Health Journal 1992, 28, S. 397-411.

BAKER, R.: Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. In: British Journal of General Practice 1990, 40, S. 487-490.

BAKER, R.: Characteristics of practise, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. In: British Journal of General Practice 1996, 46, S. 601-605.

BAKER, R. & STREATFIELD, J.: What type of general practice do patients prefer? *Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction*. In: British Journal of General Practice 1995, 45, S. 654-659.

BALCK, F.B.: Zufriedenheit in der Zweierbeziehung, Hamburg 1982.

BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Frankfurt/M. 1970.

BALINT, M.: Forschung in der Psychotherapie. In: BALINT, E. & NORELL,J.S. (Hrsg.), Fünf Minuten pro Patient. *Eine Studie über die Interaktion in der ärztlichen Allgemeinpraxis,* Frankfurt/M. 1975, S. 35-57

BALINT, M. / BALL, D.H. & HARE, M.L.: Unterrichtung von Medizinstudenten in patientenzentrierter Medizin. In: Psyche 1969, 23, S. 532-546.

BALKE, A. & HINZ, H.: Der Weg in die psychiatrische Institution (Teil I) – Urteile und Meinungen psychisch Kranker über Psychiatrie und psychische Krankheit (Teil II). Tübingen 1974.

BALLA, B.: Soziologie der Knappheit, Stuttgart 1978.

BALLA, B.: Kultur als Daseinssphäre von Knappheitsbewältigung. In: LIPP, W. (Hrsg.), Kulturtypen, Kulturcharaktere. *Träger, Mittler und Stifter von Kultur*, Berlin 1987, S. 241-256.

BALLA, B.: Knappheit als Ursprung sozialen Handelns, Hamburg 2005.

BALOG, J.: "In ihrer Zufriedenheit haben Tiere uns einiges voraus". In: Greenpeace magazin. URL:http://www.greenpeace-magazin.de/index.php?id=3343 [Stand 15. September 2008]

BALTES, P.B. & BALTES, M.M.: Erfolgreiches Altern: *Mehr Jahre und mehr Leben*. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1989, 2, S. 5-10.

BALTES, P.B. & BALTES, M.M.: Successful aging. *Perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge 1990.

BALTES, P.B. & SMITH, J.: Weisheit und Weisheitsentwicklung: *Prolegeomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie*. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1990, 22, S. 95-135.

BALZ, M. / DIMROTH, G. & MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B.: Wie beurteilen stationäre Patienten ihre Behandlungsangebote in der Klinik? In: Psycho 1983, 9, S. 358-360.

BALZ, M.: Wie beurteilen stationäre Patienten die Therapieangebote einer psychiatrischen Klinik? Berlin 1984.

BALZAC, H.: Die Kunst, seine Schulden zu bezahlen *und* Eine Theorie des Ganges, München 1969.

BANKS, M.: Visuel methods in social research, London 2001.

BANDEMER, S. van: König Kunde kennen lernen. *Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 KundInnen ambulanter Pflegedienste in Gelsenkirchen*. In: Häusliche Pflege 1997, 6, S. 10-16.

BANDURA, A.: Self efficacy mechanism in human agency. In: American Psychologist 1982, 37, S. 122-147.

BANDURA, A.: Human Agency in Social Cognitive Theory. In: American Psychologist 1989, 44, S. 1175-1184.

BANDURA, A. et al.: Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1985, 53, S. 406-414.

BANNISTER, D. & FRANSELLA, F.: Der Mensch als Forscher (Inquiring Man). *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*, Münster 1981.

BARAHAL, G. / BRAMMER, L.M. & SHOSTROM, E.: A client-centred approach to educational-vocational counselling. In: Journal of Consulting Psychology 1950, 14, S. 256-260.

BARBAULD, A. & MOLLER, A.: Gegen das Widersprechende in unseren Erwartungen und Wünschen. In: Hannoverisches Magazin 1777, 15, S. 433-446.

BARBER, J.G. & CRISP, B.R.: Social support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. In: Research on Social Work Practice 1995, 5, S. 283-296.

BARETT-LENNARD, G.T.: Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. In: Psychological Monographs 1962, 76 (43, Whole No. 562).

BARGHAAN, D. et al.: Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie. *Eine kontrollierte Interviewstudie zu Verlauf, Motiven und Behandlungsergebnis*. In: Psychotherapeut 2005, 50, S. 16-24.

BARKER, D.A. et al.: Patient's views toward care received from psychiatrics. In: British Journal Psychiatry 1996, 168, S. 641-646.

BARKER, D.A. & ORELL, M.W.: The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: *a reliability and validity study*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999, 7, S. 1-5.

BARKLEY, W.M. & FURSE, D.H.: Changing priorities for improvement: *the impact of low response rate in patient satisfaction*. In: Joint Commission Journal on Quality Improvement 1996, 22, S. 427-433.

BARKOWSKI, U.: Krankheitskonzept und Zufriedenheit in der ambulanten Behandlung: *eine Befragung schizophrener Patienten*, Lübeck 1990.

BARLETT, E.E. et al.: The effects of physician communication skills on patients satisfaction, recall, and adherence. In: Journal of Chronic Diseases 1984, 37, S. 755-764.

BARLOW, J. & KIRBY, N.: Residential satisfaction of persons with intellectual disability living in an institution or in the community. In: Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities 1991, 17, S. 7-23.

BARLOW, J. & MØLLER, C.: Eine Beschwerde ist ein Geschenk. *Der Kunde als Consulant*, Frankfurt/M.2003.

BARRET, G.: Introduction: *Symposium 'Research models of the future for industrial and organizational psychology'*. In: Personnel Psychology 1972, 26, S. 1-17.

BARRETT-LENNARD, G.J.: Dimensions of the client's experience of his therapist associated with personality change. In: General Psychology Monographs 1962a, 76, No. 43.

BARRETT-LENNARD, G.J.: Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. In: Psychological Monographs 1962b, 76, Whole Nr. 562.

BARNES, E.: Menschliche Konflikte im Krankenhaus, Stuttgart 1963.

BARNES, M.: Meine Reise durch den Wahnsinn. *Aufgezeichnet von Mary Barnes und kommentiert von ihrem Psychiater Berke*, München 1973.

BARNES, G.E.: Characteristics of the clinical alcoholic personality. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1980, 41, S. 894.

BARTA, T.: PR und Werbung für das Krankenhaus – rechtliche Grenzen. In: Das Krankenhaus 1989, 1, S. 12-15.

BARTH, D.: Wissen ist Macht. *Von der Ohnmacht der Patienten*. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 2000. 6, S. 77-78.

BARTH, J.: Ziele und Behandlungserwartungen von psychisch belasteten und depressiven Patienten in der kardiologischen Rehabilitation. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2006, 27, S. 280-297.

BARTHELS, M.: Subjektive Theorien über den Alkoholismus. *Versuch einer verstehend-erklärenden Psychologie des Alkohols*, Münster 1991.

BARTHOLOMEYCZIK, E.: Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. *Teil 1: Methodische Grundlagen*, Berlin 1978.

BARTHOLOMEYCZIK, E.: Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten. *Teil 2: Ergebnisse*, Berlin 1981.

BARTHOLOMEYCZIK, S. & BARTHOLOMEYCZIK, E.: Der Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens. In: GEISSLER, B. & THOMA, P. (Hrsg.), Medizinsoziologie, Frankfurt/M. 1975, S. 247-263.

BAROLIN, G.S.: Patientenmeinungen. *Überlegungen anhand einer Patientenbefragung.* In: Österreichische Ärztezeitung 1985, 40, H. 11, S. 47-53.

BAROLIN, G.S.: Gibt es Hospitalismusphänomene im Rehabilitationsprozess? In: Die Rehabilitation 1997, 36, S. 51-55.

BARTLETT, E.E. et al.: The effects pf physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence. In: Journal of chronic diseases 1984, 37, S. 755-764.

BARTMANN, U.: Joggen als therapeutische Technik bei so genannten depravierten Alkoholikern. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1992, 15, S. 47-50.

BARTMANN, U.: Wenn Patienten Laufen gehen. Laufen mit Psychiatriepatienten. In: LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg.), Wie gesund sind Kranke? Göttingen 1994, S. 211-215.

BARTMANN, U.: Laufen und Joggen für die Psyche. *Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit*, 5. Aufl., Tübingen 2009.

BARTMANN, U. & KATZFEY, A.: Laufen gegen Sucht. *Dauerlauf als Therapie bei der Rehabilitation eines Alkoholabhängigen.* Ein Fallbericht. In: SuchtReport 1994, 6, S. 54-55.

BARTON, R.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. *Ursachen, Behandlung, Prävention.* In: FINZEN, A. (Hrsg.), Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. *Ursachen, Behandlung, Prävention.* München 1974, S. 11-79.

BASAGLIA: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. *Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*, Frankfurt/M. 1971.

BASAGLIA, F. (Hrsg.): Was ist Psychiatrie?, Frankfurt/M. 1974.

BASAGLIA, F. Vorwort zur deutschen Ausgaben. In: SCABIA, G.: Das große Theater des Marco Cavallo. *Phantasiearbeit in der Psychiatrischen Klinik Triest*, Frankfurt/M. 1979, S. 7-10.

BASAGLIA, F.: „Menschenrechte für die Gulags im Westen". *Der italienische Reform-Psychiater Franco Basaglia über die Öffnung der Irrenhäuser.* In: Der Spiegel 1980a, Nr. 15, S. 252-260.

BASAGLIA, F. (Hrsg.): Befriedungsverbrechen: *über die Dienstbarkeit der Intellektuellen*, Frankfurt/M. 1980b.

BASAGLIA, F.: Die Entscheidung des Psychiaters. *Bilanz eines Lebenswerks*, Bonn 2002.

BASEDOW, J.B.: Zur Christlichen Besserung und Zufriedenheit in vornehmen Ständen, Leipzig 1782.

BASHUR, R.L. / METZERN, C.A. & WORDEN, C.: Consumer satisfaction with group practice. In: American Journal of Public Health 1967, 57, S. 1991-1999.

BASLER, H.-D. et al.: Medizinische Psychologie II. *Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin,* Mainz 1978.

BASLER, H.D.: Wissenschaftstheoretische Aspekte der Krankheitsmodelle. In: Ders. (Hrsg.), Medizinische Psychologie II. *Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin*, Stuttgart 1978, S. 168.

BASLER, H.-D. & KEIL, S.: (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. *Marburger Forum zur Gerontologie, Band 6,* Grafschaft 2002.

BASSLER, M. & HOFFMAN, S.O.: Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1993, 43, S. 325-332.

BASSLER, M.: Evaluation der differentiellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. *Eine Studie zum Therapieerfolg mit 1-Jahres-Katamnese bei 295 stationär behandelten Patienten*, Mainz 1995.

BASSLER, M. / POTRATZ, B. & KRAUTHAUSER, H.: Der „Helping Alliance Questionaire" (HAQ) von Luborsky. *Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie.* In: Psychotherapeut 1995, 40, S. 23-32.

BASSLER, M.: HAQ. *Helping Alliance Questionnaire.* In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002a, S. 187-190.

BATAILLE, G.: Das obszöne Werk, 21. Aufl. Reinbeck 1977.

BATES, A.S. et al.: Dimensions and correlations of physician work satisfaction in a midwestern city. In: Medical Care 1998, 36, S. 610-617.

BATESON, C.D. et al.: Generality of the 'Glow of Goodwill': *Effects of Mood on Helping and Information Acquisition.* In: Social Psychology Quarterly 1979, 42, S. 176-179.

BATESON, G.: Die Kybernetik des »Selbst«: *Eine Theorie des Alkoholismus.* In: DERS, Ökologie des Geistes. *Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*, Frankfurt/M. 1985, S. 400-435.

BATTEGAY, R.: Der Mensch in der Gruppe. *Band 1: Sozialpsychologische und dynamische Aspekte*, Bern 1973.

BEAUCHEMIN, K.M. & HAYS, P.: Sunny hospital rooms expedite recovery from servere and refractory depressions. In: Journal of Affective Disorders 1996, 40, S. 49-51.

BAUER, A. & GRÖNING, K.: Institutionskonzepte in der Supervision. In: Dies. (Hrsg.), Institutionsgeschichten – Institutionsanalysen, Tübingen 1995, S. 17-69.

BAUER, A. & SCHMIDTBAUER, W.: Im Bauch des Wals. *Über das Innenleben von Institutionen*, Berlin 2005.

BAUER, A. & VOLLMANN, J.: Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken. *Eine Übersicht empirischer Untersuchungen.* In: Nervenarzt 2002, 73, S. 1031-1038.

BAUER, C.: Abstinenzzuversicht und Alkoholwirkerwartungen bei Alkoholabhängigen – *Entwicklung über den Behandlungsverlauf und Vorhersage von Abstinenz*, München 2009.

BAUER, H. & FINCK, G.: Objektive und subjektive Versorgungssituation bei Waren des täglichen Bedarfs. *Ein Vergleich auf empirischer Basis am Beispiel von fünf Nürnberger Distrikten*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 1980.

BAUER, H.H. & FREY, V.: Die Zufriedenheit von Krankenhauspatienten. Arbeitspapier Nr. 136 des Instituts für Marktorientierte Unternehmensführung, Mannheim 1998.

BAUER, H.H. & HUBER, F.: Wertorientierte Produktentwicklung auf der Basis des Quality Function Deplyment zur Steigerung der Kundenzufriedenheit: *Ein integrativer Ansatz*. In: Planung und Analyse 1998, Nr. 3, S. 58-63.

BAUER, H.H. / KELLER, T. / HAHN, O.K.: Die Messung der Patientenzufriedenheit. Arbeitspapier Nr. W 59 des Instituts für Marktorientierte Unternehmensführung, Mannheim 2002.

BAUER, J.: Warum ich fühle, was du fühlst. *Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*, München 2007

BAUER, M. & ENGFER, R.: Anmerkungen zur Situation der Psychiatrie in der BRD. In: BAUER, M. / ENGFER, R. & RAPPL, J. (Hrsg.), Psychiatrie-Reform in Europa, Bonn 1911, S. 219-244.

BAUER, M. et al.: Measuring patient satisfaction with anaesthesia: *perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview*. In: Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2001, 45, S. 65-72.

BAUER, P. & HERZOG, B.: Einfluss des Arzt-Patient-Verhältnisses und des Stationsklimas auf den Behandlungsverlauf bei internistisch stationären Patienten, Berlin 1988 (DDR).

BAUER, R.: Personenbezogene soziale Dienstleistungen. *Begriff, Qualität und Zukunft*, Wiesbaden 2001.

BAUER, W. / FRANK, H. & WAGNER-CLARK, R.: AEQ – die deutsche Version des Alcohol-Expectancy Questionnaires für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche: *Reliablität, Validität und konfirmatorische Faktorenanalyse*. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1999, 22, S. 11-19.

BAUDRILLARD, J.: Agonie des Realen, Berlin 1987.

BAUM, E. / PLATT, B. & DONNER-BLAZHOFF, N.: Patientenerwartungen und ärztliches Handeln. *Eine Untersuchung in vier allgemeinärztlichen Praxen*. In: Der gut informierte Arzt – Gazette Médicale 1994, 15, S. 447-451.

BAUM, E. et al.: Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in Allgemeinarztpraxen. In: ARNOLD, K. & LANG, E. (Hrsg.), Die Patient-Arzt-Beziehung im Wandel, Stuttgart 1996a, S. 137-150.

BAUM, E. et al.: Die Wünsche der Patienten. *Was sind die Wünsche unserer Patienten? Und wie nehmen Ärzte diese wahr? Eine Studie aus hausärztlichen Praxen*. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1996b, 72, S. 274-281.

BAUM, O.E. & FELZER, S.B.: Activity in initial interviews with lower-class patients. In: Archives of General Psychiatry 1964, 10, S. 345-353.

BAUM, O.E. et al.: Psychotherapy, dropouts and lower socioeconomic patients. In: American Journal of Orthopsychiatry 1966, 36, S. 629-635.

BAUMGARTEN, S.A. & HENSEL, J.S.: Enhancing the perceived quality of medical service delivery systems. In: SURPRENANT, C. (Hrsg.), Add value to your service, Chicago 1987, 105-110.

BAUMAN, Z.: Wir sind wie Landstreicher. Die Moral im Zeitalter der Beliebigkeit. In: Süddeutsche Zeitung, 16.11.1993.

BAUMAN, Z.: Vom Pilgerer zum Touristen. In: Das Argument 1994, 205, S. 389-408.

BAUMAN, Z.: Moderne und Ambivalenz. *Das Ende der Eindeutigkeit*, Frankfurt/M. 1995a.

BAUMAN, Z.: Zeit des Recycling: *Das Vermeiden des Festgelegt-Seins. Fitness als Ziel.* In: Psychologie und Gesellschaftskritik 1996b, 74, S. 7-24.

BAUMAN, Z.: Flaneure, Spieler und Touristen. *Essays zu postmodernen Lebensformen*, Hamburg 1997.

BAUMAN, Z.: Vom Pilger zum Touristen – Postmoderne Identitätsprojekte. In: KEUPP, H. (Hrsg.), Der Mensch als soziales Wesen, München 1998, S. 295-302.

BAUMAN, Z.: Das Unbehagen in der Postmoderne, Hamburg 1999.

BAUMAN, Z.: Leben in der flüchtigen Moderne, Frankfurt/M. 2007.

BAUMAN, Z.: Leben als Konsum, Hamburg 2009.

BAUMANN, A. / ZAESKE, H. & GAEBEL, W.: Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm: *Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen"*. In: Psychiatrische Praxis 2003, 30, S. 372-378.

BAUMANN, K. / KESSLER, H. & LINDEN, M.: Die Messung von Emotionen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2005, 26, S. 169-197.

BAUMANN, K.: & LINDEN,M.: Weisheitstherapie. In: LINDEN,M. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanuale, 6. Aufl., Heidelberg 2008a, S. 416-422.

BAUMANN, K. & LINDEN, M.: Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. *Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen*, Lengerich 2008b.

BAUMANN, U. / SODEMANN, U. & TOBIEN, H.: Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1980, 1, S. 201-216.

BAUMANN, U. et al.: Zur Frage der Speztifität von Sozialen Netzwerken und Sozialer Unterstützung bei Alkoholikern und Drogenkosumenten – *Eine Pilotstudie*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1987, 16, S. 407-413.

BAUMANN, W. et al.: Patientenzufriedenheit in onkologischen Schwerpunktpraxen. In: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105, H. 50, S. 871-877.

BAMEISTER, V.: Wie erleben Patienten das Stationsklima? *Ein Vergleich tagesklinischer und stationärer Psychotherapie,* Freiburg 2007.

BAUMER, F.: Arthur Schnitzler, Berlin 1992.

BAUMGARTEN, S.A. et al.: Study of Nursing Home: *The Patient as Customer*. In: Proceedings, Fall Conference, American Marketing association 1972, S. 452-456.

BAYER, M.: Subjektive Zufriedenheit im Kontext organisatorischen Wandels und beruflicher Veränderungsprozesse am Beispiel eines ostdeutschen Krankenhauses, Forschungsbericht des Instituts für Soziologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle 2002.

BAYER, M. & JAECK, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus – *Orgaisationsbindung von Mitarbeitern und Zufriedenheit von Patienten*, Halle-Wittenberg 2006.

BEA, F.X. & GÖBEL, E.: Organisation. *Theorie und Gestaltung*, Stuttgart 1999.

BEAUVOIR, S. de: Alle Menschen sind sterblich, Reinbek 1987.

BEAVER, K. et al.: Treatment decision making in woman newly diagnosed with breast cancer. In: Cancer Nurs 1996, 19 (1), S. 8-19.

BECK, A.P.: Gruppenrollen und informelle Gruppenleitung in der Gruppenpsychotherapie. In: TSCHUSCKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 127-131.

BECK, A.T.: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: *kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*, München 1979.

BECK, A.T. et al.: Kognitive Therapie der Sucht, Weinheim 1997.

BECK, A.T. et al.: Kognitive Therapie der Depression, Weinheim 1999.

BECK, S. et al.: Die „Entschuldigungstendenz" – *ein Messinstrument zur Erhöhung der Validität bei Befragungen von Patientinnen mit primärem Mammakarzinom*. In: Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2010, Heft 7.

BECK, U.: Risikogesellschaft. *Auf dem Weg in eine andere Moderne,* Frankfurt/M 1986.

BECK-GERNSHEIM, E.: Vorwort. *Kleine Expedition ins Labor der Gefühle*. In: HOCHSCHILD, A.R., Das gekaufte Herz. *Zur Kommerzialisierung der Gefühle*, Frankfurt/M. 1990, S. 9-23.

BECKER, H.: Der klassische Pretest und seine Techniken. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 28-34.

BECKER, H.: Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung. In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 1984, 34, S. 313-321.

BECKER, H.J. & KÖLLING, H.L.: Schonendes Betrügen. *Ermittlungen zur Frage der Aufklärung bei Geschwulstleiden.* In: Nova Acta Leopoldina 1964, 28, S. 3-19.

BECKER, J.: Der Patientenrat. In: Soziale Psychiatrie 1996, 20 (2), S. 7-9.

BECKER, J.: Der Runde Tisch in der Psychiatrie. *Eine Methode zur Qualitätssicherung und Rehabilitation von »schwierigen« chronisch psychisch Kranken*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2002, H. 1, S. 21-28.

BECKER, K. / LEITNER, N. & SCHULZ, W.: Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluss auf den Behandlungserfolg. In: Psychiatrische Praxis 1986, 13, S. 121-127.

BECKER, M.H. & MAIMAN, L.A.: Strategies for enhancing patient compliance. In: Journal of Community Health 1980, 6, S. 113-135.

BECKER, P.: Theoretische Grundlagen. In: ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.), Wohlbefinden: *Theorie, Empirie, Diagnostik*. München 1991, S. 13-49.

BECKER, P.: Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle, Göttingen 1995.

BECKER, R. & QUINTEN, C.: Persönlichkeistypen und Persönlichkeitsstörungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2003, 32, S. 104-116.

BECKER, S. et al.: Das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht. In: Hochschulforum Pflege 1999, 2(2), S. 15-17.

BECKETT, S.: Warten auf Godot, Frankfurt/M. 1971.

BECKETT, S.: Glückliche Tage. In: Ders., Theaterstücke, Frankfurt/M. 1995.

BECKETT, S.: Murphy, 19. Aufl., Frankfurt/M. 2003.

BECKMAN, H.B. & FRANKEL, R.: The effect of physician behaviour on the collection of data. In: Archives of Internal Medicine 1984, 101, S. 692-696.

BECKMAN, H.B. et al.: The doctor-patient relationship and malpractice: *Lessons from plaintiff depositions*. In: Archives of Internal Medicine 1994, 101, S. 1365-1370.

BECKMANN, C.: Negotiating Qualities – Ist Qualität eine Verhandlungssache? In: Ders. et al. (Hrsg.), Qualität in der Sozialen Arbeit. *Zwischen Nutzerinteressen und Kostenkontrolle,* Wiesbaden 2004, S. 9-31.

BECKMANN, C.: Qualitätsmanagement und Soziale Arbeit, Wiesbaden 2009.

BECKMANN, C. et al. (Hrsg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. *Zwischen Nutzerinteressen und Kostenkontrolle,* Wiesbaden 2004.

BECKMANN, C. & RICHTER, M.: „Qualität" sozialer Dienste aus der Perspektive ihrer Nutzerinnen und Nutzer. *Theoretische und methodische Annäherungen*. In: OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. *Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*, München 2005, S. 132-147.

BECKMANN, D.: Psychologische Determinanten in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1972, 114, S. 133-139.

BECKMANN, D.: Arzt-Patient-Beziehung. In: KEREKJARTO, M.v. (Hrsg.), Medizinische Psychologie, Berlin 1974.

BECKMANN, D. & SCHEER, J.W.: Sozialpsychologie der Arzt-Patient-Beziehung. In: BOCK GEROK & HARTMANN (Hrsg.), Klinik der Gegenwart. *Handbuch der Praktischen Medizin*. Band 10 München 1976.

BEDORF, T.: Die Gerechtigkeit des Dritten. *Konturen eines Problems*. In: NEUMAIER, O. & ZICHY, M. (Hrsg.), Philosophische Perspektiven. *Beiträge zum VIII. Österreichischen Kongress für Philosophie,* Frankfurt/M. 2005, S. 50-55.

BEECH, P. & NORMAN, I.J.: Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: *findings from a small-descriptive study*. In: Journal of Clinical Nursing 1995, 4, S. 117-123.

BEERS, C.W.: Eine Seele die sich wiederfand, Basel 1941.

BEESKOW, W.: Qualität der Versorgung und Versorgungszufriedenheit. *Eine Untersuchung zur Bestimmung des Versorgungsniveaus der Bevölkerung im Bereich der Waren des täglichen Bedarfs*, Frankfurt/M. 1985.

BEGEMANN, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus, München 1976.

BEGEMANN-DEPPE, M.: Sprechverhalten und Thematisierung von Krankheitsinformationen im Rahmen von Stationsvisiten. *Eine empirische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Beziehung im Krankenhaus,* Freiburg 1978.

BEGEMANN-DEPPE, M.: Im Krankenhaus sterben: *Das Problem der Wissenskonstruktion in einer besonderen Situation*. In: BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München 1976, S. 71-89.

BEGEMANN-DEPPE, M. & JACOBI, I.: Gruppenvisite versus Zimmervisite – *Patienten nehmen Stellung*. In: Psychiatrische Praxis 1981, 8, S. 142-146.

BEGEMANN-DEPPE, M. & JACOBI, I.: Visiten auf einer psychiatrischen Station. *Eine empirische Untersuchung über Erfahrungsprozesse im Rahmen struktureller Veränderungen*. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 287-297

BEHRENDT, H. & RUNGGALDIER, K.: Der Rhythmus machts – *Zweite bundesweite Patientenbefragung des Malteser Hilfsdienstes im Rettungsdienst*. In: Notfall & Rettungsmedizin 2006, 9, H. 7, S. 619-625.

BEHRENS, H.D. & WINTER, T.: Entwurzelung – Entpersönlichung – Infantilisierung: *Eine empirische Studie über die psychosoziale Problematik der Hospitalisierung erwachsener Patienten*, Hannover 1979.

BEHRENS, J.: ‚Bedürfnisse' und ‚Zufriedenheiten' als Statussymbole und Anrechte. *Lehren aus einem Panel für Bedürfnistheorie und Planung*. In: HONDRICH, K.O. & VOLLMER, R. (Hrsg.), Bedürfnisse im Wandel. *Theorie, Zeitdiagnose, Forschungsergebnisse*. Opladen 1983, S. 193-244.

BEHRENS, K.C. (Hrsg.): Handbuch der Marktforschung, Wiesbaden 1974.

BEIGELBÖCK, W. & FESELMAYER, S.: Suchtspezifische Attributionsstile des Alkoholkranken und deren therapeutische Relevanz. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1987, 10, S. 85-91.

BELL, D.: Die nachindustrielle Gesellschaft, Frankfurt/M. 1975.

BELL, D.E.: Regret in Decision Making under Uncertaining. In: Operations Research 1982, 30, S. 961-981.

BELL, D.E.: Putting a Premium on Regret. In: Management Science 1985, 31, S. 117-120.

BELLEBAUM, A.: Handlungswert der Soziologie. *Vermittlungs- und Verwertungsproblme*, Meisenheim 1977.

BELLEBAUM, A.: Langeweile, Überdruss und Lebenssinn. *Eine geistesgeschichtliche und kultursoziologische Untersuchung*, Opladen 1990.

BELLEBAUM, A. (Hrsg.): Empirische Glücksforschung. *Eine Bestandsaufnahme*, Konstanz 2002.

BELLEBAUM, A. (Hrsg.): Glück und Zufriedenheit. *Ein Symposion*, Opladen 1992.

BELLEBAUM, A. & BARHEIER, K. (Hrsg.): Lebensqualität. *Ein Konzept für Praxis und Forschung*, Opladen 1994.

BELLEBAUM, A. & MUTH, L. (Hrsg.): Leseglück. *Eine vergessene Erfahrung?*, Opladen 1996.

BELLMANN, M. & SARGES, W.: Verständlichkeitsverbesserungen der Testinstruktion und ihre Auswirkungen auf die Leistung in einem Schulintelligenztest. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1980, 1, S. 137-148.

BELLION, R.: Selbsthilfenetzwerk zur Begleitung in psychotischen Krisen. *Entdeckung des Soteriaprinzips*. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005, H. 4, S. 20-23.

BENDEL, K.: Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pflegedienstleistungen. Forschungsbericht, Berlin 2000.

BENDEL, K. et al.: „Kundenzufriedenheit" bei ambulanten Pflegedienstleistern. *Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument,* Berlin 2000.

BENDER, D. E. et al.: Tell me what you mean by „Si": *perceptions of quality of prenatal care immigrant latina woman.* In: Qualitative Health Research 2001, 11, S. 780-794.

BENDER, W. & BACHMANN, C.: Die therapeutische Gemeinschaft im Psychiatrischen Krankenhaus. *Wie ist die Einstellung der Patienten zu einzelnen Aspekten dieser Therapieform?* In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1980, 15, S. 1-15.

BENECKE, C. & KRAUSE, R.: Initial mimisch-affektives Verhalten und Behandlungszufriedenheit in der Psychotherapie von Patientinnen mit Panikstörungen. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2005, 52, S. 346-359.

BENEDETTI, F. et al.: Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. In: Journal of Affective Disorders 2001, 62, S. 221-223.

BENEDEK, I.: Der vergoldete Käfig. *Erlebnisse aus der Praxis eines Psychiaters*, Gütersloh 1968.

BENGEL, J. / SCHRITTMACHER, R. & WILLMANN, H.: Was erhält den Menschen gesund? *Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Köln 1998.

BENJAMINS, M.R.: Does Religion influence Patient Satisfaction? In: American Journal Health Behaviour 2006, 30, S. 85-90.

BENN, G.: Die Insel. In: Ders., Gehirne, Stuttgart 1974, S. 23-32.

BENN, G.: Wo keine Träne fällt. In: Ders., Gedichte, Stuttgart 1988.

BENN, G.: Der Ptolemäer, Stuttgart 1998.

BENNINGHAUS, H.: Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit. *Reaktionen von Industriearbeitern auf Merkmale ihrer Tätigkeit*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1978, 30, S. 514-547.

BENNINGHAUS, H.: Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse, München 1994.

BENNINGHOFEVEN, D. et al.: Körperschemastörung und interpersonelle Probleme als Prädikatoren für den Erfolg stationärer psychosomatischer Behandlung anorektischer und bulemischer Patientinnen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005, 55, S_008.

BENSING, J.: Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. In: Social Science& Medicine 1991, 32, S. 1301-1310.

BEN-SIRA, Z.: The Function of the Professional's Affective Behaviour in Client Satisfaction: *A Revised Approach to Social Interaction Theory*. In: Journal of Health and Social Behaviour 1976, 17, H.1, S. 3-11.

BEN-SIRA, Z.: Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: *An additional dimension of interaction theory*. In: Journal of Health and Social Behaviour 1980, 21, S. 170-180.

BEN-SIRA, Z.: Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behaviour. In: Social Science & Medicine 1982, 16, H.9, S. 1013-1019.

BEN-SIRA, Z: The structure of a hospital's image. In: Medical Care 1983, 21, H.10, S. 943-953.

BENZ, J.: Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich – *Multivariate Verfahren schaffen Klarheit*. In: Marktforschung & Management 1991, 35, S. 77-82.

BERESFORD, P.: Qualität sozialer Dienstleistungen. Zur zunehmenden Bedeutung von Nutzerbeteiligung. In: BECKMANN, C. et al. (Hrsg.), Qualität in der sozialen Arbeit. *Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle,* Wiesbaden 2004, S. 341-355.

BERG, I. K. & MILLER, S.D.: Kurzeittherapie bei Alkoholproblemen. *Ein lösungsorientierter Ansatz*, Heidelberg 2004.

BERGELT, C. / WELK, H. & KOCH, U.: Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. In: Rehabilitation 2000, 39, S. 338-349.

BERGEMANN, N.: Zur Veränderung des Selbstkonzepts bei Alkoholpatienten im Verlauf der Entwöhnungstherapie. In: MUNDT, C. / LINDEN, M. & BARNETT, W. (Hrsg.), Psychotherapie in der Psychiatrie, Wien u.a. 1997, S. 241-247.

BERGEMANN, N. / ALTSTÖTTER-GLEICH, C. & SCHEURER, H.: Dimensionalität und klinische Validität der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000, 48, S. 377-391.

BERGER, B. & LENZ, M.: Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit.
URL:http://www.ggma.de/PDF/Erhebung_von_Patientenzufriedenheit.pdf
[Stand 20.10.2008]

BERGER, F.: Zur Wirkung unterschiedlicher materieller Incentives in postalischen Befragungen: *Ein Literaturbericht*. In: ZUMA-Nachrichten 2006, 30, S. 81-100.

BERGER, F. et al.: Möglichkeiten zur Optimierung der Rücklaufquote in postalischen Befragungen. *Bericht über die Vorstudie zum Forschungsprojekt LifE*.
URL:http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemilogie/epi/Arbeitsschwer-punkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap-fb.pdf
[Stand 24. Oktober 2005]

BERGER, H.: Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit. *Eine Kritik an Interview und Einstellungsmessung in der Sozialforschung,* 3. Aufl., Königstein 1985.

BERGER, H.: Gesundheitsförderung – *Ein neuer Weg in der Psychiatrie*. In: Psychiatrische Praxis 2003, 30, Supplement 1, S14-S20.

BERGER-SCHMITT, R.: Zur Problematik von Antwortstilen. *Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Zufriedenheitsfragen*. In: Zeitschrift für Soziologie 1988, 17(5), S. 374-381.

BERGER, P.L.: Einladung zur Soziologie. *Eine humanistische Perspektive*, München 1977.

BERGER, P.L. & LUCKMANN, T.: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. *Eine Theorie der Wissenssoziologie*, Frankfurt/M. 1969.

BERGHOFF, L.: Vergleich zweier Gruppen stationärer Patienten bezüglich sozialer Kontakte. *Empirische Untersuchung an den beiden Inneren Kliniken und der psychiatrischen Klinik eines städtischen Krankenhauses*, Ulm 1987.

BERGHOFER, G. et al.: Was erwarten sich psychisch Kranke von ambulanter und stationärer Behandlung? In: Psychiatrische Praxis 2000, 27, S. 228-234.

BERGHOFER, G. et al.: Satisfaction of Inpatients and Outpatients with Staff, Environment, and Other Patients. In: Psychiatric Services 2001, 52, S. 104-106.

BERGHOFER, G. / SCHMIDL, F. & RUDAS, S.: Das Wiener Patientenzufriedenheitsinventar (WPI). *Entwicklung eines Messinstruments zur Patientenzufriedenheit für ambulantpsychiatrische Einrichtungen*. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 2006, 156, S. 189-199.

BERGLEY, E. & LIEBERMANN, L.R.: Patient expectations of therapist's techniques. In: Journal of Clinical Psychology 1970, 26, S. 112-116.

BERGMANN, H.: Determinanten der Kundenerwartungen: *Eine kritische Bestandsaufnahme*, München 2002.

BERGMANN, J. R.: Klatsch. *Zur Sozialform der diskreten Indiskretion*, New York 1987.

BERGNER, T.M.H.: Burnout bei Ärzten. *Arzt sein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe*, Hamburg 2006.

BERINGER, B.: Der Meskalinrausch, Berlin 1927.

BERK, L.E.: Selbstredend denken lernen. In: Psychologie heute 1986, H. 12, S. 28-33.

BERKING, M. / ORTH, U. & LUTZ, W.: Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2006, S. 21-29.

BERKOWITZ, L.: Mood, Self-Awareness, and Willingness to Help. In: Journal of Personality and Social Psychology 1987, 52, S. 721-729.

BERKOWITZ, L. & CONNOR, W.H.: Success, failure, and social responsibility. In: Journal of Personality and Social Psychology 1966, 4, S. 664-669.

BERMEJO, I. / KRISTON, L. & HÄRTNER, M.: Patientenzufriedenheit in der stationären Behandlung depressiver Störungen: *soziodemographische, klinische und behandlungsbezogene Prädiktoren.* In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008, 17, S. 97-105.

BERMEJO, I. / FRIEDRICH, C. & HÄRTER, M.: Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten. *Ergebnisse einer standardisierten Befragung in psychotherapeutischen Praxen.* In: Psychotherapeut 2008, 53, S. 260-267.

BERMEJO, I. et al.: Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? In: Psychiatrische Praxis 2009, 36, S. 279-285

BERNARDI, O. et al.: Psychiatrie mit offenen Türen. *Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung,* Stuttgart 2000.

BERNARDY, J.: Unsere Arbeit hat sich grundlegend verändert. *Erfahrungen mit der personenbezogenen Hilfeplanung in einer Übergangseinrichtung.* In: Psychosoziale Umschau 1997, H. 1, S. 5-6.

BERNAYS, M.: Gladbacher Spinnerei und Weberei. 133 Band der Schriften des Vereins für Socialpolitik, Leipzig 1910.

BERNAYS, M.: Rezension von: *Adolf Levenstein: Die Arbeiterfrage.* In: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 1912, 35, S. 832-835.

BERNER, C.: Aspekte der Qualitätssicherung psychiatrischer Versorgung: *Eine Studie zur Patientenzufriedenheit,* Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz 2001.

BERNHARD-HEGGLIN, A.: Die therapeutische Begegnung. *Verinnerlichung von Ich und Du*, Göttingen 1999.

BERNHARD, T.: Gehen, Frankfurt/M. 1971.

BERNHARD, T.: Der Kulterer. *Eine Filmgeschichte*, Frankfurt/M. 1974.

BERNHARD, T.: Auslöschung. *Ein Zerfall*, Frankfurt/M. 1986.

BERNHARD, T.: Wittgensteins Neffe. *Eine Freundschaft*, Frankfurt/M. 1987.

BERNHARD, T.: Holzfällen. *Eine Erregung*, Frankfurt/M. 1988.

BERNHARD, T.: Der Atem. *Eine Entscheidung*, Salzburg 2004c.

BERNHARD, T.: Die Kälte. *Eine Isolation*, Salzburg 2004d.

BERNHARD, T.: Ein Kind, Salzburg 2004e.

BERNHARD, T.: Ja, Frankfurt/M. 2006.

BERNHARDT, D.: Erstellung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz 1999.

BERNS, G.: Satisfaction. *Warum nur Neues uns glücklich macht*, Frankfurt/M. 2006.

BERRY,L.: Lessons from a Ten-Year Study of Service Quality in America. In: BROOKS, R. (Hrsg.), Customer Satisfaction Research, Amsterdam 1995, S. 43-56.

BERRY, L. & PARASURAMAN, A.: Service Marketing, Frankfurt/M. 1992.

BERTAKIS, K.D.: The communication of information from physician to patient: *A method for increasing patient retention and satisfaction*. In: The Journal of Family Practice 1977, 5, S. 217-222.

BERTAKIS, K.D. / ROTER, D. & PUTNAM, S.M: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. In: Journal of Family Practice 1991, 32, S. 175-181.

BERTAKIS, K.D. et al.: Physician practice style and patient outcomes. In: Medical Care 1998, 36, S. 979-891.

BERTAKIS, K.D. / FRANKS, P. & AZARI, R.: Effects of Physician Gender on Patient Satisfaction. In: Journal of the American Medical Women's Association 2003, 38 (2), S. 69-75.

BERTELSMANN STIFTUNG: Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstranparenz. *Transparenz für Bürger – Transparenz für Ärzte – Politik für Transparenz*, Gütersloh 2007.

BERTH, H. & BRÄHLER, E.: Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB). In: Diagnostica 2003, S. 191-194.

BERTLING, R. & HOYER, J.: Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator im Vergleich zwischen stationärer und tagesklinischer Behandlung. In: Der Nervenarzt 1998, 65, S. 121.

BERSDORF, R. & LEFEBER, C.: "Mein Arzt nimmt mich nicht ernst!" *Aus der Arbeit der Ärztekammer-Beschwerdestelle*. In: Berliner Ärzte 1992, 1, S. 11-14.

BESKE, F.: Das Gemeinschaftsleben im Altersheim: *sozialhygienische Analyse der Existenzbedingungen von Altersheim- und Pflegeheimbewohnern*, Stuttgart 1960.

BESSON, N.A.: Strategische PR-Evaluation. *Erfassung, Bewertung und Kontrolle von Öffentlichkeitsarbeit,* 3. Aufl. Wiesbaden 2008.

BESTMANN, B. et al.: Berufsreport 2003: *Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten*. In: Deutsches Ärzteblatt 2004, 101, A28-A32.

BETHEL, S. & RIDDER, J.: Evaluating nursing practice: Satisfaction at what cost? In: Nursing Management 1994, 25, S. 41-48.

BETTELHEIM, B.: Wege aus dem Labyrinth. *Leben als Therapie*, Frankfurt/M. 1978.

BETTELHEIM, B.: Aufstand gegen die Masse. *Die Chance des Individuums in der modernen Gesellschaft,* 4. Aufl., Frankfurt/M. 2006.

BETZLER, M.: Bedingungen personaler Autonomie. In: BETZLER, M. & GUCKES, B. (Hrsg.), Freiheit und Selbstbestimmung. *Ausgewählte Texte*, Berlin 2001, S. 17-50.

BETZLER, M. & GUCKES, B.: Vorwort. In: BETZLER, M. & GUCKES, B. (Hrsg.), Autonomes Handeln. *Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt*, Berlin 2000, S. 7-8.

BEUEL, C.: Lebensbedeutungen bei alkoholabhängigen Menschen: *Eine empirische Untersuchung mit dem „Fragebogen zu Lebensbedeutungen"*. Trier 2004.

BEULE, W. / MÜLLER, M. & SPICHER, B.: Patientenzufriedenheit: *Die Helsana Studie*, Bern 2004.

BEUMERS, A. & BORGES, P.: Was erwarten niedergelassene Ärzte vom Krankenhaus? *Grundlagen eines zielgruppenorientierten Qualitäts- und Zufriedenheitsmanagementsystems für Krankenhäuser*. In: f&w im Krankenhaus 1997, 14, S. 221-223.

BEUTEL, M. & BLEICHNER, F.: Unzufriedene Patienten. *Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung*. In: Psychotherapeut 1998, 43(6), S. 360-368.

BEUTENMÜLLER, U.: Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik, Tübingen 1972.

BEUTIN, N.: Verfahren zur Messung der Kundenzufriedenheit im Überblick. In: HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 121-169.

BEVERIDGE, A.: Voices of the mad: *patients' letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908*. In: Psychological Medicine 1997, 27, S. 899-908.

BEVERIDGE, A.: Life in the asylum: *patients' letters from Morningside, 1873-1908*. In: History of Psychiatry 1998, 9, S. 431-469.

BIEBER, A.: Entwicklung eines Fragebogens zur Behandlungszufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus, Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück, Osnabrück 2000.

BIEBER, C.: Mit dem Arzt auf gleicher Augenhöhe. In: Managed Care 2007, 2, S. 10-13.

BIEBER, C. et al.: Erfassung der Effekte partnerschaftlicher Beteiligung an der Therapieentscheidung bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 77.

BIEBER, C. et al.: Erfassung der Effekte partnerschaftlicher Beteiligung an der Therapieentscheidung bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten – *Der Patient als Partner im medizinischen Entschei-*

dungsprozess. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess – *Shared decision-making*, Weinheim 2003, S. 203-213.

BIEBER, C. et al.: Partizipative Entscheidungsfindung (PET) mit chronischen Schmerzpatienten – *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 2004, 47, S. 985-991.

BIEBER, C. et al.: Partizipative Entscheidungsfindung als Maßnahme zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion mit Fibromyalgie-Patientinnen. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2006, 15, S. 53-60.

BIEFANG, S. / POTTHOFF,P. & SCHLIEHE, F.: Assesmentverfahren für die Rehabilitation, Göttingen 1999.

BIEKER, R.: Bewährungshilfe im Spiegelbild ihrer Adressaten. *Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. In: Bewährungshilfe 1984, 4, S. 299-314.

BIEKER, R.: Bewährungshilfe aus der Adressatenperspektive. *Sichtweisen, Erfahrungen und Reaktionen der Probanden*, Bonn 1989.

BIEKER, R. & GITH, E.: Die Adressatenperspektive. *Eine empirische Untersuchung zur Genese und Implementation strafrechtlicher Sanktionsnormen am Beispiel der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht*. In: Kriminologisches Journal 1982, 3, S. 205-212.

BIERHOFF, H.W.: Determinanten hilfreichen Verhaltens. In: Psychologische Rundschau 1982, 33, S. 289-304.

BIERHOFF, H.W.: Wie hilfreich ist der Mensch? In: Bild der Wissenschaft 1983, 20 (12), S. 118-126.

BIERHOFF, H.W.: Psychologie hilfreichen Verhaltens, Stuttgart 1990.

BIERHOFF, H.W.: Prozedurale Gerechtigkeit: *Das Wie und Warum der Fairneß*. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1992, 24, S. 163-178.

BIERHOFF, H.W.: Prosoziales Verhalten. In: STROEBE, W. / HEWSTONE, M. & STEPHENSON, G.M. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Eine Einführung*, 2. Auflage, Berlin 1997, S. 400-420.

BIERHOFF, H.W.: Zufriedenheit, Leistungsbereitschaft und Unfairneß in Ost- und Westdeutschland: *Zur psychosozialen Befindlichkeit nach der Wiedervereinigung*. In: SCHMITT, M. & MONTADA, L. (Hrsg.), Gerechtigkeitserleben im wiedervereinigten Deutschland, Opladen 1999, S. 45-66.

BIERHOFF, H.W.: Theorien hilfreichen Verhaltens. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie – *Band II: Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien*, 2. Aufl., Bern 2002, S. 178-197.

BIERHOFF, H.-W.: Relative Deprivation. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 113-117.

BIERHOFF, H.W. & SCHREIBER, C.: Erwartungsbestätigungen durch verfälschte Eindrucksbildung in der sozialen Interaktion. In: SCHÄFER, B. & PETERMANN, F. (Hrsg.), Vorurteile und Einstellungen. *Sozialpsychologische Beiträge zum Problem sozialer Orientierung. Festschrift für Reinhold Bergler*, Köln 1988, S. 251-280.

BIERHOFF, H.-W. & HERNER, M.J.: Begriffswörterbuch Sozialpsychologie, Stuttgart 2002.

BIERMANN, G.: Die Mutter-Kind-Situation im Krankenhaus in aller Welt. *Ein Erfahrungsbericht.* In: Psyche 1967, 21, S. 57-72.

BIERMANN, G.: Die psychologische Situation des Kindes im Krankenhaus. In: OPITZ, H. & SCHMID, F. (Hrsg.), Handbuch der Kinderheilkunde, Berlin u.a. 1969, S. 1014-1027.

BIERMANN, G. & BIERMANN, R.: Die Mutter-Kind-Situation in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland. In: BIERMANN, G. (Hrsg.), Jahrbuch der Psychohygiene, Bd.1, München und Basel 1972.

BIERMANN, G. & BIERMANN, R.: Das kranke Kind und seine Umwelt, München und Basel 1982.

BIERMANN-RATJEN, E.-M. / ECKERT, J. & KLEBER, R.: Vorstellungen von Patienten und Ärzten über die Angemessenheit von stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung. In: Psychiatrische Praxis 1977, 4, S. 243-250.

BIERMANN-RATJEN, E.-M. / ECKERT, J. & SCHWARTZ, H.-J.: Gesprächspsychotherapie. *Verändern durch Verstehen*, Stuttgart 1995.

BIESELT-HUBRAL, D.: Das Krankenhaus macht Kinder krank. In: Psychologie heute 1978, H.2, S. 25-31.

BIETENHOLZ, J.J.: Das unzufriedene Hühnchen, Zürich 1962.

BILLMANN-MAHECHA, E.: Gegenstand, Methoden und Probleme psychologischer Ausdrucksforschung. In: Psychologie und Geschichte 1989, 1, S. 27-36.

BILODEAU, B. & DEGNER, L.: Information needs, sources of information, and decisional roles in woman with breast cancer. In: Oncology Nursing Forum 1996, 23 (4), S. 691-694.

BILZ, R.: Langeweile – *Versuch einer systematischen Darstellung.* In: Ders., Paläoanthropologie I. *Der neue Mensch in der Sicht der Verhaltensforschung,* Frankfurt/M. 1971, S. 241-276.

BINDER, J.: Bewohner geben die Richtung an. In: Altenheim 1998, 6, S. 8-14.

BINDER, J. / SIEBER, M. & ANGST, J.: Verzerrungen bei postalischen Befragungen: *das Problem der Nichtantworter.* In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1979, 1, S. 53-71.

BINDER, W. & BENDER, W. (Hrsg.): Angehörigenarbeit und Trialog. *Auf dem Weg zu einer Trialogischen Psychiatrie*, Köln 2008.

BINDEWALD, J. et al.: Lebensqualität und Sprachverständlichkeit bei Patienten mit Kehlkopfkarzinom – *Relevanz des „Zufriedenheitsparadoxes".* In: Laryngo-Rhino-Otol 2007, 86, S. 426-430.

BINSWANGER, L.: Grundformen und Erkenntnis des menschlichen Daseins, Zürich 1942.

BINSWANGER, L.: Drei Formen missglückten Daseins: *Verstiegenheit, Verschrobenheit, Maniertheit.* Tübingen 1956.

BINSWANGER, L.: Vom anthropologischen Sinn der Verstiegenheit. In: BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.): Medizinischpsychologische Anthropologie, Darmstadt 1980, S. 204-213.

BINSWANGER, M.: Die Tretmühlen des Glücks. *Wir haben immer mehr und werden nicht glücklicher. Was können wir tun?* 3 Aufl., Freiburg 2006.

BION, W.R.: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften, Stuttgart 1971.

BIRNBACHER: Lustempfinden, Wunscherfüllung oder Zufriedenheit? In: Ethik und Unterricht 1999, 4, S. 6-9.

BIRSCHEL, M.: Zur Erhebung von Patientenzufriedenheit in Krankenhäusern – *Wie lässt sich die Höhe der Professionalität der dabei eingesetzten Patientenbefragungen bestimmen und erklären?* Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz 2004.

BISCHOF, F. & ZEITLER, H.-P.: Laienkonzepte, Krankheitsbilder und Therapieerwartungen von Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1997, 73, S. 1019-1023.

BISCHOF, G. & DECK, R.: Fokusgruppen: *Grundlagen und Einsetzbarkeit bei der Entwicklung standardisierter Fragebögen in der Rehabilitationsforschung*. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2002, 58, S. 142-147.

BISCHOFF, C. & HUSEN, E.: Zufriedenheit von Patienten mit ambulanten prästationären Maßnahmen zur Psychosomatischen Rehabilitation. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1999, 49, S. 381-386.

BISWAS-DIENER, R. & DIENER, E.: Making the best of a bad situation: *Satisfaction in the slums of Calcutta*. In: Social Indicators Research 2001, 55, S. 329-352.

BITNER, M.J.: Evaluating Service Encounters: *The Effect of Physical Surroundings and Employee Responses*. In: Journal of Marketing 1990, 54, S. 69-82.

BITNER, M.J.: Servicescapes: *The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees*. In: Journal of Marketing 1992, 56(2), S. 57-71

BITNER, M.J. & HUBBERT, A.R.: Encounter Satisfaction versus Overall Satisfaction versus Quality. In: RUST, R.T. & OLIVER, R.L. (Hrsg.), Service Quality: *New Directions in Theory and Practice*, London 1994, S. 72-94.

BITZER, E.M.: Möglichkeiten und Grenzen von Patientenbefragungen. In: Arzneimittel-Forschung 2002, 52, S. 317-318.

BITZER, E.M. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W.: Focus-Groups als Instrument qualitativer Forschung in Public Health. In: Gesundheitswesen 1994, 56, Abstracts V.

BITZER, E.M. & DIERKS, M.L.: Entwicklung eines Klassifikationssystems patientenseitiger Qualitätskriterien medizinischer Versorgung – *ZAP-Class*. In: Gesundheitswesen 1995, 57, S. 562-563.

BITZER, E.M. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W.: Entwicklung und Validierung eines standardisierten Instruments zur Messung der Patientenzufriedenheit mit der Prozeßqualität in der Arztpraxis – *Erste Ergebnisse*. In: Gesundheitswesen 1997, 59, A52-A53.

BITZER, E.M. et al.: Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – *Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstruments*. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1999, 7(3), S. 196-209.

BITZER, E.M. & DIERKS, M.L.: Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? – *Erhebungsverfahren und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung*. In: Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Baden-Baden 1999, S. 125-184.

BITZER, E.M. et al.: ZAP-Fragebogen – *Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive*.
URL:http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemilogie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap-fb.pdf
[Stand 24. Oktober 2005]

BITZER, E. et al.: Elternzufriedenheit in der Kinder- und Jugendarztpraxis – *Validierung des Kinder-ZAP*. In: Gesundheitswesen 2009, 71.

BJÖRKMAN, T. et al.: What is important in psychiatric outpatient care? *Quality of care from the patient's perspective*. In: International Journal for Quality in Health Care 1995, 7, S. 355-362.

BLANCHARD, C. et al.: Information and decision-making preferences of hospilized adult cancer patients. In: Social Science & Medicine 1988, 27, S. 1139-1145.

BLANCHARD, C. et al.: The impact of oncologists' behaviour on patient satisfaction with morning rounds. In: Cancer 1986, 58, S. 387-393.

BLANCHARD, C. et al.: Physician behaviours, patient perceptions, and patient characteristics as predicators of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. In: Cancer 1990, 65, S. 186-192.

BLANCHFLOWER, D. & OSWALD, A.J.: Well-Being Over Time in Britain and the USA. In: Journal of Public Economics 2003, 88, S. 1359-1386.

BLANCHOT, M.: Warten Vergessen, Frankfurt/M. 1964.

BLANCK, P.D. / ROSENTHAL, R. & VANICELLI, M.: Talking to and about patients: *the therapist's tone of voice*. In: BLANCK, P.D. / BUCK, R. & ROSENTHAL, R. (Hrsg.), Nonverbal communication in the clinical context, Pennsylvania 1986a, S. 99-143.

BLANCK, P.D. / ROSENTHAL, R. & VANICELLI, M.: Therapist's tone of voice: *descriptive, psychometric, interactional, and competence analyses*. In: Journal of Social and Clinical Psychology 1986b, 4, S. 154-178.

BLANCKENBURG, P. von: Berufszufriedenheit und Unbehagen in der Landwirtschaft. In: Soziale Welt 1958, 9, S. 29-45.

BLANKENBURG, W.: Das provokatorische Element im psychiatrischen Gespräch. In: Der Nervenarzt 1975, 46, S. 496-500.

BLANKENBURG, W.: Autonomie- und Heteronomie-Konzepte in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Praxis. In: WERNER, J. (Hrsg.), Psychopathologie und Praxis, Stuttgart 1985, S. 29-46.

BLANKENBURG, W.: ‚Zumuten' und ‚Zumutbarkeit' als Kategorien psychiatrischer Praxis. In: KRISOR, M. & PFANNKUCH, H. (Hrsg.), Was du nicht willst, was man dir tut – *Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten*, Regensburg 1997, S. 21-48.

BLASCHE, J.C.: Die Zufriedenheit eines guten Gewissens zu glücklicher Vollziehung der Amtspflichten, Jena 1754.

BLASIUS, D.: Der verwaltete Wahnsinn. *Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses*, Frankfurt/M. 1980.

BLASIUS, J. & REUBAND, K.-H.: Postalische Befragungen in der empirischen Sozialforschung. *Ausschöpfungsquoten und Antwortqualität*. In: planung & analyse 1996, 1, S. 35-41.

BLECH, J.: Heillose Medizin. *Fragwürdige Therapien und wie Sie sich davor schützen können*, Frankfurt/M. 2005.

BLEICH, C.: Patientenzufriedenheit: *Konzepte, Methoden und Problembereiche*. In: HOEFERT, H.-W. & HÄRTER, M. (Hrsg.), Patientenorientierung im Krankenhaus, Göttingen 2010, S. 275-286.

BLEICH, C. et al.: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich. *Konzepte, Methoden und Probleme*. In: Netz-Nachrichten, Zeitschrift des DNGfK 2004, 7 (2), S. 1-3.

BLEICH, C., PAWILS, S., KOCH, U.: Patientenzufriedenheit: *Abhängigkeit von Alter und Geschlecht*. In: HINZ, A. & DECKER. O (Hrsg.), Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel – *Altersspezifik und Geschlechterrollen*. Gießen 2006, S. 179-199.

BLEICH, C. / NICKEL, S. & TROJAN, A.: Der "Patienten-Monitor" als Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich: *Überprüfung seiner psychometrischen Eignung*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008, 17, S. 81-96.

BLENDON, R.J. et al.: Satisfaction with Health System in ten Nations. In: Health Affairs 1990, 9, S. 185-192.

BLESS, H. & KELLER, J.: Urteilsheuristiken. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 294-300.

BLEULER, E.: Das authistisch-undisziplizierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, 5. Aufl., Berlin 1976.

BLIEM, F. & EGGERT, A.: Kundenbindung – die neue Sollstrategie? In: Marketing ZFP 1998, 20, S. 37-46.

BLIESENER, T.: Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen? In: TSCHAUDER, G. & WEIGAND, E. (Hrsg.), Perspektive textextern. *Akten des 14. linguistischen Kolloquiums Bochum*, Tübingen 1980a, Band 2, S. 27-36.

BLIESENER, T.: Erzählen unerwünscht. *Erzählversuche von Patienten in der Visite*. In: EHLICH, K. (Hrsg.), Erzählen im Alltag, Frankfurt/M. 1980b, S. 27-36.

BLIESENER, T.: Die Visite ein verhinderter Dialog. *Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal*, Tübingen 1982.

BLIESNER, T. & KÖHLE, K.: Die ärztliche Visite. *Chance zum Gespräch*, Opladen 1996.

BLOCH, E.: Spuren, Berlin 1930.

BLOCH, E.: Das Prinzip Hoffnung, Bd.1, Kap. 1-32, Frankfurt/M 1985a.

BLOCH, E.: Das Prinzip Hoffnung, Bd.2, Kap. 33-42, Frankfurt/M 1985b.

BLOCH, E.: Das Prinzip Hoffnung, Bd.3, Kap. 43-55, Frankfurt/M. 1985c.

BLOCH, S. et al.: Patients' expectations of therapeutic improvement and their outcomes. In: American Journal of Psychiatry 1976, 133, S. 1457-1460.

BLOCH, S. et al.: A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. In: British Journal of Psychiatry 1979, 134, S. 257-263.

BLOCH, S. & REIBSTEIN, J.: Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. In: British Journal of Psychiatry 1980, 137, S. 274-278.

BLOCH, S. / CROUCH, E. & REIBSTEIN, J.: Therapeutic factors in group psychotherapy. *A review*. In: Archives of General Psychiatry 1981, 38, S. 519-526.

BLOCH, S. & CROUCH, E.: Therapeutic factors in group psychotherapy, Oxford 1985.

BLÖCHEL, S. & SPÖRRLE, M.: Wenn Gedanken die Kranken kränker machen: *Zum Einfluss irrationaler Gedanken auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand und die Zufriedenheit mit der Behandlung*. 46. Tagung experimentell arbeitender Psychologen, 04.04.-07.04.2004, Gießen. URL:http:http://epub.ub.uni-muenchen.de/1875/1/Teap_04_Krankenhausohne_bearb.pdf [Stand 25.11.2009]

BLONSKI, H.: Service-Management in der Pflege. *Kundenzufriedenheit durch Dienstleistungsqualität*, Hagen 1998a.

BLONSKI, H. (Hrsg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege, Hagen 1998b.

BLONSKI, H. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Hagen 1998c.

BLONSKI, H.: „Der Bäcker liefert eben keine größeren Kuchenstücke". Kundenorientiertes Management in Einrichtungen der Altenhilfe. In: H+P-Special 1998d, Nr. 4-5, S. 1-5.

BLONSKI, H.: „Dienstleistungsqualität aus Kundensicht" und ihre Messung: *Was leistet der SERVQUAL-Ansatz?*. In: Pflege Management 1999, 1(11), S. 260-267.

BLONSKI, H.: Der SERVQUAL-Ansatz – *eine Methode zur Messung der Dienstleistungsqualität aus Kundensicht*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 301-309.

BLOOM, S.: The relevance of medicial sociology to psychiatry: *a historical view*. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 2005, 193, S. 77-84.

BLUM, K.: Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus (I). In: Das Krankenhaus 1995a, 87(10), S. 493-498.

BLUM, K.: Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus (II). In: Das Krankenhaus 1995b, 87(11), S. 546-553.

BLUM, K.: Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus (III). In: Das Krankenhaus 1995c, 87(12), S. 603-609.

BLUM, K.: Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus, Düsseldorf 1996a.

BLUM, K.: Bemerkenswert zufrieden mit dem ambulanten Operieren. In: Krankenhaus Umschau (ku-Special, Nr. 5) 1996b, 65(2), S. 17-22.

BLUM, K.: Patientenorientierte Qualitätssicherung – *Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen*. In: Sozialer Fortschritt 1997a, 46, S. 231-237.

BLUM, K.: Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus. *Theoretische Grundlagen, empirische Ergebnisse, praktische Verwertung*. Diss. Universität Bielefeld, Bielefeld 1997b.

BLUM, K.: Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. *Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus*, Weinheim/München 1998a.

BLUM, K.: Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen – *Eine Ursachenanalyse*. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1998b, 6, S. 259-274.

BLUM, K. & FACK-ASMUTH, W.G.: Patienten- und Arztbefragungen als Instrumente der Unternehmenssteuerung im Krankenhaus. In: WINTER, U.J. (Hrsg.), Modernes Krankenhaus-Management, Stuttgart 1997, S. 57-60.

BLUM, K. / SATZINGER, W. & BUCK, R.: Patientenbefragungen und Qualitätsmanagement. *Eine Einführung in die Thematik*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 25-39.

BLUM, K.: Ambulantes Operieren. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001b, S. 209-220.

BLUM, K.: Qualitätsverbesserung durch klinische Audits. *Evaluation des BMG-Audit-Projekts*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2002, 7, S. 373-380.

BLUMENBERG, H.: Wirklichkeiten, in denen wir leben, Stuttgart 1981a.

BLUMENBERG, H.: Die Lesbarkeit der Welt, Frankfurt/M. 1981c.

BLUMENBERG, H.: Lebenszeit und Weltzeit, Frankfurt/M. 1986.

BLUMENBERG, H.: Die Sorge geht über den Fluss, Frankfurt/M. 1987.

BLUMENBERG, H.: Höhlenausgänge, Frankfurt/M. 1989.

BLUMENBERG, H.: Schiffbruch mit Zuschauer. *Paradigma einer Daseinsmetapher*, Frankfurt/M. 1997.

BLUMENBERG, H.: Paradigmen zu einer Metaphorologie, 3.Aufl., Frankfurt/M. 1998.

BLUMENBERG, H.: Beschreibung des Menschen, Frankfurt/M. 2006.

BLUMENSTOCK, G.: Überlegungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 109-116.

BLUMENSTOCK, G. / STRAUB, C. & SELBMANN, H.-K.: Die Tübinger Pilotstudie zur „Patientenorientierten Versorgung im Krankenhaus". In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 83-90.

BLUMER, H.: Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionsmus. In: ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd.1, Opladen 1969, S. 80-148.

BLY, N.: Ten Days In a Mad-House.
URL:http://digital.library.upenn.edu/women/bly/madhouse/madhouse.html
[Stand 20.11.2007]

BOARD, F.A.: Patients' and physicians' judgements of outcome of psychotherapy in an outpatient clinic: a questionnaire investigation. In: Archives of General Psychiatry 1959, H.1, S. 185-196.

BOCH, U. / KRÜGER, H. & ZANK, S.: Die Angehörigenvisite in einer gerontopsychiatrische Tagesklinik *Akzeptanz und Beurteilung durch Angehörigen*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2005, 6, S. 25-30.

BOCK, T. et al.: Abschied von Babylon – V*erständigung über Grenzen in der Psychiatrie*, Bonn 1995.

BOCK, T.: Das Psychose-Seminar – *Beitrag zum Trialog*. In: CHIRAZI-STARK, F.-M. / ESTERER, I. & BRMER, F. (Hrsg.), Wege aus dem Wahnsinn – *Therapien bei psychischen Erkrankungen*, 3. Aufl., Bonn 2002, S. 194-200.

BOCK, T.: Aus Erfahrung anders – ein Überblick. In: Soziale Psychiatrie 2009, H. 1, S. 4-5.

BOCK, T. & WEINGARD, H. (Hrsg.): Hand-werks-buch Psychiatrie, Bonn 1998.

BOCK, T. et al.: Stimmenreich – *Mitteilungen über den Wahnsinn*, Bonn 2001.

BOCK, T. / DÖRNER, K. & NABER, D.: Einleitung: *Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen*. In: BOCK, T. / DÖRNER, K. & NABER, D. (Hrsg.), Anstöße – *Zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Bonn 2004, S. 9-16.

BODENHEIMER, A. R.: Warum? *Von der Obszönität des Fragens*, 6. Aufl., Stuttgart 2004.

BÖCK, D.: Eine faktorenanalytische Untersuchung der Einstellungen von Kurpatienten zu ihrer Kur. In: Die Rehabilitation 1975, 14, S. 136-144.

BÖCKEN, J. et al.: Die freie Arztwahl – ein internationaler Vergleich. In: Gesundheitswesen 2002, 64, 267-271.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2002.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2003.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2004.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. & AMHOF, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2005. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2005.

BÖCKEN, J. et al.: (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2006.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007.

BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2008.

BÖCKER, F. et al.: Optimierung von Skalen. In: planung & analyse 1987, 6, S. 246-251.

BÖCKER, F.M.: Einstellung zur psychiatrischen Klinikbehandlung nach einem Suizidversuch. In: SPECHT, F. & SCHMIDTKE, A. (Hrsg.), Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen, Regensburg 1989.

BÖCKER, F.M.: Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. In: Psycho 1989, 15(8), S. 34-42.

BÖCKER, F.M.: Einstellung psychisch Kranker zur psychiatrischen Klinikbehandlung, Regensburg 1996.

BÖCKER, F.M. & EDERER, C.: „Alte" oder „moderne", „kustodiale" oder „offene" Psychiatrie: *Erscheinungsbild der Klinik und Einstellung psychisch Kranker zur stationären Einstellung.* In: BÖCKER, F.M. & WEIG, W. (Hrsg.), Aktuelle Kernfragen der Psychiatrie, Berlin u.a. 1988, S. 340-348.

BÖCKER, K.: Qualitätssicherung durch Prozessforschung: *Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting,* Braunschweig 2000.

BÖCKER, W.: Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Äthiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. In: Psychiatrische Praxis 1991, 18, S. 189-195.

BÖDECKER, A. & BRINKHOFF, K.: Der Blick in die Köpfe. *Darstellung psychischer Andersartigkeit im Spielfilm – eine psychologisch-filmwissenschaftliche Analyse.* In: EHRENSPECK, Y. & SCHÄFFER, B. (Hrsg.), Film- und Fotoanalyse in der Erziehungswissenschaft. *Ein Handbuch*, Opladen 2003, S. 183-202.

BÖHM, A.: Böses Erwachen – *Der chirurgische Eingriff aus postoperativer Sicht.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1988, 38, S. 342-346.

BÖHM, A.: Patienten im Krankenhaus: *zur psychischen Bewältigung von operativen Eingriffen*, Wiesbaden 1993.

BÖHM, A.: Pilotstudie zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: *Eine Untersuchung an 200 depressiven und schizophrenen Patienten*. München 1998.

BÖHM, A.: Theoretisches Codieren: *Textanalyse in der Grounded Theory*. In: FLICK, U. / VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung. *Ein Handbuch,* 7. Aufl. 2009, S. 475-485.

BÖHM, A. & DONY, M.: Copingverhalten in der präoperativen Phase. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 1984, 34, S. 296-302.

BÖHM, D.N. / FISCHL, C. & RENNHAK, C.: Kundenzufriedenheitsmessung mittels Mystery Shopping. In: RENNHAK, VC. (Hrsg.), Herausforderung Kundenbindung, Wiesbaden 2006, S. 87-93.

BÖHM, P.: Kundenkonferenz. *Der intensive Dialog mit dem Partner Kunde. Moderationsveranstaltungen zur Erhöhung der Kundenbindung*, Hamburg 2000.

BÖKER, W.: Der Arzt als Dolmetscher. In: Psycho 1980, 6, S. 381-382.

BÖKER, W.: Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. In: Psychiatrische Praxis 1991, 18, S. 189-195.

BÖLL, H.: Fürsorgliche Belagerung, Köln 1982.

BÖLL, H.: Mein trauriges Gesicht. In: Ders., Erzählungen, 2. Aufl., Köln 2007a, S. 3194-200.

BÖLL, H.: Der Lacher. In: Ders., Erzählungen, 2. Aufl., Köln 2007b, S. 365-367.

BÖLL, H.: Doktor Murkes gesammeltes Schweigen. In: Ders., Erzählungen, 2. Aufl., Köln 2007c, S. 379-407

BÖLL, H.: Der Wegwerfer. In: Ders., Erzählungen, 2. Aufl., Köln 2007e, S. 432-443.

BÖLL, T.: Patientenzufriedenheit: *Bedeutung und Ermittlung*, Diplomarbeit an der Katholischen Universität Eichstätt, Eichstätt 1996.

BÖLLNER, G. / TAUSCH, A.-M. & TAUSCH, R.: Selbstkommunikation von psychiatrischen Patienten, körperlich erkrankten und gesunden Personen, Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975, 2, S. 101-111.

BÖLTER, D.: Drei Fragen die die Welt verändern. *Die Naikan-Methode im Kontext von Spiritualität und Psychotherapie*, Bielefeld 2004.

BÖLSCHE, F. et al.: Erwartungen von Schlaganfall-Rehabilitanden an die stationäre und teilstationäre neurologische Rehabilitation in der Phase D. In: Rehabilitation 2004, 43, S. 65-74.

BOGUMIL, J. & IMMERFALL, S.: Wahrnehmungsweisen empirischer Sozialforschung. *Zum Selbstverständnis des sozialwissenschaftlichen Forschungsprozeßes,* Frankfurt/M. 1985.

BOOTH, B.M. et al.: Patient factorts predicting early alcohol-related readmissions for alcoholics. In: Journal of Studies on Alcohol 1991, 52, S. 37-43.

BOOTH, B.M. et al.: Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploraty analysis. In: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1992, 18, S. 87-101.

BOOTH, C. & HASKING, P.: Social anxiety and alcohol consumption. In: Addictive Behaviours 2009, 34, S. 730-736.

BÖRGER, D. & WAGNER, U.: Erfolgsfaktor Dienstleistungsqualität. *Konzept für den Wandel der vertragsärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften zu modernen Dienstleistungsunternehmen*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001, 6, 105-111.

BÖRKIRCHER, H.: Erfolgspotenzial Patientenzufriedenheit. In: Zahnarzt Praxis International 2001, 4, S. 206-211.

BÖTTGER-LINCK, K. / KASTEN, C. & AMON, U.: Interdisziplinarität und Patientenzufriedenheit. *Bewertung und Nutzung des interdisziplinären Angebotes einer Hautklinik durch verschiedene Patientengruppen – eine Untersuchung im Rahmen des Umfassenden Qualitätsmanagements*. In: Q-med 2001, 2, S. 34-39.

BOEVINK, W.: Recovery: Mitreden – mitmachen – selbst aktiv werden. *Wie in den Niederlanden Psychiatrie-Erfahrene Partizipation neu definieren.* In: Psychosoziale Umschau 2003, H.3, S. 37-39.

BOEVINK, W.: Überleben, Lebenskunst und Wissen zum Weitergeben. *Recovery, Empowerment und Erfahrungswissen.* In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, S. 107-118.

BOGNER, A. & WOUTERS, C.: Kolonialisierung des Herzens? *Zu Arlie Hochschilds Grundlegung der Emotionssoziologie*. In: Leviathan 1990, 18, S. 255-279

BOGNER, A. & MENZ, W.: Expertenwissen und Forschungspraxis: *die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld.* In: BOGNER, A. / LITTIG, B. & MENZ, W. (Hrsg.), Das Experteninterview. *Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 7-30.

BOHRER, T. et al.: Wie erleben allgemeinchirurgische Patienten die Intensivstation? *Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie*. In: Der Chirurg 2002, 73, S. 443-450.

BOIE, J. et al.: Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP). In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 2002,15 (3), S. 107-123.

BOK, S.: Sollen Ärzte lügen dürfen? In: Psychologie heute 1980, 3, S. 57-63

BOLLNOW., O.F.: Der Mensch als Städtebauer. *Zur Philosophie Saint-Exuperys*. In: Antares 1952, 1, S. 3-12.

BOLLNOW, O.F.: Neue Geborgenheit. *Das Problem einer Überwindung des Existenzialismus*, 3. Aufl., Stuttgart 1972.

BOLLNOW, O.F.: Freiheit von der Rolle. In: MITTELSTRAß, J. & RIEDEL, M. (Hrsg.), Vernünftiges Denken. *Studien zur praktischen Philosophie und Wissenschaftstheorie*, Berlin 1978, S. 374-386.

BOLLNOW, O.F.: Anthropologische Perspektiven, 3. Aufl., Stuttgart 1983.

BOLLNOW, O.F.: Existenzphilosophie und Pädagogik. *Versuch über unstetige Formen der Erziehung,* 6. Aufl., Stuttgart u.a. 1984

BOLLNOW, O.F.: Das Wesen der Stimmungen, 7.Aufl., Frankfurt/M. 1988.

BOLLNOW, O.F.: Mensch und Raum. 6. Aufl., Stuttgart 1990.

BOLTANSKI, L.: Soziologie und Sozialkritik. *Frankfurter Adorno-Vorlesungen 2008*, Frankfurt/M. 2010.

BOLTON, R.N. & LEMON, K.N.: A Dynamic Model of Customers' Usage of Services: *Usage as an Antecedent and Consequence of Satisfaction.* In: Journal of Marketing Research 1999, 36, S. 171-186.

BOLZ, N.: Spiritueller Mehrwert. In: WIPPERMANN, P. (Hrsg.), Der Spiegel – *Anzeigentrends. Was bleibt, was geht, was kommt*, Mainz 1997, S. 90-107.

BOLZ, N.: Das konsumistische Manifest, München 2002.

BOMANS, G.: Der unzufriedene Fisch, München 1953.

BOMBOSCH, J.: Die Angst der Professionellen, aus der Rolle zu fallen. In: Kerbe. *Forum für Sozialpsychiatrie* 2000, H.4, S. 22-23.

BOMBOSCH, J.: Eine neue Kultur des Umgangs. *Trialog als Basis für Qualitätsentwicklungsprozesse sozialpsychiatrischen Handelns.* In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2002, H. 2, S. 25-26.

BOMBOSCH, J.: Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen – Acht Thesen. In: BOMBOSCH, J. / HANSEN, H. & BLUME, J. (Hrsg.), Trialog praktisch. *Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster 2004, S. 168-170.

BOMBOSCH, J.: So viel Trialog war noch nie … *Sind wir nach Potsdam 2007 verstärkt auf dem Weg zur trialogischen Psychiatrie?* In: Soziale Psychiatrie 2007, H.4, S. 30-33.

BOMBOSCH, J. / HANSEN, H. & BLUME, J. (Hrsg.): Trialog praktisch. *Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster 2004a.

BOMBOSCH, J. et al.: Die Reise zur trialogischen Psychiatrie. In: BOMBOSCH, J. / HANSEN, H. & BLUME, J. (Hrsg.), Trialog praktisch. *Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster 2004b, 11-17.

BOMMERT, H. / MANN, F. & STAUß, H.: Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975, 4, S. 239-249.

BOMMERT, H. & PLESSEN, U.: Psychologische Erziehungsberatung, Stuttgart 1978.

BOND, S. & THOMAS, L.H.: Measuring patients' satisfaction with nursing care. In: Journal of Advanced Nursing 1992, 17, S. 52-63.

BONELLI, R.M. & THAU, K.: Noncompliance: *ein Überblick.* In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2001, 126, 699-703.

BONGARTZ, D. / GOEB, A. & LIECK, J. (Hrsg.): Irrwege. *Ein Psychiatrie-Buch*, Hamburg 1981.

BONHOEFFER, D.: Was heißt die Wahrheit sagen? In: Ders, Ethik, 6. Aufl., München 1963.

BONß, W.: Kritische Theorie und empirische Sozialforschung: *Anmerkungen zu einem Fallbeispiel.* In: FROMM, E., Arbeiter und Angestellte am Vorabend des Dritten Reiches. *Eine sozialpsychologische Untersuchung*, München 1980, S. 7-46.

BORBÉ, R. et al.: Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 2010, 37, S. 20-26.

BORCHERT, W.: Die traurigen Geranien. In: Ders., Die traurigen Geranien und andere Geschichten aus dem Nachlaß, Reinbek 1967a, S. 7-9.

BORCHERT, W.: Die Professoren wissen auch nix. In: Ders., Die traurigen Geranien und andere Geschichten aus dem Nachlaß, Reinbek 1967b, S. 100-108.

BORDE, T. et al.: Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. *Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 229-241.

BORDE, T. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – *eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik.* In: Gesundheitswesen 2002, 64, S. 476-485.

BORDIN, E.S.: The implications of client expectations for the counselling process. In: Journal of Counselling Psychology 1955, 21, S. 17-21.

BORDIN, E.S.: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In: Psychotherapy. *Theory, Research and Practice* 1979, 16, S. 252-260.

BORFITZ, D.: Is a "Mystery Shopper" Lurking in your Waiting Room? In: Medical Economics 2001, 78, H.10, S. 63-70.

BORG, I.: Arbeitszufriedenheit, Arbeitswerte und Jobauswahl: *Ein hierarchischer, individuenzentrierter Ansatz.* In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1987, 18, S. 28-39.

BORG, I.: Ein System kognitiver Indikatoren von Arbeitszufriedenheiten. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 1988, 32, S. 160-167.

BORG, I.: Zur Präsentation von Umfrageergebnissen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 1989, 33, S. 90-95.

BORG, I.: Kontrollüberzeugungen und Zufriedenheit. In: HÖFLING, S. & BUTOLLO, W. (Hrsg.), Psychologie für Menschenwürde und Lebensqualität. *Aktuelle Herausforderungen und Chancen für die Zukunft.* Band 2, Bonn 1990, S. 13-18.

BORG, I.: Sind Personen, die sich in Umfragen nicht identifizierbar machen, besonders kritisch? In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1991, 22, S. 123-129.

BORG, I.: Affektiver Halo in Mitarbeiterbefragungen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2003, 47, 1-11.

BORG, I. & GALIANT, W.H.: Ist man mit wichtigen Aspekten seiner Arbeit zufriedener als mit unwichtigen? In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 1987, 31, S. 63-67.

BORG, I. & FRITZSCHE, T.: Persönlichkeitsbedingte Unterschiede bei direkten und summierten Schätzungen der Arbeitszufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 1988, 32, S. 34-53.

BORG, I. & WÄCHTERHÄUSER, S.: Zur Eukolos-Dyskolos Dimension: *Kontrollüberzeugungen und Zufriedenheit*. In: Arch. Psychol. 1990, 142, S. 49-58.

BORGES, P.: Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten – *Kommunikation ist der Erfolgsfaktor Nr.1*. In: f&w im Krankenhaus 2003, 20, S. 267-269.

BORGHI, J.H.: Premature termination of psychotherapy and patient-therapist expectations. In: American Journal of Psychotherapy 1965, 22, S. 460-473.

BORKE, H.: Interpersonal perception of young children: *Egocentrism or empathy?* In: Developmental Psychology 1971, 5, S. 263-269.

BORKE, H.: Piaget's view of social interaction and theoretical construct of empathy. In: SIEGEL, L.S. & BRAINERD, C.J. (Hrsg.), Alternatives to Piaget. *Critical essays on the theory*, New York 1978.

BORKENAU, P. & AMELANG, M.: Zur faktorenanalytischen Kontrolle Sozialer Erwünschtheitstendenzen. *Eine Untersuchung anhand des Freiburger-Persönlichkeits-Inventars*. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 1986, 7, S. 17-28.

BORKENSTEIN, I.: Die kranke Institution Krankenhaus. *Eine Krankenschwester berichtet*, Frankfurt/M. 1993.

BORMUTH, M.: „Ihr glücklichen Augen" – *Ingeborg Bachmann und die Psychosomatische Medizin*. In: Balint 2004a, 5, 97-103.

BORN, A.: Die Patienten wollen informiert werden. *Ergebnisse einer repräsentativen Patientenbefragung: Qualität von Pflege und Medizin gilt als selbstverständlich*. In: f&w im Krankenhaus 2001,18, S. 276-279.

BORSI, G. (Hrsg.): Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag, Göttingen 1989.

BORSI, G.M.: Das Krankenhaus als lernende Organisation. *Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen*. 3. Aufl., Heidelberg 2000.

BORTZ, J.: Lehrbuch der Statistik, Berlin 1977.

BORTZ, J. & LIENERT, G. A.: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung, Berlin 1998.

BORTZ, J & DÖRING, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3.Aufl., Berlin 2002.

BOSSHARD, R.: Die Irrenhauskarriere eines Klinischen Soziologen. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 223-235.

BOSSERT, S. et al.: Stationäre Behandlung im Urteil von Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1990, 35, S. 323-328.

BOßMANN, D. (Hrsg.): Zukunftserwartungen der Jugend: *eine Schülerumfrage*, Tübingen 1982.

BOTHNER, U. et al.: Perioperative Anästhesieverlaufsbeobachtungen, postanästhesiologische Visite und Befragung zur Patientenzufriedenheit. In: Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 1996, 31, S. 608-614.

BOTT, K.E. et al.: Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: *deutsche Version (AASE-G)*. In: GLÖCKNER-RIST, A. / RIST, F. & KÜFNER, H. (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 3.00. Mannheim 2003.

BOTTLENDER, M. & SOYKA, M.: Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: *Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2005, 73, S. 150-155.

BOULDING, W. et al.: A Dynamic Process Model of Service Quality. *Form Expectations to Behavioural Intentions*. In: Journal of Marketing Research 1993, 30, S. 7-27.

BOURDIEU, P.: Die feine Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt/M. 1984.

BOURDIEU, P.: Störenfried Soziologie. In: Fritz-Vannahme, J. (Hrsg.), Wozu heute noch Soziologie, Opladen 1996, S. 65-70.

BOWLBY, J.: Trennungsangst. In: Psyche 1961, 15, S. S. 411-464.

BOWLBY, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit, München 1973.

BOWLBY, J.: Bindung. *Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*, München 1975.

BOWLING, A. / FARQUHAR, M. & BROWNE, P.: Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 1991, 6, S. 549-566.

BOYER, L. et al.: Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. In: International Journal for Health Care 2006, 18, S. 359-364.

BOZIEN, M. et al.: Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Projekten, München 1995.

BOZOK, B. & BÜHLER, K.E.: Wirkfaktoren der Psychotherapie – *spezifische und unspezifische Einflüsse*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1988, 56, S. 119-132.

BRADBURN, N.M. & MASON, W.M.: The effects of question order on responders. In: Journal of Marketing Research 1964, 1, S. 57-61.

BRÄKER, U.: Sämtliche Schriften. *Erster Band: Tagebücher 1768-1778*, München 1998.

BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.): Medizinischpsychologische Anthropologie, Darmstadt 1980.

BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002a.

BRÄHLER, E. et al. (Hrsg.): Brickenkamp. *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 3. Aufl., 2. Bd., Göttingen 2002b.

BRÄUNLING, S.: Das Berliner Weglaufhaus – *ein Angebot der Ent-Psychiatrisierung*. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001, S. 103-110.

BRÄUNLING, S. / BALZ, V. & VON TROTHA, T.: Freie Sicht auf mich selbst! *Die Praxis im Berliner Weglaufhaus*. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 2001, 19, H. 4, S. 239-260.

BRADBURN, N.M.: The Structure of Psychological Well-Being, Chicago 1969.

BRADBURY, R.: Fahrenheit 451, 8. Aufl., München 2000.

BRADY, J.P. / ZELLER, W.W. & REZINKOFF, M.: Attitudinal factors influencing outcome of treatment of hospitalized psychiatric patients. In: Journal of Clinical and Experimental Psychopathology 1959, 20, S. 326-334.

BRAIG, S. et al.: Client satisfaction with substance abuse treatment. *Baseline results from the IQMS study conducted in seven counselling centres*. In: International Journal of Public Health 2008, 53, S. 104-110.

BRAMMER, D. et al.: Neurotransmitters and Social Status. In: ELLIS, L. (Hrsg.), Social Stratification and Socioeconomic Inequality, Westport 1994, S. 75-91.

BRANDENBURG, A.: 25 Jahre Herner gemeindepsychiatrisches Netzwerk – *Entwicklungen und Perspektiven*. In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Psychiatrie auf dem Weg – *Von der Anstalt zum Menschen*, Lengerich 2004, S. 43-64.

BRANDT, D.R.: A Procedure for Identifying Value-Enhancing Service Components Using Satisfaction Survey Data. In: SURPRENANT, C.: Add Value to YOUR Service, Proceedings Series, Chicago 1987, S. 61-65.

BRANDT, D.R.: How Service Marketers can Identify Value-Enhancing Service Elements. In: Journal of Service Marketing 1988, 2, S. 35-41.

BRANDMAIER, R. et al.: Die Gesamtatmosphäre entscheidet, ob Patienten eine Klinik weiterempfehlen. *Die Schön Kliniken legen Wert auf eine gute Mundpropaganda*. In: f&w im Krankenhaus 2003, 20, S. 461-465.

BRANDSTÄTTER, E.: Ambivalente Zufriedenheit. *Der Einfluß sozialer Vergleiche*, Münster 1998a.

BRANDSTÄTTER, E.: Zufriedenheit in sozialen Vergleichen. In: GLÜCK, J. et al. (Hrsg.), Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich, Band 2, Wien 1998b, S. 65-68.

BRANDSTÄTTER, E.: Comparison based satisfaction: contrast and empathy. In: European Journal of Social Psychology 2000, 30, S. 673-703.

BRANDSTÄTTER, E. & GREVE, W.: Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1992, 24, S. 269-297.

BRAUN, B. & SCHNEE, M.: Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Akteuren, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2002. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2002, S. 173-187.

BRAUN, B. et al.: Zeitlicher und internationaler Vergleich des Vertrauens in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2003. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2003, S. 136-158.

BRAUN, G.: Aktionskomitee »Kind im Krankenhaus«. In: GROSSMANN, H. (Hrsg.), Bürgerinitiativen: *Schritte zur Veränderung*? Frankfurt/M. 1972.

BRAUN, G.E. & SCHMUTTE, A.M.: Marketing eines Krankenhauses: *Der Stellenwert von Imageanalysen*, München 1994.

BRAUN, G.E. et al.: Ein Krankenhaus im Spiegelbild der niedergelassen Ärzte. In: f & w im Krankenhaus 1996, 13, S. 75-78.

BRAUN, G.E. & NISSEN, J.: Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. Diskussionspapier Nr. 13, München 2005a.

BRAUN, G.E. & NISSEN, J.: Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2005, 10, S. 376-384.

BRAUN, S. / KREIMEIER, S. & GREINER, W.: Messung der Patientenzufriedenheit in der Integrierten Versorgung – *Eine Pilotstudie mit dem modifizierten ZAP-Fragebogen*. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2010, 104, S. 106-112.

BRAUN, U.: Was ein Patientenstundenbogen erzählt. *Eine Studie zum Prädikationswert von Post-Session-Stundenbogen für den Therapieerfolg*, Zürich 2003.

BRAUN, U.: Qualitäts-Monitoring: *Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System, für die Psychotherapie*. In: LAIRAITER, A.R. & VOGEL, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosoziale Versorgung – *Ein Werkstattbuch*. Tübingen 1998.

BRAUNE, N.J. et al.: Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2008, 76, S. 217-224.

BRAUNMÜHL, E.v.: Jede Erziehung ist staatserhaltend! In: Schwarzer Faden 1984, 14, H.1, S. 28-35.

BRAUNSDORF, M.: Beitrag zur Entzauberung des Arzt-Patient-Verhätnisses. In: Das Argument. *Kritik der bürgerlichen Medizin* 1970, 60, S. 105-128.

BRECHT, B.: Lob des Revolutionärs. In: Ders., Hundert Gedichte 1918-1950, Berlin 1953, S. 240.

BRECHT, B.: Die Dreigroschenoper, Frankfurt/M. 2004.

BRÉDART, A. et al.: Timing of patient satisfaction assessment: *effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores*. In: Patient Education and Counselling 2002, 46, S. 131-136.

BREDEL, S.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten. Heidelberg 2002.

BREDEL, S. et al.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – *Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2004, 53, S. 256-276.

BREEMHAAR, B. / VISSER, A.P. & KLEIJEN, J.G.V.M.: Perceptions and behaviour among elderly hospital patients: *description and explanation of age differences in satisfaction, knowledge, emotions and behaviour*. In: Social science & Medicine 1990, 31, S. 1377-1385.

BREHAUT, J.C.: Validation of a Decision Regret Scale. In: Medicial Decision Making 2003, 23, S. 281-292.

BREHM, J.W.: Post-decision changes in the desirability of alternatives. In: Journal of Abnormal and Social Psychology 1956, 52, S. 384-389.

BREHM, S.: Konzepte zur Unternehmensveränderung, Wiesbaden 2001.

BREINBRAUER, I.: Soteria am psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychiatrische Pflege 2006, 12, S. 153-157.

BREITSCHEIDEL, M.: Abgezockt und Totgepflegt. *Alltag in deutschen Pflegeheimen*, Berlin 2005.

BREMER, J.J.C.B.: Die Erlebniswelt des Patienten im Krankenhaus. In: ECKHARDT, W. & NATHAN, M.K. (Hrsg.), Planung im Gesundheitswesen. *Symposion des Quickborner Teams*, Quickborn 1970, S. 111-122.

BRENNER, G.F. / NORVELL, N.K. & LIMACHER, M.: Supportive and problematic social interactions: *a social network analysis*. In: American Journal of Community Psychology 1989, 17, S. 831-836.

BRICKMAN, P. & BULMAN, R.J.: Pleasure and pain in social comparison. In: SULS, J.M. & MILLER, R.L. (Hrsg.), Social Comparison Processes, New York 1977, S. 149-186.

BRICKMAN, P. / COATES, D. & JANOFF-BULMAN, R.: Lottery winners and accident victims: *is happiness relative?* In: Journal of Personality and Social Psychology 1978, 36, S. 917-927.

BRICKMAN, P. & CAMPBELL, D.: Hedonistic relativism and planning the good society. In: APPLEY, M. (Hrsg.), Adaption-Level Theorey, New York 1971.

BRICKENKAMP, R. (Hrsg.): Handbuch apparativer Verfahren in der Psychologie, Göttingen 1986a.

BRICKENKAMP, R.: Tonaufzeichnungs- und Wiedergabegeräte. In: Ders. (Hrsg.), Handbuch apparativer Verfahren in der Psychologie, Göttingen 1986b, S. 35-90.

BRICKENKAMP, R. & KARL, G.A.: Geräte zur Messung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Vigilanz. In: BRICKENKAMP, R. (Hrsg.), Handbuch apparativer Verfahren in der Psychologie, Göttingen 1986, S. 195-211.

BRIEFS, G.: Betriebsatmosphäre und Betriebstradition. In: Ders., Betriebsführung und Betriebsleben in der Industrie, Stuttgart 1934, S. 74-81.

BRIEFS, G.: Rationalisierung der Arbeit (1928). In: HINRICHS, P. & LOTHAR, P.: Industrieller Friede? *Arbeitswissenschaft, Rationalisierung und Arbeiterbewegung in der Weimarer Republik*, Köln 1976, S. 131-147.

BRILL, K.-E.: Verrauen ist gut, Kontrolle ist besser. *Wege zur Interessenvertretung und Qualitätssicherung: Ombudspersonen und Beschwerdestellen.* In: Psychosoziale Umschau 1994, 9 (2), S. 12-14.

BRILL, K.-E.: Perspektiven der Umsetzung des ‚personenbezogenen Ansatzes'. In: Psychosoziale Umschau 1997, H. 1, S. 7-10.

BRILL, K.-E.: Die Zukunft hat begonnen. *Erste Erfahrungen der Modellregionen mit den personenzentrierten Hilfen sind positiv*. In: Psychosoziale Umschau 2003, H. 3, S. 67.

BRINK, C.: „Nicht mehr ganz normal und noch nicht geisteskrank...". *Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich.* In: WerkstattGeschichte 2002, 3, S. 22-44.

BRINK, C.: Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. *Das sozialistische Patientenkollektiv in Heidelberg.* In: KERSTING, F.-W. (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. *Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre*, Paderborn 2003, S. 165-180.

BRINK, C.: „Keine Angst vor Psychiatern." *Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960-1980).* In: FANGERAU, H. & NOLTE, K. (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – *Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006a, S. 341-360.

BRINK, C.: Die Psychiatrie auf der Anklagebank. *Eine Fallstudie über die Grenzen und Grenzverschiebungen in der ärztlichen und öffentlichen Rede über Psychiatrie (1969-1975).* In: HENGARTNER, T. & MOSER, J. (Hrsg.), Grenzen & Differenzen. *Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen*, Leipzig 2006b, S. 493-504.

BRINK, C.: Psychiatrie und Politik. *Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg.* In: WEINHAUER, K. / REQUATE, J. & HAUPT, H.-G. (Hrsg.), Terrorismus in der Bundesrepublik. *Medien, Staat und Subkulturen in den 1970er Jahren*, Frankfurt/M. 2006c, S. 134-153.

BRINKMANN, A.: Niedergelassene Ärzte als Kunden des Krankenhauses – *eine empirische Untersuchung der Determinanten von Einweiserzufriedenheit*, Köln 2007.

BRINKMANN, A. & PFAFF, H.: Fachkompetenz oder Service – *Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit einweisender Ärzte mit dem Krankenhaus?* In: Gesundheitswesen 2004, S. 66.

BRINKMANN, A. / STEFFEN, P. & PFAFF, H.: Die richtigen Fragen stellen. *Flexibler, modularer Einweiserfragebogen entwickelt.* In: Krankenhaus Umschau 2005, 2, S. 121-123.

BRINKMANN, A. / JUNG, J. & PFAFF, H.: Wie bewerten Patienten die Qualität in der ambulanten Versorgung. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007.

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh 2007, S. 35-53.

BRINKMANN, R. & STAPF, K.: Innere Kündigung. *Wenn der Job zur Fassade wird*, München 2005.

BRITTEN, N.: Patient demand for prescriptions: a view from the other side. In: Journal of Family Practice 1994, 11, S. 62-66.

BROCH, H.: Die Schlafwandler. *Eine Romantrilogie*, Frankfurt/M 1994.

BROCK, H. et al.: Selbsteinschätzung des Arztes als ein Prädikator für die Beziehungszufriedenheit stationärer Patienten. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2009, 14, S. 296-301.

BRODY, D.S.: The Patient's Role in Clinical Decision-Making. In: Annals of Internal Medicine 1989, 93, S. 718-722.

BRODY, D.S. et al.: The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. In: Medical Care 1989a, 27, S. 1027-1035.

BRODY, D.S. et al.: Patient Perception of Involvement in Medical Care: *Relationship to Illness Attitudes and Outcome*. In: Journal of General Internal Medicine 1989b, 4, S. 506-511.

BRÖER, F. & ELGETI, F.: Die Bedeutung des Hausarztes bei der ambulanten Betreuung psychiatrischer Patienten, Hannover 1980.

BRÖKER, M. / RÖHRICHT, F. & PRIEBE, S.: Initial assessment of hospital treatment by patient with paranoid schizophrenia: *A predictor of outcome*. In: Psychiatry Research 1995, 58, S. 77-81.

BRÖNNER, M. et al.: Wellness-Therapie bei schizophrenen Psychosen – *ein psychoedukatives Gruppenkonzept*. In: BECKER, T. et al. (Hrsg.), Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. *Konzepte – Interventionen – Perspektiven,* Köln 2007, S. 250-260

BROFOS, F.: Der unzufriedene Bauer: *ein skandinavisches Volksmärchen*, Reinbek 1971.

BROMET, E. / MOOS, R. & BLISS, F.: The social climate of alcoholics treatment programs. In: Archives of general Psychiatry 1976, 33, S. 910-916.

BROOKER, D.: Dementia Care Mapping: *A Review of the Research Literature*. In: The Gerontologist 2005, 45, S. 11-18.

BROSIUS, F.: SPSS 11. *Fundierte Einführung in SPSS und die Statistik*, Bonn 2002.

BROSIUS, H.-B. & KOSCHEL, F.: Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: *Eine Einführung*, 3. Aufl., Wiesbaden 2005.

BROWER, K.J.: Alcohol's effect on sleep in alcoholics. In: Alcohol Research and Health 2001, 25, S. 110-125.

BROWER, K.J. / ALDRICH, M.S. & HALL, J.M.: Polysomnographic und subjective sleep predicators of alcoholic relapse. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998, 22, S. 1864-1871.

BROWN, J.B. & ADAMS, M.E.: Patients as reliable reporters of medical care process. *Recall of ambulatory encounter events*. In: Medical Care 1992, 30, S. 400-411.

BROWN, S.A.: Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow-up. In: Journal of Studies on Alcohol 1985, 46, S. 304-308.

BROWN, S.A. et al.: Change in alcohol effect and self-efficacy expectancies during addiction treatment. In: Substance Abuse 1998, 19, S. 155-167.

BROWNELL, K.D.: Understanding and preventing relapse. In: American Psychologist 1986, 41, S. 765-782.

BRÜCKNER, E.: Pretests bei ZUMA. In: ZUMA-Nachrichten 1978, 2, S. 36-41.

BRÜGGINK, C.: Wie zufrieden sind ihre Patienten wirklich? *Die schriftliche Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus. Eine Beispielstudie in Theorie und Praxis*, Marburg 1999.

BRUCKNER, P.: Verdammt zum Glück. *Der Fluch der Moderne*, Berlin 2002.

BRUDERMANNS, R.: Fühlt sich der Patient im Krankenhaus als Kunde? *Eine Befragung im Katharinen-Hospital Willich*. In: Krankenhaus Umschau 1995, 64, H.6, S. 522-528.

BRUGGEMANN, A.: Zur Unterscheidung verschiedener Formen von „Arbeitszufriedenheit". In: Arbeit und Leistung 1974, 11, S. 281-284.

BRUGGEMANN, A.: Messung der Arbeitszufriedenheit. In: Psychologie heute 1975, 8, S. 47-51.

BRUGGEMANN, A.: Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1976, 30, S. 71-74.

BRUGGEMANN, A. / GROSKURTH, P. & ULICH, E.: Arbeitszufriedenheit, Bern 1975.

BRUGGEMANN, A. & GROSSKURTH, P.: Probleme der Arbeitszufriedenheit. *Übersichtsreferat*, Frankfurt/M. 1977.

BRÜGGEMANN, R. & KERNCHEN, A.: Drei Tage auf Station „U". *Simulation und Selbsterfahrung auf einer geschlossenen Psychiatriestation*. In: Sozialpsychiatrie Informationen 1982, 12, S. 90-92.

BRUHN, M.: Konsumentenzufriedenheit und Beschwerden. *Erklärungsansätze und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in ausgewählten Konsumbereichen*, Frankfurt/M. 1982.

BRUHN, M.: Marketing und Kosumentenzufriedenheit. In: Das Wirtschaftsstudium 1985, 14, S. 300-307.

BRUHN, M.: Beschwerdemanagement. In: Harvard Manager 1986, 3, S. 104-106.

BRUHN, M.: Der Informationswert von Beschwerden für Marketingentscheidungen. In: HANSEN, U. & SCHOENHEIT, I. (Hrsg.), Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten, Frankfurt/M. 1987, S. 123-140.

BRUHN, M.: Kundenerwartungen – *Theoretische Grundlagen, Messung und Managementkonzept*. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2000a, 70, S. 1031-1051.

BRUHN, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. *Grundlagen – Konzepte – Methoden*, 7. Aufl., Berlin 2008.

BRUHN, M.: Das Zufriedenheitskonzept. In: HERMANN, A. et al. (Hrsg.), Kundenorientierte Produkgestaltung, München 2000, S. 121-141.

BRUHN, M. & MURMANN, B.: Nationale Kundenbarometer, Wiesbaden 1998.

BRUHN, M. & GEORGI, D.: Kosten und Nutzen des Qualitätsmanagements für Dienstleistungen. *Grundlagen, Methoden, Fallbeispiele*. München 1999.

BRUHN, M. & GEORGI, D.: Kundenerwartungen als Steuerungsgröße. *Konzept, empirische Ergebnisse und Ansätze eines Erwartungsmanagements*. In: Marketing ZFP 2000, 3, S. 185-196.

BRUHN, M. / RICHTER, M. & GEORGI, D.: Dynamik von Kundenerwartungen im Dienstleistungsprozess. *Empirische Befunde eines experimentellen Designs zur Bildung und Wirkung von Erwartungen*. In: Marketing ZFP 2006, 2, S. 116-133.

BRUHN, M. / LUCCO, A. & WYSS, S.: Beendigung von Kundenbeziehungen aus Anbietersicht. *Wirkung der wahrgenommenen Gerechtigkeit auf die Zufriedenheit und Verbundenheit ehemaliger Kunden in unterschiedlichen Beendigungsszenarien*. In: Marketing ZFP 2008, 30, S. 221-238.

BRUMLIK, M.: Advokatorische Ethik. *Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe*, München 2004.

BRUNE, M. / WERLE, M. & HIPPLER, H.-J.: Probleme bei der Befragung älterer Menschen. *Methodische Erfahrungen aus der schriftlichen Befragung zu Tätigkeitsformen im Ruhestand*. In: ZUMA-Nachrichten 1991, 28, S. 73-91.

BRUNER, J.S. & POSTMAN, L.: An approach to social perception. In: DENNIS, W. & LIPPITT, R. (Hrsg.), Current trends in social psychology, Pittsburgh 1951, S. 71-118.

BRUNIER, G.: Umfrage einer Kranken unter Leidensgenossen. In: MARCEL, G. et al. (Hrsg.), Was erwarten wir vom Arzt, Stuttgart 1956.

BRUNNER, A.: Die Kunst des Fragens, München/Wien 2006.

BRUNNER, E.J. & LENZ, G.: Was veranlasst ein Klientensystem zu sprunghaften Veränderungen? *Ein Erklärungsversuch aus der Perspektive der Selbstorganisationstheorie*. In: System Familie 1993, 6, S. 1-9.

BRUNSTEIN, J.C.: Personal goals and subjektive well-being: *A longitudinal study*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1993, 65, S. 1061-1070.

BRUSTER, S. et al.: National survey of hospital patients. In: British Medical Journal 1994, 309, S. 1542-1546.

BRUNSWIK, E. & REITER: Eindruckscharaktere schematisierter Gesichter. In: Zeitschrift für Psychologie 1937, 142, S. 67-134.

BUCHINGER, K.: Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung in Gruppen. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1984, 19, S. 345-360.

BUBER, M.: Begegnung. *Autobiographische Fragmente*, Heidelberg 1978.

BUBER, M.: Geleitwort zu: *Hans Trüb »Heilung aus der Begegnung«*. In: BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.), Medizinischpsychologische Anthropologie, Darmstadt 1980, S. 312-316.

BUBER, M.: Ich und Du, 11. Aufl., Stuttgart 1995.

BUCHECKER, P. & SEYFARTH-METZGER, I.: Patientenbefragungen im Krankenhaus. In: PB 2002, 1, S. 1-5.

BUCHER, A.: Psychologie des Glücks: *Ein Handbuch*, Weinheim und Basel 2009.

BUCHHEIM, A. / STRAUß, B. & KÄCHELE, H.: Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen. *Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 128-133.

BUCHHESTER, S.: Der Patient als Kunde. *Patientenzufriedenheit als Dienstleistung im Gesundheitsmanagement*, Düsseldorf 2002.

BUCHKREMER, G. / van der VEN, M. & SCHULZE-MÖNKING, H.: Medikamentenmitbestimmung – *ein psychotherapeutisches Ziel bei schizophrenen Patienten*. In: HELMCHEN, H. / HIPPIUS, H. & TÖLLE, R. (Hrsg.), Therapie mit Neuroleptika-Perazin, Stuttgart 1988.

BUCHKREMER, G. & HORNUNG, W.P.: Patientenmitbestimmung in der Pharmakotherapie schizophrener Patienten. In: ANDRESEN, B. / STARK, F.M. & GROSS, J. (Hrsg.), Mensch – Psychiatrie – Umwelt. *Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis*, Bonn 1992, S. 297-306.

BUCK, D.: Elemente der Selbsthilfe. *Selbsthilfe als Selbstverständnis – als Erfahrungs-Austausch – als Selbsthilfe-Organisation*. In: GEISLINGER, R. (Hrsg.), Experten in eigener Sache. *Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*, München 1998, S. 152-160.

BUCK, D. & BARTFELD-PACZKOWSKI, D.: Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. *Vom Club 70 bis zum Bundesverband*. In: CHIRAZI-STARK, F.-M. / ESTERER, I. & BRMER, F. (Hrsg.), Wege aus dem Wahnsinn – *Therapien bei psychischen Erkrankungen*, 3. Aufl., Bonn 2002, S. 218-226.

BÜCHI, S. & SCHEUER, E.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: BUDDEBERG, C. (Hrsg.), Psychosoziale Medizin, 3. Aufl., Berlin 2004, S. 431-445.

BÜCHNER, G.: Lenz. Studienausgabe, Stuttgart 1984.

BÜCHNER, P.: Vom Befehlen und Gehorchen zum Verhandeln. *Entwicklungstendenzen von Verhaltensstandards und Umgangsnormen seit 1945*. In: PREUSS-LAUSITZ, U. et al. (Hrsg.), Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. *Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg*, Weinheim 1995, S. 196-212.

BÜHNER, M.: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, München 2004.

BÜHL, A.: SPSS 16. *Einführung in die moderne Datenanalyse*. 11. Aufl., München 2008.

BÜHLER, C.: Psychologie im Leben unserer Zeit, München 1962.

BÜHLER, C.: Wenn das Leben gelingen soll. *Psychologische Studien über Lebenserwartungen und Lebensereignisse*, München 1969.

BÜHLER, C.: Der menschliche Lebenslauf als Problem, Göttingen 1959.

BÜHLER, C.: Die Rolle der Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und Psychotherapie, Stuttgart 1962.

BÜHLER, C.: Das integrierte Selbst. In: BÜHLER, C. & MASSARIK, F. (Hrsg.), Lebenslauf und Lebensziele. *Studien in humanistisch-psychologischer Sicht*, Stuttgart 1969, S. 282-299.

BÜHLER, C.: Vorstellungen vom Glück in unterschiedlichen Altergruppen in den Vereinigten Staaten. In: KUNDLER, H. (Hrsg.), Anatomie des Glücks, Köln 1971, S. 99-117.

BÜHLER, C.: Das Seelenleben des Jugendlichen. Versuch *einer Analyse und Theorie der psychischen Pubertät*, Frankfurt/M. 1975.

BÜHLER, C. & MASSARIK, F. (Hrsg.): Lebenslauf und Lebensziele. *Studien in humanistisch-psychologischer Sicht*, Stuttgart 1969.

BÜHLER, C. & ALLEN, M.: Einführung in die Humanistische Psychologie, Stuttgart 1973.

BÜHLER, D.: Therapie und Zwang. *Teilnehmende Beobachtung in einer Suchtkrankenorganisation,* Stuttgart 1984.

BÜHLER, K.E. & BIEBER, L.: Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. In: Deutsches Ärzteblatt 1985, 82, S. 339-343.

BÜHLER-NIEDERBERGER, D.: Analytische Induktion als Verfahren qualitativer Methodologie. In: Zeitschrift für Soziologie 1985, 14, S. 475-485.

BÜHRLEN-ARMSTRONG, B. et al. (Hrsg.): Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskettaler Erkrankungen – *Einfluss von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Meßzeitpunktes und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis.* In: Rehabilitation 1998, 37, S. 38-46.

BÜRGER, G.A.: Über die Zufriedenheit. In: Ders., Gesammelte Werke, München 1987, S. 800-807.

BÜRGER, W. et al.: Ambulante Rehabilitation im Spiegel der Nutzer – *Ergebnisse zur Qualität der Regelversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.* In: Rehabilitation 2004, 43, S. 90-99.

BÜRGY, M.: Prolegomena zu einer Psychopathologie der Verzweiflung. In: Der Nervenarzt 2007, S. 521-529

BÜRGY, R. & GAUSS, K.: Die Bedeutung der Patientenmeinung im Qualitätsmanagement. In: BLÄSSING, J. (Hrsg.), Die lernende Organisation: *Patient und Bewohner im Mittelpunkt*, Ulm 2000, S. 147-174.

BÜSING, S. / HOPPE, C. & LIEDTKE, R.: Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – *Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2001, 51, S. 68-75.

BÜSSING, A.: Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1983, 35, S. 680-708.

BÜSSING, A.: Struktur und Dynamik von Arbeitszufriedenheit: *Konzeptuelle und methodische Überlegungen zu einer Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit.* In: FISCHER, L. (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1991, S. 85-113.

BÜSSING, A. & PERRAR, K.M.: Die Messung von Burnout. *Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D).* In: Diagnostica 1992, 38, S. 328-353.

BÜSSING, A. et al.: Formen von Arbeitszufriedenheit im Experiment: *Differentielle Auswirkungen auf die Beziehung von Wissen und Handeln.* In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2000, 44, S. 27-37.

BURGOON, M. / BIRK, T.S. & HALL, J.R.: Compliance and satisfaction with physician-patient communication: *An expectancy theory interpretation of gender differences.* In: Human Communication Research 1991, 18, S. 177-208.

BUDMAN, S.H. et al.: Preliminary findings on a new instrument to measure cohesion in group psychotherapy. In: International Journal of Group Psychotherapy 1987, 37, S. 75-94.

BUDMAN, S.H. et al.: Kohäsion, therapeutische Allianz und Therapieerfolg in der Gruppenpsychotherapie: *Eine empirische Untersuchung.* In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – *Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990, S. 369-386.

BULLINGER, M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Subjektive Gesundheit. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1997, 47, S. 76-91.

BULLINGER, M.: „Und wie geht es Ihnen?" – *Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin.* In: BRÄHLER, E. & STRAUß, B. (Hrsg.), Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin, Göttingen 2002, S. 308-329.

BULLINGER, M. & PÖPPEL, E.: Lebensqualität in der Medizin: *Schlagwort oder Forschungsansatz.* In: Deutsches Ärzteblatt 1988, 85, S. 679-680.

BULLINGER, M. / KIRCHBERGER, I. & von STEINBÜCHEL, N.: Der Fragebogen Alltagsleben – *Ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.* In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1993, 2, S. 121-131.

BULLINGER, M. / KIRCHBERGER, I. & WARE, J.: Der deutsche SF-36 Health Survey. *Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.* In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995, 1, S. 21-36.

BÜSCHEL, A.: Vergleichende Studie zur Patientenzufriedenheit zwischen einem psychiatrischen Bezirkskrankenhaus und der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, München 2001.

BULLER, M.K. & BULLER, D.B.: Physicians' communication style and patient satisfaction. In: Journal of Health and Social Behaviour 1987, 28, S. 375-388.

BULLER, D.B. & STREET, R.L.: The role of communication in patients' evaluations of health care and compliance decisions. In: Southern Communication Journal 1991, 56, S. 230-237.

BUMKE, O.: Die Pupillenstörung bei Geistes- und Nervenkrankheiten, Jena 1911.

BUNDESMINESTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Vom institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums Gesundheit, Baden-Baden 1999.

BUNDESMINESTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG: Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen messen. *Gemeinsames Methodenprojekt entwickelt neuen Fragebogen.*
URL:http://www.patient-als-partner.de/files/bmg-projekte/Charite_XII-Methoden.pdf
[Stand 13.06.2007]

BUNDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRERNER: Wir wollen eine andere Psychiatrie.
URL:http://www.patient-als-partner.de/files/bmg-projekte/Charite_XII-Methoden.pdf
[Stand 22.07.2009]

BUNGARD, W.: Methodische Probleme bei der Befragung älterer Menschen. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1979, 26, S. 211-237.

BUNGARD, W. & LÜCK, H.: Forschungsartefakte und nichtreaktive Meßverfahren, Stuttgart 1974.

BUNGARD, W. / MÜLLER, K. & NIETHAMMER, C.: Mitarbeiterbefragung – was dann...? *MBA und Folgeprozesse erfolgreich gestalten.* Berlin 2007.

BUNSE, T.: Kundenzufriedenheit und Wartezeiten – *Eine empirische Analyse für den Luftverkehr*, Freiburg 2000.

BUNZ, A.R. / JANSEN, R. & SCHACHT, K.: Qualität des Arbeitslebens. *Soziale Kennziffern zu Arbeitszufriedenheit und Berufschancen*, Bonn 1974.

BUNZEL, B. et al.: Studie zur Zufriedenheit der Patienten an einer chirurgischen Klinik. In: Österreichische Ärztezeitung 1985, 40, S. 35-44.

BURCHARDT, S.: Problemlage, Unzufriedenheit und Mobilisierung. *Proteststuktur in Ost- und Westdeutschland 1990-1994*, Marburg 2001.

BURGHARDT, K. & BURGHARDT, F.: Zusammenhang zwischen Sanierungsgard und Patientenzufriedenheit, Berlin 1986.

BURIAN, W.: Die Gruppentherapie in der Behandlung des Alkoholismus. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1985a, 8, S. 5-11.

BURIAN, W.: Das Alexithymiekonzept in der Suchttherapie. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1985b, 8, S. 33-37.

BUREAU OF APPLIED SOCIAL RESEARCH: Das qualitative Interview. KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966, S. 143-160.

BURGER, J.M.: The foot-in-the-door compliance procedure: *A multiple-process analysis and review*. In: Personality and Social Psychology Review 1979, 3, S. 303-325.

BURGER, H.O.: Die Geschichte der unvergnügten Seele: *Ein Entwurf*. Erlangen 1961.

BURGOON, J.K.: Relational communication, satisfaction, compliance-gaining strategies, and compliance in communication between physicians and patients. In: Communication Monographs 1987, 54, S. 307-324.

BURLING, T.A. et al.: Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: *a predicator of outcome*. In: Journal of Studies on Alcohol 1989, 50, S. 354-360.

BURLINGAME, G.M. / MACKENZIE, K.R. & STRAUß, B.: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: *I. Allgemeine Effekte von Gruppenpsychotherapien und Effekte störungsspezifischer Gruppenbehandlungen*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2001, 37, S. 299-318.

BURLINGAME, G.M. / MACKENZIE, K.R. & STRAUß, B.: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: *II. Effekte von Gruppenpsychotherapien als Bestandteil komplexer Behandlungsansätze*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2002a, 38, S. 5-32.

BURLINGAME, G.M. / MACKENZIE, K.R. & STRAUß, B.: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: *III. Gruppenpsychotherapieprozessforschung*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2002b, 38, S. 111-131.

BURMANN, C.: Konsumentenzufriedenheit als Determinante der Marken- und Händlerloyalität. *Das Beispiel der Automobilindustrie*. In: Marketing ZFP 1991, 4, S. 249-258.

BURROUGHS, T.E. et al.: Patient satisfaction measurement strategies: *a comparison of phone and mail methods*. In: The Joint Commission Journal on Quality Improvement 2001, 27, S. 349-361.

BURTON, R.: Die Anatomie der Melancholie, 4. Aufl., Mainz 2006.

BURTSCHEIDT, W.: Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Ein Therapiemanual*, Berlin u.a. 2001.

BUSCH, W.: Max und Moritz. *Eine Bubengeschichte in sieben Streichen*. In: Ders., Das Gesamtwerk des Zeichners und Dichters in sechs Bänden, Stuttgart u.a. 1959a, Band. 1, S. 226-281.

BUSCH, W.: Abenteuer eines Junggesellen. In: Ders, Das Gesamtwerk des Zeichners und Dichters in sechs Bänden, Stuttgart u.a. 1959b, Band 4, S. 7-94.

BUSCH, W.: Es flog einmal ein muntres Fliegel. In: Ders., Das Gesamtwerk des Zeichners und Dichters in sechs Bänden, Stuttgart u.a. 1959, Band 6, S. 88.

BUSCH, W.: Das Hemd des Zufriedenen. In: GERTH, K. (Hrsg.), Lesebuch 65: *Ein Lesewerk für die Schule von heute*. Hannover 1964, S. 86-87.

BUSCH, V. et al.: Musikalische und mimische Emotionserkennung: *Eine Pilotstudie mit psychiatrischen Patienten*. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2003, 14, S. 1-8.

BUSER, K. & KAUL-HECKER, U.: Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie, *Ein Kompendium zum Gegenstandskatalog der ärztlichen Vorprüfung*, 3.Aufl., Stuttgart/New York 1991.

BUTLER, C. / ROLLNICK, S. & STOTT, N.: The practitioner, the patient and resistance to change: *Recent ideas on compliance.* In: Canadian Medical Association Journal 1996, 154, S. 1357-1362.

BUTTLER, G.: Sozialindikatoren. *Grundlagen und Möglichkeiten*, Köln 1976.

BUTZER-STROTHMANN, K.: Früherkennung von Unzufriedenheit. *Den Abbruch von Geschäftsbeziehungen verhindern.* In: Absatzwirtschaft 1998, 41, S. 70-74.

BUTZLAFF, M. et al.: Risiken, Chance und Perspektiven einer Beschränkung der freien Arztwahl. In: Gesundheitswesen 2002, 64, 363-368.

BUTZLAFF, M. / FLOER, B. & ISFORT, J.: »Shared decision making«: *Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag?* In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2003. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2003, S. 41-55.

BUUNK, B.P. / OLDERSMA, F.L. & DREU, C.K.W.: Enhancing satisfaction through downward comparison: *the role of relational discontent and individual differences in social comparison orientation.* In: Journal of European Social Psychology 2001, 37, S. 452-467.

BUYSSE, D.J.: The Pittsburgh Sleep Quality Index: *a new instrument for psychiatric practice and research.* In: Psychiatric Research 1989, 28, S. 193-213.

BUYTENDIJK, F.R.: Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. *Als Verbindung und Gegenüberstellung von physiologischer und psychologischer Betrachtungsweise*, Berlin u.a. 1956.

BUYTENDIJK, F.R.: Unbefangenheit im Umgang. In: BUYTENDIJK, F.R. / LANGEVELD,M.J. & VERGOTE, A. (Hrsg.), Unbefangen sein als Weg zur Selbstverwirklichung, Köln 1973, S. 9-33.

BUYTENDIJK, F.R. & PLESSNER, H.: Die Deutung des mimischen Ausdrucks. *Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des anderen Ichs.* In: Philosophischer Anzeiger 1925, I, S. 172-226.

BYUNG, C.-H.: Martin Heidegger. *Eine Einführung*, München 1999

CADOTTE, E.R. & TURGEON, N.: Dissatisfiers and Satisfieres: *Suggestions from Consumer Compaints and Compliments.* In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1988, H.1, S. 74-79.

CADOTTE, E.R. / WOODRUFF, R.B. & JENKINS, R.L.: Expectations and norms models of consumer satisfaction. In: Journal of Marketing 1987, 24, S. 305-314.

CAINE, T.M. & SMAIL, D.J.: Attitudes of psychiatric patients to staff roles and treatment methods in mental hospitals. In: British Journal of Medical Psychology 1968, 41, S. 291-294.

CALLAN, A.: Patient Satisfaction: *Ethnic Origin or Explanatory Model?* In: International Journal of Social Psychiatry 1998, 44(1), S. 1-11.

CALNAN, M.: Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. In: Social Science & Medicine 1988, 27, S. 927-933.

CALNAN, M. et al.: Major Determinants of Consumer Satisfaction with Primary Care in Different Health Systems. In: Family Practice 1994, 11(4), S. 468-478.

CAMERON, M.A. et al.: The effects of music, wait-length evaluation, and mood on a low-cost wait experience. In: Journal of Business Research 2003, 56, S. 421-430.

CAMPANELLA, T.: Sonnenstaat. In: GRASSI, E. (Hrsg.), Der utopische Staat. Morus: *Utopia* ; Campanella: *Sonnenstaat* ; Bacon: *Neu-Atlantis*, 28. Aufl., Reinbek 2005, S. 111-169.

CAMPBELL, A.: Subjective measures of well-being. In: American Psychologist 1976, 31, S. 117-124.

CAMPBELL, A.: The sense of well-being in America, New York 1981.

CAMPBELL, D.T. & FISKE, D.W.: Convergent and discriminant validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. In: Psychological Bulletin 1959, 56 (2), S. 81-105.

CAMPEN, C. et al.: Quality of care and patient satisfaction: *a review of measuring instruments*. In: Medical Care Research and Review 1995, 52, S. 109-133.

CAMUS, A.: Der Mythos des Sisyphos, Reinbek 2000.

CAMUS, A.: Der Fremde, Reinbek 2001.

CANETTI, E.: Masse und Macht, 29. Aufl., Frankfurt/M. 2003.

CANETTI, E.: Die Blendung, 36. Aufl., Frankfurt/M. 2004.

CANETTI, E.: Komödie der Eitelkeit. *Drama in drei Teilen*. In: Ders., Dramen, 14. Aufl., Frankfurt/M. 2005, S. 71-178.

CANGUILHEM, G.: Gesundheit – eine Frage der Philosophie, Berlin 2004.

CANNON, B. & USHERWOOD, T.P.: General practice consultations – *how well do doctors predict patient satisfaction*? In: Australien Family Physician 2007, 36, S. 185-196.

CANTOR, N. & SANDERSON, C.A.: Life task participation and well-being: *The importance of taking part in daily life*. In: KAHNEMAN, E. / DINER, E. & SCHWARZ, N. (Hrsg.), Well-being: *The foundations of hedonic psychology*, New York 1999, S. 230-243.

CAPLAN, R.D. et al.: Arbeit und Gesundheit. *Stress und seine Auswirkungen bei verschiedenen Berufen*, Bern 1982.

CARDELLO, D.M.: Improve patient satisfaction with a bit of Mystery: *Service is what differentiates health care organizations and builds loyal customer bases*. In: Nursing Management 2001, 32, S. 36-38.

CARDOZO, N.: An Experimental Study of Consumer Effort, Expectation and Satisfaction. In: Journal of Marketing Research 1965, H.8, S. 244-249.

CAREY, R.G. & SEIBERT, J.H.: A patient survey system to measure quality improvement: *questionnaire reliability and validity*. In: Medical Care 1993, 31, H.9, S. 834-845.

CARLSON, M.J. & GABRIEL, R.M.: Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicity funded substance abuse treatment. In: Psychiatric Services 2001, 52, S. 1230-1236.

CARMEL, S.: Satisfaction with hospilitalizazion: *a comparative analysis of three types of services*. In: Social Science & Medicine 1985, 21, S. 1243-1249.

CARMEL, S.: Hospital patients' responses to dissatisfaction. In: Sociology of Health & Illness 1988, 10, S. 262-281.

CARRASQUILLO, O. et al.: Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. In: Journal of General Internal Medicine 1999, 14, S. 82-87.

CARR-HILL, R.: The measurement of patient satisfaction. In: Journal of public health medicine 1992, 14, S. 236-249.

CARR-HILL, R. / HUMPHREYS, K. & MCIVE, S.: A customised view of public satisfaction. In: Journal of Health Service 1987, S. 614-615.

CARSON, J. & SHARMA, T.: In-patient psychiatric care – What helps? *Stuff and patient perspectives*. In: Journal of Mental Health 1994, 3, S. 99-104.

CARTER, F.M.: The Critical Incident Technique in Identification of the Patients' Perception of Therapeutic Patient-Patient Interaction on a Psychiatric Ward. In: Nursing Research 1959, 8, S. 207-211.

CARTWRIGHT, A.: Human relations and hospital care, London 1964.

CARTWIGHT, D.S. & ROTH, I.: Success and satisfaction in psychotherapy. In: Journal of Clinical Psychology 1957, 13, S. 20-26.

CARTWRIGHT, D.S. & CARTWRIGHT, R.D.: Fait and improvement in psychotherapy. In: Journal of Counselling Psychology 1958, 5, S. 174-177.

CARUANA, A. / MONEY, A.H. & BERTHON, P.R.: Service Quality and Satisfaction: *The Moderating Role of Value*. In: European Journal of Marketing 2000, 34, S. 1338-1352.

CARUS, C.G.: Symbole der menschlichen Gestalt, Leipzig 1853.

CASPARI, D.: Gruppenpsychotherapie bei Suchtkranken. *Der Einfluss der Kompatibilität auf Therapieprozeß und Behandlungsergebnis*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1987, 23, S. 238-253.

CASPARI, C. / UNTCH, M. & VODERMAIER, A.: Qualitative Untersuchung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung beim Mamakarzinom in einer Universitätsklinik. In: Das Gesundheitswesen 2003, 65, S. 190-199.

CASSELI, G.: Rumination in problem drinkers. In: Addiction Research & Theory 2008, 16, S. 564-571.

CASSIER-WOIDASKY, A.K.: Was erwartet die Bevölkerung von ihrem Krankenhaus? *Ergebnisse einer Besucherumfrage am Tag der offenen Tür in einem Krankenhaus der Maximalversorgung*. In: Pflege 1998, 11, S. 248-255.

CASSILETH, B. et al.: Information and participation preferences among cancer patients. In: Annals of Internal Medicine 1980, 92, S. 823-826.

CASTEL, N.G.: Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perception of Care. In: Health Research and Educational Trust 2005, 40, S. 1996-2017.

CATHY, C. et al.: How was your hospital stay? *Patients' report about their care in Canadian hospitals*. In: Canadian Medical Association Journal 1995, 150, S. 1813-1822.

CATTELL, R.B.: The structuring of change by P-technique and incremental R-technique. In: HARRIS, C.W. (Hrsg.), Problems in measuring change, Madison 1963, S. 167-198.

CAUDILL, W.: The Psychiatric Hospital as a Small Society, Cambridge 1958.

CAUDILL, W.: Around the clock patient care in Japanese Psychiatric Hospitals: *The Role of the Tsukisoi*. In: American Sociological Review 1961, 26, S. 204-214.

CAUDILL, W. et al.: Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. In: American Journal of Orthopsychiatry 1952, 22, S. 314-334.

CAUTELA, J.R. & KASTENBAUM, R.: A reinforcement survey schedule for use in therapy, training, and research. In: Psychological Reports 1967, 20, S. 1115-1130.

CAMPBELL, J.: The well-being project: Mental health clients speak for themselves, San Francisco 1989.

CAMPBELL, T.A. / AUERBACH, S.M. & KIESLER, D.J.: Relationship of interpersonal behaviours and health related control appraisals patient satisfaction outcome in a university health center. In: Journal of American College Health 2007, 55 (6), S. 330-340.

CARLSEN, B. & AAKVIK, A.: Patient involvement in clinical decision making: *the effect of GP attitude on patient satisfaction*. In: Health Expect 2006, 9 (2), S. 148-157.

CEDZICH, C.: Bewertung des Wechsels von einer Nervenklinik in ein Dauerwohnheim aus der Sicht der Patienten – *Eine Einstellungsuntersuchung*, Nürnberg 1982.

CERNOVSKY, Z.Z. / O'REILLY, R.L. & PENNINGTON, M.: Sensation Seeking Scales and Consumer Satisfaction with a Substance Abuse Treatment Program. In: Journal of Clinical Psychology 1997, 53, S. 779-784.

CHAMBERLIN, J.: On Our Own: *Patient-Controlled Alternatives in the Mental Health System*, London 1988.

CHAMPION, D.H. & SEAR, A.M.: Questionnaire Response Rate: *A Methodological Analysis*. In: Social Forces 1968, 47, S. 335-339.

CHAN, M. et al.: Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. In: Journal of Drug Issues 1997, 27, S. 367-377.

CHANEY, E.R. / O'LEARY, M.R. & MARLATT, G.A.: Skill training with alcoholics. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978, 46, S. 1092-1104.

CHANNA, R. & SIDDIQI, M.: What do patients want from their psychiatrist? In: BMC Psychiatry 2008, 29, S. 8-14.

CHAPMAN, P.L.H. & HUYGENS, I.: An evaluation of three treatment programs for alcoholism: *an experimental study with 6- and 18-month follow-ups*. In: British Journal of Addiction 1988, 83, S. 67-81.

CHARLES, C. / GAFNI, A. & WHELAN, T: Shared decision making in the medical encounter: *what does it mean?* In Social Science & Medicine 1997, 44, S. 681-692.

CHARLES, C. / GAFNI, A. & WHELAN, T.: Decision making in the physician-patient encounter: *revisiting the shared treatment decision-making model*. In: Social Science & Medicine 1999, 49, S. 651-666.

CHENG, S-H. / YANG, M-C. & CHIANG, T.-L.: Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: *effects of interpersonal and technical aspects of hospital care*. In: International Journal for Quality in Health Care 2003, 15, S. 345-355.

CHIESA, M. / DRAHORAD, C. & LONGO, S.: Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. In: British Journal of Psychiatry 2000, 177, S. 107-111.

CHILDRESS, R. & GILLIS, J.S.: A study of pretherapy role induction as an influence process. In: Journal of Clinical Psychology 1977, 33, S. 540-544.

CHINA, C.: Erwartungen und Wünsche von kardiologischen Patientinnen und Patienten an telefonische Nachsorge. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 61, S. 82-84.

CHOMSKY, N.: Aspekte der Syntaxtheorie, Frankfurt/M. 1969.

CHRIST, J.: Erlebte Sozialpsychiatrie. *Von amerikanischen Anfängen und europäischen Traditionen*, Bonn 2002.

CHRISTEN, R.N. / ALDER, J. & BITZER, J.: Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. In: Social Science& medicine 2008, 66, S. 1474-1483.

CHRISTIANSEN, U. & MÜNSTERMANN, J.: Psychisch Kranke und psychiatrische Versorgung – *Meinungen und Erfahrungen der Bevölkerung in Düsseldorf, Essen und Köln*. In: Psychiatrische Praxis 1976, 3, S. 3-15.

CHUE, P.: The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. In: Journal of Psychophramacology 2006, 20 (6), S. 38-56.

CHURCH, A.H.: Estimating the Effect of Incentives on Mail Survey Response Rates: *A Meta-Analyse*. In: Public Opinion Quarterly 1993, 57, S. 62-79.

CHURCHILL, G.A. & SURPRENANT, C.: An Investigation into the Determinants of Consumer Satisfaction. In: Journal of Marketing Research 1982, 19, S. 491-504.

CLADE, H.: Das klassenlose Krankenhaus. *Probleme, Modelle, Alternativen*. In: Beiträge des deutschen Industrieinstituts 1971, 9, H.4, S. 4-43.

CLADE, H.: Das kranke Krankenhaus. *Reform der inneren Struktur*, Köln 1972.

CLADE, H.: Die Krankenhäuser sind besser als ihr Ruf. In: Krankenhaus Umschau 1989, 6, S. 488-497.

CLADE, H.: Repräsentativumfrage über Krankenhäuser. *Gutes Image in West- und Ostdeutschland.* In: Deutsches Ärzteblatt 1994, 91, B 377-378

CLADE, H.: Qualitätssicherung: *Auch Patientenurteil berücksichtigen*. In: Deutsches Ärzteblatt 1997, 94, B 840-841.

CLADE, H.: Hohe Zufriedenheit. In: Deutsches Ärzteblatt 2000, 97, S. 1244-1245.

CLARK, C. et al.: Effects of client interviewers on client-reported satisfaction with mental health services. In: Psychiatric Services 1999, 50, S. 961-963.

CLADE, H.: Gutes Image in West- und Ostdeutschland. *Repräsentativumfrage über Krankenhäuser*. In: Deutsches Ärzteblatt 1994, 91, S. 335-336.

CLADE, H.: Auch Patientenurteile berücksichtigen. In: Deutsches Ärzteblatt 1997, 94, S. 840-841.

CLAESSENS, D.: Das Konkrete und das Abstrakte. *Soziologische Skizzen zur Anthropologie*, Frankfurt/M. 1980.

CLARK, A.: Job satisfaction in Britain. In: British Journal of Industrial Releations 1996, 34, S. 189-217.

CLARK, C. et al.: Effects of Client Interviewers on Client-Reported Satisfaction with Mental Health Services. In: Psychiatric Services 1999, 50, S. 961-963.

CLAUSEN, G.: Patientenzufriedenheit in der Geriatrie. *Eine empirische Untersuchung*. In Gesundheitswesen 2005, 67.

CLAUSEN, G. & LUCKE, C.: Wie entwickelt sich das subjektive Wohlbefinden alter Patienten während der stationären geriatrischen Rehabilitationsbehandlung? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1998, 31, S. 27-35.

CLAUSEN, G. et al.: Patientenzufriedenheit in der Geriatrie. *Eine empirische Untersuchung*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006, 39, S. 48-56.

CLAUßEN, H.-J.: Was sich Patienten wünschen. In: Psychiatrische Umschau 1994, 9 (3), S. 5.

CLEARY, P.D.: The increasing importance of patient surveys. In: British Medical Journal 1993, 319, S. 720-721.

CLEARY, P.D.: Patient satisfaction as an indicator of quality care. In: Inquiry 1998a, 25, S. 25-36.

CLEARY, P.D.: Satisfaction may not suffice!. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care 1998b, 14, S. 35-37.

CLEARY, P.D.: The increasing importance of patient surveys. In: British Medical Journal 1999, 319, S. 720-721.

CLEARY, P.D. & MCNEIL, B.J.: Patient satisfaction as an indicator of quality care. In: Inquiry 1988, 25, S. 25-36.

CLEARY, P.D. / KEROY, L. & MCMULLEN, W.: Patient assessment of hospital care. In: Quality Review Bulletin 1989, 15, S. 172-179.

CLEARY, P.D. et al.: Patients evaluate their hospital care: A *national survey*. In: Health Affairs 1991, 10, S. 254-267.

CLEARY, P. et al.: Patient assessment of hospital care. In: Quality Review Bulletin 1989, 15, S. 165-179.

CLEARY, P. et al.: Data Watch. *Patients evaluate their hospital care: A national survey*. In: Health Affairs 1991, 19(4), S. 254-267.

CLEARY, P.D. et al.: The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. In: Quality Review Bulletin 1992, 18, S. 53-59.

CLOETTA, B. & JUNKER, C.: Einige Bedingungen von Erwartungen an die Arztkonsultation. In: Sozial- und Präventivmedizin 1986, 31, S. 214-215.

CLOSS, C. & KEMPE, P.: Kontaktverhalten von Heimbewohnern. *Binnen- und Außenorientierung und differentielle Bezüge zu Lebenszufriedenheit und selbstwahrgenommener Kontaktfähigkeit*. In: Zeitschrift für Gerontologie 1979a, 12, S. 328-340.

CLOSS, C. & KEMPE, P.: Altenheimeinrichtungen sind besser als ihr Ruf. *Eine detaillierter Einblick in das Leben der Bewohner*. In: Umschau in Wissenschaft und Technik 1979b, 79, S. 706-710.

CLOSS, C. & KEMPE, P.: Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstrukts Lebenszufriedenheit: *Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimension dieses Konstruktes*. In: Zeitschrift für Gerontologie 1986, 19, S. 47-55.

CIALDINI, R.B.: Die Psychologie des Überzeugens. *Ein Lehrbuch für alle, die ihren Mitmenschen und sich selbst auf die Schliche kommen wollen*, 5. Aufl., Bern 2008.

CICOUREL, A.V.: Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt/M. 1974a.

CICOUREL, A.V.: Theory and Method in a Study of Argentine Fertility, New York-London-Sydney-Toronto 1974b.

CIERPKA, M.: Faustos – Wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen*: Das Buch für Eltern und Erziehende*, 7. Aufl., Freiburg u.a. 2005.

CIOMPI, L.: Über abnormes Zeiterleben bei einer Schizophrenen. In: Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 1961, 142, S. 100-121.

CIOMPI, L.: Wie können wir die Schizophrenien besser behandeln? *Ein neues Krankheits- und Therapiekonzept*. In: Der Nervenarzt 1981, 52, S. 506-515.

CIOMPI, L.: Das Modell "Soteria Bern". In: Pro Mente Sana 1989, 3, S. 21.

CIOMPI, L.: Außenwelt – Innenwelt. *Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen*, Göttingen 1988.

CIOMPI, L.: Zehn Thesen zum Thema Zeit in der Psychiatrie. In: Ders. & DAUWALDER, H.-P. (Hrsg.), Zeit und Psychiatrie, Bern u.a. 1990, S. 11-25.

CIOMPI, L.: Die Hypothese der Affektlogik. In: Spektrum der Wissenschaft 1993a, 2, S. 76-82.

CIOMPI, L.: »Es war wie im Märchen…« *Hartwig Hansen und Klaus Nouvertné im Gespräch mit Luc Ciompi.* In: AEBI, E. / CIOMPI, L. & HANSEN, H. (Hrsg.), Soteria im Gespräch. *Über eine alternative Schizophreniebehandlung*, Bonn 1993b, 14-30.

CIOMPI, L.: Grundsätze einer modernen patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung. In: Schweizerische Ärztezeitung 1993, 71, S. 302-306.

CIOMPI, L.: Affektlogik. *Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*, 5. Aufl., Stuttgart 1998.

CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. *Entwurf einer fraktalen Affektlogik*, 3. Aufl., Göttingen 1997.

CIOMPI, L.: Affektgesteuerte Wirklichkeitskonstruktion in Alltag, Wissenschaft und Psychopathologie. In: FISCHER, H.R. & SCHMIDT, S. (Hrsg.), Wirklichkeit und Welterzeugung, Heidelberg 2000.

CIOMPI, L.: Gefühle, Affekte, Affektlogik. *Ihr Stellenwert in unserem Menschen- und Weltverständnis. Wiener Vorlesungen*, Wien 2003.

CIOMPI, L.: Grundregeln jeder sozialpsychiatrischen Behandlung. In: Kerbe 2004, H. 4, S. 8.

CIOMPI, L. & BERNASCONI, R.: »Soteria Bern« – *Erste Ergebnisse mit einer neuartigen Milieutherapie für akut Schizophrene.* In: Psychiatrische Praxis 1986, 13, S. 172-176.

CIOMPI, L et al.: Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akut Schizophrener. *I: Konzeptionelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen.* In: Der Nervenarzt 1991, 62, S. 428-435.

CIOMPI, L. et al.: Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akut Schizophrener. *II: Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre.* In: Der Nervenarzt 1993, 64, S. 440-450.

CIOMPI, L. / HOFFMANN, H. & BROCCARD, M. (Hrsg.): Wie wirkt Soteria? *Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*, Bern 2001.

CIORAN, E.M.: Auf den Gipfeln der Verzweifelung, Frankfurt/M. 1976.

COCHE, E.: „Self-Disclosure" und Gruppentherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1980, 16, S. 229-239.

COCKBURN, J. & PIT, S.: Prescribing behaviour in clinical practice: *patients expectations and doctor' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study.* In: British Medical Journal 1997, 315, S. 520-523.

COCTEAU, J.: Opium. *Ein Tagebuch*, München 1998.

COELLO, P.: Veronika beschließt zu streben, 24. Aufl., Zürich 2002.

COHEN, G.: Age and health status in a patient satisfaction survey. In: Social Science & Medicine 1996, 42, S. 1085-1093.

COHEN, G. / FORBES, J. & GARRAWAY, M.: Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? *Comparison of three surveys.* In: British Medical Journal 1996, S. 841-844.

COHEN, J. & STRUENING, E.L.: Opinions about mental illness: *Hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness*. In: Journal of Consulting Psychology 1964, 28, S. 291-298.

COHEN, R.: Das Anhedonie-Konzept in der Schizophrenie-Forschung. In: Der Nervenarzt 1989, 60, S. 313-318.

COHEN, R.: Das Anhedonie-Konzept in der Schizophrenie-Forschung. In: HEIMANN, H.(Hrsg.), Anhedonie. *Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*, Stuttgart 1990, S. 59-69.

COIE, J. D. / COSTANZO, P. D. & FARNHILL, D.: Specific transitions in the development of spatial perspective-taking ability. In: Development Psychology 1973, 9, S. 167-177.

COLBY, A. & KOHLBERG, L.: Das moralische Urteil: *Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz*, Frankfurt/M. 1998.

COLE, J.: Über das Gesicht. *Naturgeschichte des Gesichts und unnatürliche Geschichte derer, die es verloren haben*. München 1999.

COLLINS, K. & O'CATHAIN, A.: The continuum of patient satisfaction – from satisfied to very satisfied. In: Social Science & Medicine 2003, 57, S. 2465-2470.

COLLINS, K. / WALTERS, S. & BOWNS, I.: Patient satisfaction with teledermatology: *quantitative and qualitative results from a randomized controlled trial*. In: Journal of Telemedicine and Telecare 2004, 10, S. 29-33.

COMMENTZ, N.: Der ideale Arzt aus der Sicht psychiatrisch erkrankter Patienten. *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenprioritäten*, Hamburg 2007.

COMSTOCK, L. M., HOOPER, E. M., GOODWIN, J. M. & GOODWIN, J.S.: Physician Behaviours That Correlate With Patient Satisfaction. In: Journal of Medical Education 1982, 57, S. 105-112.

CONRAD, H.J.: Patientenbefragungen – Unterstützung der Betriebssteuerung im Krankenhaus. In: f & w im Krankenhaus 1985, 2, S. 68-71.

CONDRAU, G.: Die therapeutische Beziehung aus daseinsanalytischer Sicht. In: BATTEGAY, R. & TRENKEL, A. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Bern 1978, S. 71-94.

CONDRAU, G. & SCHIPPERGERS, H.: Unsere Haut. *Spiegel der Seele, Verbindung zur Welt*, Zürich 1993.

CONNERS, N. & FRANKLIN, K.K.: Using focus group to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. In: Journal of Substance Abuse Treatment 2000, 18, S. 313-320.

CONNORS, G.J. & MAISTO, S.A.: The alcohol expectancy construct: *overview and clinical applications*. In: Cognitive Therapy and Research 1988, 12, S. 487-504.

CONNORS, G.J. / O'FARRELL, T.J. & PELCOVITS, M.A.: Drinking outcome expectancies among male alcoholics during relapse situations. In: British Journal of Addiction 1988, 83, S. 561-566.

CONNORS, G.J. / TARBOX, A.R. & FAILLACE, L.A.: Changes in alcohol expectancies and dring behaviour among problem drinkers. In: Journal of Studies on Alcohol and Drugs 1993, 54, S. 676-683.

CONNORS, G.J. / WAILITZER, K.S. & DERMEN, K.H.: Preparing clients for alcoholism treatment: *effects on treatment participation and outcomes*. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 2002, 70, S. 1161-1169.

CONNORS, W.J.A.: Methadone Maintenance Treatment: A Study of Patients' Perspectives in Prince George, British Columbia. In: UBC Medical Journal 2009, 1, S. 9-11.

CONRATHS, U.: Beziehungsgestaltung in der Klinik aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2002, 2, S. 8-9.

CONTE, H.R. et al.: Outpatients view their psychiatric treatment. In: Hospital and Community Psychiatry 1989, 40, S. 641-643.

CONTE, H.R. et al.: Relations between satisfaction with therapists and psychotherapy outcome. In: Journal of Psychotherapy Practice and Research 1994, 3, S. 215-221

CONTE, H.R. et al.: Determinants of outpatients' satisfaction with therapists: *relation to outcome*. In: Journal of Psychotherapy Practice and Research 1995, 4, S. 43-51.

CONTI, A.: Im Irrenhaus. *Sehr geehrter Herr Doktor, Dies ist mein Leben*, Frankfurt/M. 1974.

COOLEY, C.H.: Human Nature and the Social Order, New York 1902.

COOPER, D.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt/M. 1971.

COPI, I.M. & ROWE, S.: Einführung in die Logik. *Sprache und Argumentation. Kurseinheit 1 und 2*, Hagen 1983.

CORDING, C. & KLEIN, H.E.: Die Bedeutung von Qualitätssicherung und Patientenwünschen für die Zukunft der Psychiatrischen Krankenhäuser. In: CORDING, C. & WEIG, W. (Hrsg.), Die Zukunft des Psychiatrischen Krankenhauses, Regensburg 1997.

CORDING, C. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: Der Nervenarzt 2004, 75, S. 475-482.

CORNELSEN, J. & SCHOBER, K.: Mundwerbung – Begriffsbestimmung und Ergebnisse einer empirischen Studie, Nürnberg 1997.

CORNKITE, R.C. & MOOS, R.H.: Evaluating alcoholism treatment programs: *an integrated approach*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978, 46 (5), S. 1105-1119.

CORNSTOCK, L.M. et al.: Physician behaviours that correlate with patient satisfaction. In: Journal of Medical Education 1982, 57, S. 105-112.

CORRIGAN, P.W.: Consumer satisfaction with institutional and community care. In: Community Mental Health Journal 1990, 26, S. 151-165.

CORSINI, R.J. & ROSENBERG, B.: Mechanisms of group psychotherapy: *Process and dynamics*. In: Journal of Abnormal and Social Psychology 1955, 51, S. 406-411.

CORWIN, R.G.: Krankenschwestern im Rollenkonflikt. In: LUCKMANN, T. & SPRONDEL, W.M. (Hrsg.), Berufssoziologie, Gütersloh 1972, S. 90-105.

COSER, L.A.: Theorie der sozialen Konflikte, Darmstadt 1965.

COYLE, J.: Understanding dissatisfied users: *developing a framework for comprehending criticisms of health care work*. In: Journal of advanced nursing 1999a, 20, S. 723-731.

COYLE, J.: Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of 'personal identity threat'. In: Sociology of health & illness 1999b, 21, S. 95-123.

COYLE, J. & WILLIAMS, B.: Seeing the wood for the trees: *defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research*. In: International Journal of Health Care Quality Assurance 1999, 12, H.4, S. I-IX.

COULTER, A. & MAGEE, H. (Hrsg.): The European Patient of the Future, Philadelphia 2003.

COUSINS, N.: Der Arzt in uns selbst. *Die Gesichte einer erstaunlichen Heilung – gegen alle düsteren Prognosen*, Reinbek 1984.

COZBY, P.C.: Self-disclosure: *a literature review*. In: Psychological Bulletin 1973, 79, S. 73-91.

CRAMER, A. & HOLLER, G.: Zur Erlebniswelt von Patienten. *Eine Befragung in Krankenhäusern gibt Auskunft*. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1983, H.4, S. 202-210.

CREMERIUS, J.: Schichtenspezifische Schwierigkeiten bei der Anwendung der Psychoanalyse. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1975, 117, S. 1229-1232.

CRITES, J.O.: Vocational psychology, New York 1969.

CROISSANT, B. / HÖLZL, M. & OLBRICH, R.: Alexithymie bei Alkoholabhängigen nach Entzug. In: Sucht 2002, 48, S. 265-270.

CRONBACH, L.J.: Coefficient Alpha and the internal structure of the tests. Psychometrica, 16, 1951, 297-334.

CRONIN, J.J. & TAYLOR, A.S.: Measuring Service Quality: *A Reexaminationa and Extension*. In: Journal of Marketing 1992, 56, S. 55-66.

CRONIN, J.J. & TAYLOR, S.A.: SERVPERF versus SERVQUAL. *Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality*. In: Journal of Marketing 1994, 58, S. 125-131.

CROSS, D.G. & SHEEHAN, P.W.: Secondary therapist variables operating in short-term insight-oriented and behavior therapy. In: British Journal of Medical Psychology 1982, 55, S. 274-275.

CROW, R. et al.: The measurement of satisfaction with healthcare: *implications for practice from a systematic review of the literature*. In: Health Technology Assessment 2002, 6 (32), S. 1-244.

CROWFORD, M.J. & KESSEL, A.S.: Not listening to patients – *the use and misuse of patient satisfaction studies*. In: International Journal of Social Psychiatry 1999, 45, S. 1-6.

CROZIER, M. & FRIEDBERG, E.: Macht und Organisation. *Die Zwänge kollektiven Handelns, Königsstein* 1979.

CRUMBACH, J.C. & CARR, G.L.: Treatment of Alcoholics with Logotherapy. In: Substance Use & Misuse 1979, 14, S. 847-853.

CRUMBACH, J.C. / WOOD, W.M. & CHADWICK-WOOD, W.: Logotherapy: *New help for problem drinkers*, Chicago 1980.

CRYNS, A. et al.: The hierarchical structures of geriatric patient satisfaction: *An older patient satisfaction scale designed for HMO's*. In: Medical Care 1989, 27, S. 802-816.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Auf der Suche nach dem guten Leben. In: Psychologie heute 1999a, 2, S. 20-28.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Was fangen Menschen mit ihrer Freizeit an? In: Psychologie heute 1999b, S. 26.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Flow im Beruf: *Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz,* 2. Aufl., Stuttgart 2004.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Flow – der Weg zum Glück. *Der Entdecker des Flow-Prinzipsenthüllt seine Lebensphilosophie,* Freiburg 2006.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Flow: *Das Geheimnis des Glücks*, 13. Aufl. Stuttgart 2007.

CSIKSZENTMIHALYI, M.: Das flow-Erlebnis: *Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen*, 10. Aufl., Stuttgart 2008.

CSIKSZENTMIHALYI, M. & HUNTER, J.: Happiness in Everyday-Life: *The Uses of Experience Sampling*. In: Journal of Happiness Studies 2003, 4, S. 185-199.

CULLEN, W. / BURGY, G. & LEAHY, M.: "What makes a good doctor?" *A cross sectional survey of public opinion*. In: Irish Medical Association 2003, 96, S. 38-41.

CUMMING, J. & CUMMING, E.: Ich und Milieu. *Theorie und Praxis der Milieutherapie*, Göttingen 1979.

CUTTING, P. & HENDERSON, C.: Erfahrungen von Frauen mit Krankenhauseinweisungen. In: Psychiatrische Pflege 2005, 11, S. 9-16.

CVRLJE, D.: Zufriedenheit der Patienten sinkt. *Renate Köcher vom Institut für Demoskopie Allensbach zum Gesundheitssystem*. In: Südkurier 24.04.2002, Nr.95, S. 4.

CZOGALIK, D.: Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990a, S. 7-30.

CZOGALIK, D.: Wirkmomente in der Interaktion am Beispiel der therapeutischen Selbstöffnung. In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990b, S. 155-179.

CZOGALIK, D. & KÖLTZOW, R.: Zur Normierung des Stuttgarter Bogens. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1987, 23, S. 36-45.

DABHOLKAR, P.A.: Customer satisfaction and service quality: *Two constructs or one*? In: Journal of the American Marketing Association 1993, 4, S. 10-18.

DÄHNHARDT, O.: Das unzufriedene Kamel. In: Ders, Natursagen. *Band 4: Tiersagen*, Berlin 1912, S. 265-266.

DAHM, A.: Zum Phänomen der Antipsychiatrie seit dem 19. Jahrhundert, Bonn 1983.

DAHRENDORF, R.: Homo Sociologicus, Opladen 1977.

DAHRENDORF, R.: Der moderne soziale Konflikt, Stuttgart 1992.

DAIG, I. & LEHMANN, A.: Verfahren zur Messung der Lebensqualität. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2007, 16, S. 5-23.

DALBERT, C.: Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: *Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität*. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1992, 4, S. 207-220.

DALMA, G.: Körperbau und Psychose. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1925, 97, S. 782-798.

DAMBOWSKI, C.: Die Sprache der Haut. In: Psychologie heute 1990, H. 10, S. 28-33.

DAMSCH-WIEHAGER, R.: Richard Oelze »Erwartung«. *Die ungewisse Gegenwart des Kommenden*, Frankfurt/M. 1993.

DANNEGGER, E.: Effizienz eines multimodalen Verhaltenstherapieprogramms zur Behandlung von Schlafstörungen im Rahmen einer stationären Langzeittherapie bei Alkohol- und Benzodiazepinabhängigen. In: Praxis klinischer Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1999, 47, S. 39-46.

DANTE: Die Göttliche Komödie, Stuttgart 1986.

DARLINKTON, R.B. & MACKER, C.E.: Displacement of guilt-produced altruistic behaviour. In: Journal of Personality and Social Psychology 1966, 4, S. 442-443.

DARWIN, C.: Die Abstammung des Menschen, 2. Aufl., Wiesbaden 1992.

DARWIN, C.: Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren, Frankfurt/M. 2000.

DAßLER, H. / MÜLLER, M. & SCHWARZ, T.: Reality Zapping oder der Nutzen von Systemtheorie und Konstruktivismus für die Sozialarbeit. In: Neue Praxis 1997, H. 6., S. 503-513.

DAUENHEIMER, D. et al.: Die Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhnung. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band III: Motivations-, Selbst- und Informationsver-arbeitungstheorien,* 2. Aufl., Bern 2002, S. 159-190.

DAUWALDER, H.P. et al.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. *IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen*. In: Nervenarzt 1984, 55, 257-264. DAVIDSON, R.: Emotion and affective style: *Hemispheric subsubstrates*. In: Psychological Science 1992, 3, S. 39-43.

DAVIDSON, R. et al.: Emotional expression and brain physiology. In: Journal of Personality and Social Psychology 1992a, 58, S. 330-341.

DAVIDSON, R. et al.: Individual differences in anterior brain asymmetry and fundamental dimensions of emotion. In: Journal of Personality and Social Psychology 1992b, 62, S. 676-687.

DAVIDSON, R. et al.: Making a life worth living: *Neural correlates of well-being*. In: Psychological Science 2004, 15, S. 367-372.

DAVIES, A.R. & WARE, J.E.: Measuring patient satisfaction with dental care. In: Social Science & Medicine 1981, 15A, S. 751-760.

DAVIES, E. & CLEARY, P.: Hearing the patient's voice? *Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement*. In: Quality and Safety in Health Care 2005, 14, S. 428-432.

DAVIES, N. / DAY, P. & PRUDLO, U.: Zur therapeutischen Beziehung im virtuellen Raum (Internet) – *Eine explorative Online-Studie*, Tübingen 2005.
ULR:http://www.fob.uni-tuebingen.de/fachpublikum/forschung/feldstudie.php?page1-4
[Stand: 22.05.2007]

DAVIES-OSTERKAMP, S.: Angst und Angstbewältigung bei chirurgischen Patienten. In: Medizinische Psychologie 1977, 3, S. 169-184. Wiederabgedruckt in: BECKMANN, S. / DAVIES-OSTERKAMP, S. & SCHEER, J.W. (Hrsg.), Medizinische Psychologie. *Forschung für Klinik und Praxis*, Berlin 1982, 148-167.

DAVIES-OSTERKAMP, S.: Psychologische Vorbereitung chirurgischer Patienten. In: BASLER, H.-D. & FLORIN, I. (Hrsg.), Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, Stuttgart 1985, S. 216-224.

DAVIES-OSTERKAMP, S. & MÖHLEN, K.: Postoperative Genesungsverläufe bei Patienten der Herzchirurgie in Abhängigkeit von präoperativer Angst und Angstbewältigung. In: Medizinische Psychologie 1978, 3, S. 247-260.

DAVIES-OSTERKAMP, S. & MÖHLEN, K.: Psychische und körperliche Reaktionen bei Patienten der offenen Herzchirurgie in Abhängigkeit von präoperativen psychischen Befunden. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1979, 25, S. 128-140.

DAVIES-OSTERKAMP, S. & SALM, A.: Ansätze zur Erfassung psychischer Adaptionsprozesse in medizinischen Belastungssituationen. In: DAVIES-OSTERKAMP, S. & PÖPPEL, E. (Hrsg.), Medizinische Psychologie. Themenheft: Emotionsforschung, Köln 1980, S. 66-80.

DAVIES-OSTERKAMP, S.: Der Düsseldorfer Wirkfaktorenfragebogen – e*in Instrument zur differenziellen Beschreibung von Gruppenpsychotherapien*. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996, S. 116-127.

DAVIES-OSTERKAMP, S. et al.: Therapeutische Faktoren in zwei Formen psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie. *Eine empirische Untersuchung an Selbsterfahrungsgruppen*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1989, 25, S. 313-328.

DAVIES-OSTERKAMP, S. / JUNG, K. & OTT, J.: Therapeutische Faktoren in der psychoanalytisch-interaktionellen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie: *Eine empirische Untersuchung*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1992, 42, S. 102-109.

DAVIS, M.A. / SEBASTIAN, J.G. & TSCHETTER, J.: Measuring quality of nursing home service: *residents' perspective*. In: Psychological Reports 1997, 81, S. 531-542.

DAVITZ, J.R. & DAVITZ, L.J.: The communication of feelings by content-free speech. In: Journal of Communication 1959, 9, S. 6-13.

DAY, E.: The Role of Value in Consumer Satisfaction. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 2002, 15, S. 22-32.

DAY, R.: Extending the Concept of Consumer Satisfaction. In: Advances in Consumer Research 1977, 4, S. 149-154.

DAY, R.: Modelling Choices Among Alternative Response to Dissatisfaction. In: Advances in Consumer Research 1984, S. 496-499.

DEANE, F.P. / SPICER, J. & LEATHEM, J.: Effects of videotaped preparatory information on expectations, anxiety and psychotherapy outcome. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992, 60, S. 980-984.

DEARING, R.L. et al.: Indicators of client engagement: *influences on alcohol treatment satisfaction and outcome*. In: Psychology of Addictive Behaviours 2005, 19, S. 71-78.

DEBER, R. / KRAETSCHMER, N. & IRVINE, J.: What role do patients wish to play in treatment decision making? In: Archivs of Internal Medicine 1996, 156, S. 1414-1420.

DEBREY, H.: A cross-national validation of the client satisfaction questionnaire. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 395-400.

DEBORD, G.: Die Gesellschaft des Spektakels, Berlin 1996.

DE BOIS-REYMOND, M.: Die moderne Familie als Verhandlungshaushalt. *Eltern-Kind-Beziehungen in West- und Ostdeutschland und in den Niederlanden*. In: Dies. et al. (Hrsg.), Kinderleben. *Modernisierung von Kindheit im interkulturellen Vergleich*. Opladen 1994, S. 63-135.

DE BOIS-REYMOND, M. / BÜCHNER, P. & KRÜGER, H.H.: Die moderne Familie als Verhandlungshaushalt. *Zum Wandel des Generationsverhältnisses im interkulturellen Vergleich*. In: Neue Praxis 1993, 23, S. 32-42.

DEBUS, C. et al.: Für wen forscht die Psychiatrie ? – *Vorwort*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1997, H.3, S. 4.

DELIUS, C. et al.: Gesichte der Philosophie. *Von der Antike bis Heute*, Köln 2000.

DELSIGNORE, A. / SCHNYDER, U. & ZNOJ, H.: Erfassung spezifischer Kontrollerwartungen: *Der Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen (TBK)*. In: Verhaltenstherapie 2006, 16, S. 43-49.

DELSIGNORE, A. & SCHNYDER, U.: Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: *A systematic review*. In: British Journal of Clinical Psychology 2007, 46, S. 467-483.

DELSIGNORE, A. et al.: Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. In: British Journal of Clinical Psychology 2008, 47, S. 281-293.

DELSIGNORE, A.: Kontrollerwartungen und Psychotherapieerfolg: *Wissenschaftliche Erkenntnisse und Implikationen für die klinische Praxis*. In: Verhaltenstherapie 2006, 16, S. 43-49.

DE MAN, H.: Der Kampf um die Arbeitsfreude. *Eine Untersuchung auf Grund der Aussagen von 78 Industriearbeitern und Angestellten*, Jena 1927.

DE TARDE, G.: Die Gesetze der Nachahmung, Frankfurt/M. 2003.

DECK, R.: Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. *Ihre sozialmedizinsiche und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg,* Lage 1999.

DECK, R.: Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu rehabezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2006a, 15, S. 175-183.

DECK, R.: Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Motivationseinschätzung von Patienten und ihren behandelnden Ärzten und ihr jeweiliger Einfluss auf die Rehabilitationsergebnisse*. In: NÜBLING, R. / MUTHNY, F.A. & BENGEL, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006b, S. 76-95.

DECK, R. / KOHLMANN, T. & RASPE, H.: Erwartungen und Motivation bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1998a, 6, S. 101-108.

DECK, R. et al.: Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivation bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens*. In: Rehabilitation 1998b, 37, S. 140-146.

DECK, R. / ZIMMERMANN, M. & RASPE, H.: Zufriedene oder unzufriedene Patienten: *Welche Merkmale bestimmen die Zufriedenheit einer Rehabilitationsmaßnahme?* In: DRV-Schriften, Band 20: Frankfurt/M. 2000, S. 39-40.

DECK, R. & BÖHMER, S.: Erfahrungen alter Menschen in einem Krankenhaus. In: Gesundheitswesen 2001, 63, 522-529.

DECKERS, R. & HEINEMANN, G.: Mystery Shopping. *Mit Testkäufern Verkauf und Service nachhaltig verbessern*, Göttingen 2006.

DECKING-SCHWILL, B.: Welche Erwartungen richten sich an das Krankenhaus aus Sicht des Patienten. In: Krankenhaus Umschau 1991, 60, S. 389-392.

DEDERICHS, B.: Die Intensivstation aus der Sicht chirurgischer Patienten und ihrer Angehörigen: *eine retrospektive Studie*, Düsseldorf 1991.

DEGES, F.: Der Einsatz von Testkunden im Einzelhandel. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1992, 1, S. 85-100.

DEGNER, L. et al.: Information needs and decisional preferences in woman with breast cancer. In: Journal of the American Medical Association 1997, 277, S. 1485-1492.

DEGNER, L. & SLOAN, J.: Decision making during serious illness: *what role do patients really want to play?* In: Journal of Clinical Epidemiology 1992, 45, S. 941-950.

DEHLINGER, E. & ORTMANN, K.: Gesundheitszufriedenheit in der BRD und der ehemaligen DDR – *ein Vergleich*. In: Das deutsche Gesundheitswesen 1992, 54, S. 88-94.

DEHLINGER, E. & BRENNECKE, R.: Die Akzeptanz der sozialen Sicherung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 1992, 54, S. 229-243.

DEHMLOW, A. / ZIELKE, M., & LIMBACHER, K.: Konzeptionelle Gestaltung und Ergebnisse eines Entlassungsfragebogens nach stationärer Verhaltenstherapie. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation1999, 45, S. 28-34.

DEHN-HINDENBERG, A.: Qualität aus Patientensicht: *Kommunikation, Vertrauen und die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2008, 13, S. 298-303.

DEITERING, F.G.: Folgeprozesse bei Mitarbeiterbefragungen, München 2006.

DE JAGER, U.: Patientenzufriedenheit und Outcome in der medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, Inaugural-Dissertation, Universität Freiburg 1998.

DE JONG, M.: Ein Akt moderner Tortur. *Teil I: Die Wahnbriefe*, Berlin 1890.

DE JONG, R. / HENRICH, G. & NOPPENEY, G.: Die Erfassung "antidepressiver" Gedanken sowie der subjektiven Bewertung dieser Bewältigungsstrategien bei depressiven und nichtdepressiven Kontrollpersonen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1985, 14, S. 39-52.

DE JONG-MEYER, R. et al.: Vergleich rückfälliger und nicht rückfälliger Alkoholabhängiger. In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 81-89.

DE JONG-MEYER, R, & HEYDEN, T. (Hrsg.): Rückfälle bei Alkoholabhängigen. *Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses*, München 1993.

DELBANCO, T.L. et al.: Picker Commonwealth Program for PatientCentreed Care. Medical/Surgical Patient Interview. Vervielfältigtes Formblatt, Bosten, Jan. 1992.

DELBANCO, T.L.: Die Rolle von Arzt und Patient bei der Heilung. In: MOYERS, B. (Hrsg.), Die Kunst des Heilens: *vom Einfluss der Psyche auf die Gesundheit*, München 1994, S. 21-36.

DELGADO, A. / LOPEZ-FERNANDEZ, L.A. & DE DIOS LUNA, J.: Influence of the Doctor's Gender in the Satisfaction of the Users. In: Medical Care 1993, 31, S. 795-800.

DEM, G.: Großstadtjugend. *Beobachtungen und Erfahrungen aus der Welt der großstädtischen Arbeiterjugend*, Berlin 1919.

DEMAND, J.: Über die Depotenzierung psychiatrischer Rehabilitation durch die sog. personenbezoge Hilfe. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2000, H. 3, S. 30-34.

DEMBO, T. & HANFMANN, E.: The Patients' Psychological Situation upon Admission to a Mental Hospital. In: American Journal of Psychiatry 1935, 3, S. 381-408.

DEMELBAUER, S. / HERKNER, W. & MARX, R.: Kognitive Dissonanz, Reaktanzbereitschaft und dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Gruppen mit unterschiedlichem Alkohol- und Nikotingebrauch. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1999, 22, S. 17-33.

DEMLING, L. & FLÜGEL, H.: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1975, 100, S. 1587-1589.

DEMMEL, R.: Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: *Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus?* In: Sucht 2002, 6, S. 454-456.

DEMMEL, R. / RIST, F. & OLBRICH, R.: Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. In: FACHVERBAND SUCHT e.V. (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie, Geesthacht 2001, S. 221-227.

DEMMEL, R. & HAGEN, J.: Faktorenstruktur und psychometrische Eigenschaften einer gekürzten deutschsprachigen Version des Alcohol Expectancy Qusetionnaire (Brief AEQ-G). In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychotherapie 2002, 23, S. 205-216.

DENEKE, F.W. et al.: Wie erleben sich Gesunde ? In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1987, 37, S. 156-160.

DENNER, B. & HALPRIN, F.: Client and therapists evaluate clinical service. In: American Journal of Community Psychiatry 1974, 2, S. 372-378.

DENZIN, N.K.: The Research Act. *A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, New York 1978.

DEPPE, H.-U.: Zum Objekt der Medizin. In: Das Argument 1969, 50, S. 284-298.

DERIVAUX, J.C. / ERZBERGER, C. & RUHSTRAT, E.-U.: Patient im Krankenhaus. *Untersuchung der Patientenzufriedenheit im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost*, Bremen 1988.

DERLEGA, V.J. / WINSTEAD, B.A. & LEWIS, R.J.: Clients' responses to dissatisfaction in psychotherapy: *a test of rusbult's exit-voice-loyalty-neglect model.* In: Journal of Social and Clinical Psychology 1993, 12, S. 307-318.

DERLEGA, V.J. et al.: A preliminary study of an attraction-barrier model of patients' commitment and responses to dissatisfaction in psychotherapy. In: Psychotherapy 2001, 38, S. 283-296.

DERRIDA, J.: Die Schrift und die Differenz, Frankfurt/M. 1976.

DERRIDA, J.: Grammatologie, Frankfurt/M. 1983.

DESBOROUGH, J.A. et al.: Does it matter whether recipient of patient questionnaire in general practice is the general practitioner or an independent researcher? In: BMC Medical Research Methodology 2008, 27, H. 8, S. 42.

DE SHAZER, S.: Der Dreh. *Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, Heidelberg 1989.

DE SHAZER, S.: Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Stuttgart 1990.

DE SHAZER, S. & BERG, I.K.: Kurztherapie – *Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen*. In: Zeitschrift für Familiendynamik 1986, 11, S. 182-205.

DER SPIEGEL (o.V.): „Eia-popeia, bitte nicht schlagen!". *SPIEGEL-Reportage über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (VI): Geisteskranke*. In: Der Spiegel 1971, 29, S. 38-51.

DER SPIEGEL (o.V.): Was soll Bonn tun? *Spiegel-Umfrage über innere Reformen*. In: Ders Spiegel 1970a, 24, H. 46, S. 74-94.

DER SPIEGEL (o.V.): Krankenhäuser: *Die im Elend*. Der Spiegel 1970b, 24, H. 50, S. 46-62.

DER SPIEGEL (o.V.): Rache der Halbgötter. In: Der Spiegel 1971, 18, 198-200.

DER ZUFRIEDENE: Eine Wochenschrift, Nürnberg 1763-1764 (104 Ausgaben).

DESCARTES, R.: Meditationen über die Grundlagen der Philosophie mit sämtlichen Einwänden und Erwiderungen, Hamburg 1972.

DESCARTES, R.: Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung, Hamburg 1990.

DEUSINGER, M.: Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Göttingen 1986.

DEUTSCH, H.: Über Zufriedenheit, Glück und Ekstase. In: Zeitschrift für Psychoanalyse 1927, 13, S. 410-419.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄT e.V.: Begriffe zum Qualitätsmanagement, Berlin 1993.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE: Abschlussbericht des Projektes »Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie«
URL:http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download.de/Abschlussbericht.pdf
[Stand 22.07.2009a]

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE: Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – *Ein Ratgeber*.
URL:http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download.de/Ratgeber.pdf
[Stand 22.07.2009b]

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE: Aktuelle Liste deutscher Beschwerdestellen.

URL:http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download.de/Beschwerdestellen.pdf
[Stand 22.07.2009c]

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT: PASQOC-Studie: *Ergebnisse der ersten bundesweiten Befragung zur Patientenzufriedenheit in der ambulanten onkologischen Versorgung.* In: Forum DKG 2003, 1, S. 6.

DEUTSCHER EVANGELISCHE KRANKENHAUSVERBAND: Humanität im Krankenhaus. *Berichte und Vorschläge zur patientenbezogenen Gestaltung des Krankenhausbetriebs*, Stuttgart 1981.

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT: Wartezeiten belasten Arzt-Patienten-Verhältnis nicht. URL:http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37918/Wartezeiten_belasten_Arzt-Patienten-Verhaeltnis_nicht.htm
[Stand: 10.10.2009]

DE VOE, J. et al.: Congruent Satisfaction: *Is there geographic correlation between patient and physician satisfaction?* In: Medical Care 2007, 45, S. 88-94.

DEWALD, H.: Die Hospitalisation psychisch Kranker aus der Sicht der behandelnden Ärzte im Vergleich zur Patientenmeinung, Tübingen 1991.

DEWE, B. / FERCHHOFF, W. & PETERS, F.: Professionelle Kompetenz im Wandel – *alte Probleme und neue falsche Propheten*. In: MÜLLER, S. et al. (Hrsg.): Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik II. *Theoretische Konzepte und gesellschaftliche Strukturen*, Bielefeld 1984, S. 297-337

DEWE, B. & OTTO, H.-U.: Professionalisierung. In: EYFERTH, H. / OTTO, H.-U. & THIERSCH, H. (Hrsg.), Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Darmstadt 1984, S. 774-811.

DEWE, B. et al.: Professionalisierung. *Kritik. Deutung. Soziale Dienste zwischen Verwissenschaftlichung und Wohlfahrtsstaatskrise*, Frankfurt/M. 1986.

DEWE, B. & FERCHHOFF, W.: Abschied von den Professionen oder die Entzauberung der Experten? *Zur Situation der helfenden Berufe in den 80er Jahren*. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1987, 23, S. 147-182

DEWE, B. et al.: Professionelle Arbeit kann warten, bis man sie braucht. In: Sozialmagazin 1987, 12, H.2, S. 30-36.

DEWE, B. et al.: Professionelles soziales Handeln. *Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis*, Weinheim und München 1993.

DHOLAKIA, P. & WESTBROOK, R.: Understanding positivity effects of firm-sponsored satisfaction surveys on consumer behaviour. In: Advances in Consumer Research 2007, 34, S. 430-450.

DICHTL, E. et al.: Wie gut ist die Nahversorgung? *Eine Untersuchung zur Versorgungszufriedenheit bei eingeschränkter Konsumentenmobilität.* In: der markt 1982, 18, S. 20-28.

DICHTL, E. & MÜLLER, S.: Anspruchsinflation und Nivillierungstendenz als meßtechnische Probleme in der Absatzforschung. In: Marketing ZFP 1986, 8, S. 233-236.

DIBBELT, S. et al.: Qualitätssicherung der Arzt-Patient-Interaktion in der stationären medizinischen Rehabilitation: Problem- und Potenzialanalyse und die Entwicklung eines berufsbe-

gleitenden Trainings kommunikativer Fertigkeiten für Ärzte. In: DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.), Abschlußbericht des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften 2002-2006, Bielefeld 2006, S. 210-216.
URL:http://www.versorgungsforschung.nrw.de/content/e67/e106/e660/referenzbox698/object706/Dr.Dippelt-Patient-Arzt-Interaktion20.09.06.pdf
[Stand 29.06.2007]

DIBBELT et al.: Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation P.A.INT.: *Messung der Qualität und Entwicklung eines Trainingskonzepts*, Würzburg 2007.
URL:http://www.psychotherapie-uni-wuerzburg.de/termine/datein/Dibbelt/107.pdf
[Stand 29.06.07]

DI BLASI, Z. et al.: Influence of context effects on health outcomes*: a systematic review*. In: Lancet 2001, 357, S. 757-762.

DICK, B. et al.: Qualitätskriterien der Patientenorientierung in Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Krankenhauspsychiatrie 2001, 12, 145-151.

DICK, B. et al.: Die „Balanced Scorecard" als Chance für die ärztliche Klinikleitung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2002, 7, 166-172.

DICKENS, C.: Die Pickwickier, München 1986.

DICKES, P. & STEIWER, L.: Ausarbeitung von Lesbarkeitsformeln für die deutsche Sprache. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1977, 11, S. 20-28.

DICKHÖFER, K.: Frühe Formen der Antipsychiatrie und die Reaktion der Psychiatrie. In: Medizinhistorisches Journal 1984, 19, S. 100-111.

DICKHOFF, H. & LANIN, M.: Patient's views of group psychotherapy. In: Journal of Group Psychotherapy 1963, 13, S. 61-73.

DI CLEMENTE, C.C. et al.: The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. In: Journal of Studies on Alcohol 1994, 55, S. 141-148.

DIDIER, J. & HAASE, R.: Vom Patienten zum Fürsprecher. *Interessenvertretung in Leipzig*. In: Soziale Psychiatrie 1996, 20, H.2, S. 13.

DIE BIBEL: Übersetzung von Franz Eugen Schlachter. *Version 2000*, 2. Aufl., Bielefeld 2004

DIEKMANN, A.: Empirische Sozialforschung. *Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, 12. Aufl., Reinbek 2004.

DIEKMANN, A. & FRANZEN, A.: Der Schweizer Umweltservey, Bern 1994.

DIEKMANN, A. et al.: Der Schweizer Arbeitsmarktsurvey, Bern 1998.

DIEKMANN, A. & JANN, B.: Anreizformen und Ausschöpfungsquoten bei postalischen Befragungen. *Eine Prüfung der Reziprozitätshypothese*. In: ZUMA-Nachrichten 2001, 25, S. 18-27.

DIEM, S.J. / LANTOS, J.D. & TULSKY, J.A.: Cardiopulmonary resuscitation on television. *Miracles and misinformation*. In: New England Journal of Medicine 1996, 334, S. 1578-1582.

DIENER, E.: Subjective well-being. In: American Psychologist 2000, 55, S. 34-43.

DIENER, E. et al.: Happiness of the very wealthy. In: Social Indicators Research 1985a, 16, S. 263-274.

DIENER, E. et al.: The satisfaction with life scale. In: Journal of Personality Assessment 1985b, 49, S. 71-75.

DIENER, E. et al.: The relationship between income and subjective well-being: *relative or absolute*. In: Social Indicators Research 1993, 28, S. 195-223.

DIENER, E. / DIENER, M. & DIENER, C.: Factors predicting the subjective well-being of nations. In: Journal of Personality and Social Psychology 1995, 69, S. 851-864.

DIENER, E. & DIENER, C.: Most people are happy. In: Psychological Science 1996, 3, S. 181-185.

DIENER, E. & SUH, E.: Measuring quality of life: *Economic, social, and subjective indicators*. In: Social Indicators Research 1997, 40, S. 189-216.

DIENER, E & LUCAS, R.E.: Personality and subjective well-being. In: KAHNEMAN, E. / DINER, E. & SCHWARZ, N. (Hrsg.), Well-being: *The foundations of hedonic psychology*, New York 1999, S. 213-229.

DIENER, E. et al.: Subjective well-being: *Three decades of progress*. In: Psychological Bulletin 1999, 125, S. 276-302.

DIENER, E. & SUH, E.S.: National differences in subjective well-being. In: KAHNEMAN D. / DIENER, E. & SCHWARZ, N. (Hrsg.), Well-Being: *The Foundations of Hedonistic Psychology*, New York 2000.

DIENER, E. & OISHI, S.: Money and Happiness: *Income and Subjective Well-Being Across Nations*. In: DIENER, E. & SUH, E. (Hrsg.), Culture and Subjective Well-Being, Cambridge 2000, S. 185-218.

DIENER, E. & BISWAS-DIENER, R.: Will Money Increase Subjective Well-Being? In: Social Indicators Research 2002, 57, S. 119-169.

DIENER, E. & SELIGMAN, M.E.: Beyond Money: *Toward an Economy of Well-Being*. In: Psychological Science in the Public Interest 2004, 5, S. 1-31.

DIERKS, M.L. et al.: Focus-group-discussions – *Eine Methode zur Erhebung von Patientenbedürfnissen in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. In:* Zeitschrift für Allgemeine Medizin 1994, 70 (22), S. 623-638.

DIERKS, M.L. et al.: Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung – *Ergebnisse einer Pilotstudie (I)*. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 1995a, 11, S. 3-5.

DIERKS, M.L. et al.: Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung – *Ergebnisse einer Pilotstudie (II)*. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 1995b, 12, S. 17-22.

DIERKS, M.L. et al.: Was erwarten Patienten von Ihrem Hausarzt? *Ergebnisse einer Pilotstudie*. In: SZECESNYI, J. & GERLACH, F.M. (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. *Nationale und Internationale Perspektiven*, Stuttgart 1995c, S. 65-69.

DIERKS, M.L. et al. : Die Perspektive der Patienten in der Beurteilung der Qualität hausärztlicher Versorgung – *Patientenerwartungen und die praktische Relevanz von Patientenbefragungen durch focus-group-discussions*. In: HAASE, I. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W. (Hrsg.), Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. *Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesen*, Sankt Augustin 1995d, S. 145-156.

DIERKS, M.L. / BITZER, E.M. & SCHWART, F.W.: Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis – *Teilnahmebereitschaft der Ärzte und Implikationen für das Qualitätsmanagement*. In: Das Gesundheitswesen 1996; 58, LXXXVIII.

DIERKS, M.L. & BITZER, E.M.: Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement – *Focus-group-discussions als qualitatives Erhebungsinstrument*. In: RUPRECHT, T. (Hrsg.), Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*, Sankt Augustin 1998, S. 69-77.

DIERKS, M.L. / BITZER, E.M. & SCHWART, F.W.: Patientenbefragungen in der Arztpraxis – *Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten*. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2000, 94, S. 389-395.

DIERKS, M.L. & SEIDEL, G.: Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – *wollen Patienten wirklich Partner sein?* In: HÄRTER, M. / LOH, A. & SPIES, C. (Hrsg.), Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue *Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*, Köln 2005, S. 35-44.

DIERSE, U.: Geistliche und weltliche Zufriedenheit. In: Archiv für Begriffsgeschichte 2004, Bd. 46, S. 183-196.

DIES, R.R.: Die Rolle des Therapeuten in der Gruppenpsychotherapie (Teil 1) – *Vorbereitung der Bedingungen für therapeutische Veränderung*. In: TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 88-93.

DIETSCHER, C. et al.: Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: *Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generation*, Wien 2002.

DIETZ, A.: Die Behandlungsvereinbarung – *Versuch einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ungleichen Partnerinnen*. AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 363-367.

DIETZ, A. & PÖRKSEN, N.: »Für den Fall, dass …« – *Vom psychiatrischen Testament zum Behandlungsvertrag*. In: Soziale Psychiatrie 1994, 2, S. 22-24.

DIETZ, A. et al.: Die Behandlungsvereinbarungen – *neue Wege zur Vertrauensbildung zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Professionellen*. In: Soziale Psychiatrie 1995, 3, S. 22-25.

DIETZ, A. / PÖRKSEN, N. & VOELZKE, W. (Hrsg.): Behandlungsvereinbarungen. *Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*, Bonn 1998.

DIETZ-PIRAM, E.W. / SPOHR, H.O.R. & NIKLAUS, B.: Die Bedeutung des Arbeitsbündnisses in der klinischen Psychotherapie. In: HAU, T.F. & MEßNER, K.L. (Hrsg.), Psychoanalyse und Klinische Psychotherapie, Bad Krozingen 1988, S. 130-143.

DIEWALD, M.: Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung*? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken,* Berlin 1991.

DIDEROT, D.: Brief über den Blinden. *Zum Gebrauch für die Sehenden.* In: Ders., Philosophische Schriften (2 Bd.), Bd. 1, Frankfurt/M. 1967, S. 49-110.

DIDEROT, D.: Gründe, meinen alten Hausrock nachzutrauern. Über die Frauen. *Zwei Essays*, Berlin 1993.

DILLER, H.: Variety Seeking. In: Ders. (Hrsg.), Vahlens Großes Marketing-Lexikon, München 1992, S. 1182.

DILLER, H.: Beziehungsmanagement. In: KÖHLER, R. / TIETZ, B. & ZENTES, J. (Hrsg.), Handwörterbuch des Marketing, Stuttgart 1995a, S. 265-300.

DILLER, H.: Kundenmanagement. In: KÖHLER, R. / TIETZ, B. & ZENTES, J. (Hrsg.), Handwörterbuch des Marketing, Stuttgart 1995b, S. 1363-1376.

DILLER, H.: Kundenbindung als Marketingziel. In: Marketing ZFP 1996, 2, S. 81-94.

DILLER, H.: Preiszufriedenheit bei Dienstleistungen. *Konzeptualisierung und explorative empirische Befunde.* In: Die Betriebswirtschaft 2000, 60, S. 570-587.

DIRKS-WETSCHKY, N. & TROJAN, A.: Patientenbefragungen als Instrument für Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Gesundheitswesen 1998, 60, A40.

DIRKS-WETSCHKY, N. & TROJAN, A.: Führen Patientenbefragungen zu besserer Versorgungsqualität? *Ergebnisse einer Krankenhausbefragung über Maßnahmen der Qualitätssicherung im Anschluss an Patientenbefragungen.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 347-360.

DILLMAN, D.A.: Mail and telephone surveys. *The total design method*, New York 1978.

DILLMAN, D.A.: Mail and internet surveys. *The tailored design method*, New York 2000.

DIMAGGIO, P.J. & POWELL, W.W.: The Iron Cage Revisited: *Institutional Isomorphismus and Collective Rationality in Organizational Fields.* In: American Sociological Review 1983, 48, S. 147-160.

DIMAGGIO, P.J. & POWELL, W.W.: Das "stahlharte Gehäuse" neu betrachtet: *Institutioneller Isomorphismus und kollektive Rationalität in organisationalen Feldern.* In: MÜLLER, H.-P. & SIGMUND, S. (Hrsg.), Zeitgenössische amerikanische Soziologie, Opladen 2000, S. 175-

DIMATTEO, M.R. & TARANTA, A.: Nonverbal communication and physician–patient rapport: *An empirical study*. In: Professional Psychology. 1979, 10, S. 540-547.

DIMATTEO, M.R. / FRIEDMAN, H.S. & TARANTA, A.: Sensitivity to bodily nonverbal communication as a factor in practitioner-patient rapport. In: Journal of Nonverbal Behaviour 1979, 4, S. 18-26.

DIMATTEO, M.R. & HAYS, R.A.: The significance of patients' perception of the physician conduct: *A study of patient satisfaction in a family practice center*. In: Journal of Community Health 1980, 6, S. 18-34.

DIMATTEO, M.R. et al.: Predicting Patient Satisfaction from Physicians' Nonverbal Communication Skills. In: Medical Care 1980, 18, S. 376-387.

DIMATTEO, M.R. et al.: Affect and neutrality in physician behaviour: *A study of patients' values and satisfaction*. In: Journal of Behavioural Medicine 1985, 8, S. 397-409.

DIMATTEO, M.R. / HAYS, R.D. & PRINCE, L.M.: Relationship of physicians' nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. In: Health Psychology 1986, 5, S. 581-594.

DIMMEK, B. / GOEBEL, J. & KNOTT, G.: Arbeitsorganisation und Arbeitsstil einer psychiatrischen Regionalklinik. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 119-132.

DINGES, M. & BARRAS, V. (Hrsg.): Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. *17. – 21. Jahrhundert*, Stuttgart 2007.

DINKEL, A. & BALCK, F.: Bedürfnisse der Angehörigen von Schädelhirntrauma-Patienten im Rehabilitationsprozess*: ein Literaturüberblick*. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2003, 62, S. 138-156.

DISTEFANO, M-.K. / PRYER, M.W. & GARRISON, J.L.: Psychiatric patients' and staffs' perceptions of clients' satisfaction with hospital services. In: Psychological Reports 1980a, 46, S. 1343-1344.

DISTEFANO, M-.K. / PRYER, M.W. & GARRISON, J.L.: Attitudinal, demographic, and outcome correlates of clients' satisfaction. In: Psychological Reports 1980b, 42, S. 287-290.

DITFURTH, H.v.: Der Geist viel nicht vom Himmel. *Die Evolution unseres Bewusstseins,* 2. Aufl., München 1992.

DITTRICH, S.: "Mystery Patient?" – "Ich, der Patient!": *das Fallbeispiel "Mystery-Patient" als Möglichkeit einer Organisationsentwicklung im Krankenhausbereich durch die Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden unter der Einbeziehung soziologischer und individualpsychologischer Komponenten*, Innsbruck 2005.

DITZEL, D.: Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit in der Poliklinischen Institutambulanz der Universität Osnabrück – *Eine Stichtagserhebung im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements*, Osnabrück 2008.

DMOCH, T.: Das Graphische Differenzial. *Ein Instrument zur internationalen Messung emotionaler Markenerlebnisse*. In: planung & analyse 1999, 2, S. 58-63.

DOBBELSTEIN, T. & WINDBACHER, D.: Mystery Research – *Ziele, Prozess und Qualität eines Verfahrens zum Controlling der Dienstleistungsqualität.* In: SCHUCKEL, M. & TOPOROWSKI, W. (Hrsg.), Theoretische Fundierung und praktische Relevanz der Handlungsforschung, Wiesbaden 2007, S. 103-125.

DOERING, E.R.: Factors influencing inpatient satisfaction with care. In: Quality Review Bulletin 1983, 9, S. 291-299.

DOHERR, S. / RÖDLER, P. & SCHRAPPER, C.: "Alles ganz normal?" *Eine Studie der Universität Koblenz zur Nutzerzufriedenheit und Qualitätssicherung in den Einrichtungen und Diensten der Stiftung Bethesda-St. Martin, gGmbH, Boppard.* Koblenz-Landau 2003.

DOHNKE, B.: Emotionale und motivationale Effekte von Erwartungen und erwartungsbezogenen Erfahrungen im Rehabilitationsprozess. *Eine Untersuchung von Effekten erwartungsgemäßer und erwartungsdiskrepanter Behandlungsergebnisse*, Berlin 2003.

DOHNKE, B. / KNÄUPER, B. & MÜLLER-FAHRNOW, W.: „Sei realistisch!": Realistische Erwartungshaltungen führen zu besseren mittelfristigen Rehabilitationsergebnissen. In: VERBAND DEUTSCHER RENTENVER-SICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.), Tagungsband. „*Teilhabe durch Rehabilitation", 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 4. bis 6. März 2002 in München*, DRV-Schriften 2002, 33, 288-290.

DOHNKE, B. / KNÄUPER, B. & MÜLLER-FAHRNOW, W.: Über die Bedeutung von Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartungen für die Wirksamkeit einer Anschlussheilbehandlung. In: NÜBLING, R. / MUTHNY, F.A. & BENGEL, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006, S. 126-140.

DOLINSKY, A.L. & CAPUTO, R.K.: The Role of Health Care Attributes and Demographic Characteristics in the Determination of Health Care Satisfaction. In: Journal of Health Care Marketing 1990, 10 (12), S. 31-39.

DOERING, E.R.: Factors influencing inpatient satisfaction with care. In: Quality Review Bulletin 1983, 9, S. 291-299.

DÖRING, H. / BITZER, E.M. & SCHWARTZ, F.W.: Patientenzufriedenheit als Health Care Outcome – *das Beispiel der operativen Korrektur der Nasenscheidewand.* In: Gesundheitswesen 1996, 58, S. 510-518.

DÖRING, H. / BITZER, E.M. & SCHWARTZ, F.W.: Patientenzufriedenheit – ein relevanter Outcomeparameter. In: Public Health Forum 1997, 15, S. 10.

DÖRING, M.: An die Unzufriedenen. *Glosse.* In: Ders, Gedichte, Dresden 1827, S. 13-14.

DOERING, S.: Behandlungsvorbereitung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2009, 55, S. 27-36.

DOERING, S. & MÖLLER, H. (Hrsg.).: Frankenstein und Belle de Jour: *30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen*, Berlin u.a. 2008.

DÖRNER, D.: Die Logik des Misslingens. *Strategisches Denken in komplexen Situationen*, 6.Aufl., Reinbek 2007.

DÖRNER, E.: Die Bedeutung von Stimme und Sprechweise für die Persönlichkeitsdiagnostik, Erlangen 1946.

DÖRNER, K.: Wie werde ich Patient oder die Sozialisation zum Patienten. In: Ders., Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/M. 1975, S. 150-177.

DÖRNER, K.: Vorwort, vielleicht auch besser als Nachtwort zu lesen. In: FENGLER, C. & FENGLER, T.: Alltag in der Anstalt. *Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethonomethodologische Untersuchung,* Hannover 1980, S. 5-12.

DÖRNER, K.: Ärztliche Ethik als Beziehungsethik. In: Wege zum Menschen 1998, 50, S. 512-519.

DÖRNER, K.: Der gute Arzt. *Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, Hamburg 2001a.

DÖRNER, K.: Wie viel Psychiatrie soll, muss, darf sein? In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001b, S. 44-51.

DÖRNER, K.: Der "Trialog" – eine Spielart der Ethik-Kommission in der Psychiatrie? In: Ethik in der Medizin 2003a, 15, S. 37-42.

DÖRNER, K.: Die Ordnung der anderen. In: Balint Journal 2003b, H. 4, S. 97-100.

DÖRNER, K.: Das Handeln psychosozialer Profis zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. In: Soziale Psychiatrie 2004, H. 3, S. 37-42.

DÖRNER, K.: Es ist verboten, Personen zu zentrieren! In: Soziale Psychiatrie 2005, H.1, S. 33-37.

DÖRNER, K.: Wie kann der Trialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? *Versuch einer Theoretisierung der Trialog-Praxis*. In: Psychiatrische Pflege 2006, 12, S. 318-321.

DÖRNER, K.: Tödliches Mitleid. *Zur Sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens*, 2. Aufl., Neumünster 2007.

DÖRNER, K. & PLOG, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. 4. Aufl., Rehburg-Loccum 1980.

DÖRNING, H. / BITZER, E.M. & SCHWARTZ, F.W.: Patientenzufriedenheit und klinischer Erfolg – *Vergleichende Diskussion der Ergebnisse aus drei Studien zu Outcomes elektiver chirurgischer Eingriffe*. In: Das Gesundheitswesen 1996, 58, XXXV.

DÖRNING, H. / BITZER, E.M. & SCHWARTZ, F.W.: Patientenzufriedenheit – ein relevanter Outcomeparameter. In: Public Health Forum 1997, 15, S. 10.

DOMINO, G.: Impact of the film, One flow Over the Cuckoo's Nest, on attitudes toward mental illness. In: Psychological Reports 1983, 53, S. 179-182.

DONABEDIAN, A.: Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Foundation Quarterly, 1966, 44, S. 166-203.

DONABEDIAN, A.: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. *Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbour, Michigan 1980.

DONNER-BANZHOFF, H. et al.: Die Wünsche der Patienten. *Was sind die Wünsche der Patienten? Und wie nehmen Ärzte diese wahr? Eine Studie in hausärztlichen Praxen.* In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1996, 72, S. 274-281.

DONNERSTEIN, E. / DONNERSTEIN, M. & MUNGER, G.: Helping Behaviour as a Function of Picturally Induces Moods. In: The Journal of Social Psychology 1975, 97, S. 221-225.

DONOVAN, D.M. et al.: Client Satisfaction with three therapies in the treatment of alcohol dependence: *results from project MATCH*. In: American Journal on Addictions 2002, 11, S. 291-307.

DORENBURG, U.: Instrumente zur Qualitätssicherung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 38(4), 1999, I-VIII.

DORENBURG, U. & TIEFENSEE, J.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: BENGEL, J. & KOCH, U. (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft, Berlin 2000.

DORENBURG, U. et al.: Kontinuierliche, klinikvergleichende Patientenbefragung im Rehabilitationsprogramm der Rentenversicherung: *Konzept, Methodik, Erfahrungen*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 361-369.

DORNACH, F.: Rigorose Kundenorientierung als kontinuierlicher Prozess. In: MEYER, A. (Hrsg.), Handbuch Dienstleistungs-Marketing. *Grundlagen, Management, Umsetzung, Branchenkonzepte und Praxisbeispiele*. Stuttgart 1998, S. 455-464.

DORNACH, F.: Phasen zur Umsetzung von Kundenorientierung. In: DEUTSCHE POST (Hrsg.), Kundenorientierung als Basis für Wettbewerbsvorteile, München 2002, S. 45-48.

DORNES, M.: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen, Frankfurt/M. 1993.

DORON, L.: Ruhige Zeiten, Frankfurt/M. 2007.

DORSCHNER, S. & THIELE, R.: Psychische Belastungssituation auf einer internistischen Intensivtherapieabteilung. *Analyse einer Patientenbefragung.* In: Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin und Ihre Grenzgebiete 1989, 44, S. 545-547.

DOWDS, B.N. & FONTANA, A.F.: Patients and Therapists' expectations and evaluations of hospital treatment: *satisfaction and disappointments*. In: Comprehensive Psychiatry 1977, 18, S. 295-300.

DOUGALL, A. et al.: Rethinking patient satisfaction: *patient experiences of an open access flexible sigmoidosopy*. In: Social Science & Medicine 2000, 50, S. 53-62.

DOYLE, B.J. & WARE, J.E.: Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. In: Journal of Medical Education 1977, 52, S. 793-801.

DREIER, J.: *Bei Entlassung zufriedener*? Zur Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Klinik, Dissertation TU München 1999.

DREIER, J. & HARTMANN, W.: Bei Entlassung zufriedener? Zur *Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Klinik*. In: Psychiatrische Praxis 2000, 27, S. 33.

DREIER, O.: Klienteninteressen in der Psychotherapie. In: Forum Kritische Psychologie 1987, 20, S. 66-83.

DREIßIG, V.: Offene und verdeckte Beobachtung im Krankenhaus: *Bedingungen, Schweißigkeiten, Lösungsmöglichkeiten.* In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 2003, 3, S. 301-307.

DREIßIG, V.: Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: BAUER, U. & BÜSCHEL, A. (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Pflege. *Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung,* Wiesbaden 2008, S. 363-374.

DREITZEL, H. P.: Die Einsamkeit als soziologisches Problem, Zürich 1970.

DRUMMOND, S.P. et al.: The sleep of abstinent pure primary alcoholic patients: *natural course and relationship to relapse.* In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1998, 22, S. 1796-1802.

DIRNAGEL, K.: Neuere Untersuchungsergebnisse zur Beeinflussung des menschlichen Befindens durch das Wetter. In: Therapiewoche 1977, 27, S. 858-870.

DRAF, J.: Beurteilung der klinischen Betreuung in einer operativen gynäkologischen Abteilung durch Patientenbefragung, Marburg 1990.

DRÖGE, C. & MACKOY, R.S.: Postconsumption Cometition. *The Effects of Choice and Non-Choice Alternatives on Satisfaction Formation.* In: Advances in Consumer Research 1995, 22, S. 532-536.

DRÖGE, C. / HALSTEAD, D. & MACKOY, R.S.: The Role of Competitive Alternatives in the Postchoice Satisfaction Formation Process. In: Journal of the Academy of Marketing Behaviour 1997, 25, S. 18-30.

DUBACH, U.C. & RECHENBERG, K.N.: Krankheitsverständnis und Arzt-Patient-Beziehung in der Ambulanz. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1977, 102, S. 1239-1244.

DUBÉ, L. / BÉLANGER, M.-C. & TRUDEAU, E.: The role of emotions in health care satisfaction. In: Journal of Health Care Marketing 1996, 16, S. 45-51.

DUBÉ, L. & MORGAN, M.S.: Capturing the dynamics of in-process consumption emotions and satisfaction in extended service transactions. In: International Journal of Research in Marketing 1998, 15, S. 309-320.

DUBIEL, H.: Kritische Theorie der Gesellschaft. *Eine einführende Rekonstruktion von den Anfängen im Horkheimer-Kreis bis Habermas*, München 1988.

DUBOIS, P.: Vernunft und Gefühl, Bern 1910.

DUBOIS, P.: Einfluss des Geistes auf den Körper, Bern 1914.

DUCAN, O.D.: Does money buy satisfaction? In: Social Indicators Research 1975, 2, S. 267-274.

DUCKRO, P. / BEAL, D. & GEORGE, C.: Research on the Effects of Disconfirmed Client Role Expectations in Psychotherapy: *A Clinical Review.* In: Psychological Bulletin 1979, 86, S. 260-275.

DUDEN: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in acht Bänden. *Band 8: Uri-Zc*, 2. Aufl., Mannheim 1995.

DUDLI, B.: Dankbarkeit und subjektives Wohlbefinden bei älteren Menschen. URL:http://www.zfg.uzh.ch/static/2008/dudli_dankbarkeit.pdf [Stand 10.10.2008].

DÜLBERG, D.: Katamnesedaten 2001. *Daten der sechs Monats Katamnese der Patienten und Patientinnen, die im Jahre 2001 aus der stationären oder teilstationären Rehabilitation im „Stillenberg" entlassen worden sind*, unveröfftl. Bericht, Warstein 2003.

DÜPERTHAL, G.: Liebe und Triebe in der Notaufnahme. *Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen.* In: Mabuse 1999, 24, S. 24-27

DÜR, W. / GROSSMANN, W. & SCHMIED, H.: Patientenzufriedenheit und Patientenerwartungen im Krankenhaus. *Statistische Analysen als Hilfsmittel im Benchmarking.* In: BULLINGER, M. / SIEGRIST, J. & RAVENS-SIEBERER, U. (Hrsg.), Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive, Göttingen 2000, S. 222-243.

DÜRRENMATT, F.: Die Panne. *Komödie in zwei Akten*, 20. Aufl., Zürich 2001.

DÜWEKE, P.: Vom Blick getroffen. *Ich schau dir in die Augen*… In: Psychologie heute 2007, 5, S. 30-35.

DUNHAMN, H.W. & WEINBERG, S.K.: The Culture of the Mental Health Hospital, Detroit 1960.

DUNHAM, R.B. & HERMAN, J.B.: Development of a female faces scale for measure job satisfaction. In: Journal of Applied Psychology 1975, 60, S. 629-631.

DUNCKER, K.: Zur Psychologie des produktiven Denkens, Berlin 1935.

DUNKEL, W.: Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. *Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten.* In: Soziale Welt 1988, 13, S. 66-85.

DUNKEL, W.: Arbeit mit Menschen – Arbeit an Gefühlen. *Über die Kunst der Gefühlsarbeit in sozialen Berufen.* In: MAGRET, F. / NIEDERMEIER, A. & WIMMER, M. (Hrsg.), Wie fest ist das soziale Netz? München 1994, S. 183-190.

DURKHEIM, E.: Kriminalität als normales Phänomen. In: SACK, F. & KÖNIG, R. (Hrsg.), Kriminalsoziologie, Frankfurt/M. 1968, S. 3-8.

DUSSEL, E.: Philosophie der Befreiung, Hamburg 1989.

DUTKE, S. / SCHÖNPFLUG, W. & WISCHNER, R.: Angst im Krankenhaus: *Ein interdisziplinäres Forschungsprojekt.* In: PAWLIK, K. & STAPF, K.H. (Hrsg.), Umwelt und Verhalten. *Perspektiven und Ergebnisse ökopsychologischer Forschung*, Bern u.a. 1992, S. 329-355.

DZIEWAS, H.: Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses. In: GRAWE, K. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen, München 1980, S. 27-55.

EASTERLIN, R.A.: Does money buy happiness? In: The Public Interest 1973, 30, S. 3-10.

EASTERLIN, R.A.: Does economic growth improve the human lot? In: PAUL, D.A. & REDER, M.W. (Hrsg.), Nations and households in economic growth, New York 1974, 89-125.

EASTERLIN, R.A.: Income and Happiness: *Toward a Unified Theory*. In: The Economic Journal 2001, 111, S. 465-484.

EBERHARD, J.A.: Von der Zufriedenheit. In: Ders, Vermischte Schriften, Teil 1, Halle 1784, S. 91-110.

EBERHARD, L.H.J. et al.: Patientenbeurteilung der postoperativen Erholung. In: Anaesthesist 2002, 51, S. 463-466.

EBERHART, L.H.J. et al.: Kreuzvalidierung einfacher Messverfahren zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit mit der anästhesiologischen Versorgung. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2004, 39, 1-6.

EBERLE, U.: Die Weltsprache der 43 Muskeln – *Forscher entschlüsseln das Vokabular unserer Mimik*. In: Bild der Wissenschaft 2004, H.1, S. 24-31.

EBERS. M. & GOTSCH, W.: Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: KIESER, A. (Hrsg.), Organisationstheorien, 2. Aufl., Stuttgart u.a. 1995, S. 185-235.

EBNER, H. & KÖCK, C.M. (Hrsg.): Qualität als Wettbewerbsfaktor für Gesundheitsorganisationen. In: HEIMLER-WAGNER, P. & KÖCK, C.: Management in Gesundheitsorganisationen: *Strategien, Qualität, Wandel*. Wien 1996.

ECHTE, B.: «Was kann man sein, wenn man nicht gesund ist? – Das ist übrigens noch eine Frage!». In: PRO HELVETIA (Hrsg.), Robert Walser / Dossier Literatur 3, Bern 1984, S. 106-117.

ECKART, W.U. & JÜTTE, R.: Medizingeschichte. *Eine Einführung*, Köln u.a. 2007.

ECKENSBERGER, L.H. & REINSHAGEN, H.: Kohlbergs Stufentheorie der Entwicklung des Moralischen Urteils: *Ein Versuch ihrer Reinterpretation im Bezugsrahmen handlungstheoretischer Konzepte*. In: ECKENSBERGER, L.H. & SILBEREISEN, R.K. (Hrsg.), Entwicklung sozialer Kognitionen: *Modelle, Theorien, Methoden, Anwendung*. Stuttgart 1980, S. 65-132.

ECKERT, H.: Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland – *Eine stratifizierte repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung*. In: Rehabilitation 2001, 40, 337-345.

ECKERT, H. & LAVER, J.: Menschen und ihre Stimmen. *Aspekte der vokalen Kommunikation*, Weinheim 1994.

ECKERT, H. / BÖHMER, K. & RESCH, K.-L.: Patientenzufriedenheit – Kundenzufriedenheit: *Kritische Gedanken zu einem wichtigen Parameter der internen Qualitätssicherung*. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2000, 10(2), S. 37-42.

ECKERT, H. & GEYER, S.: Anforderungen an prozessorientierte Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen – *Eine qualitative Studie zu Umsetzungsempfehlungen*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2005, 10, S. 102-110.

ECKERT, J.: Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: *Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klienten und Psychotherapeuten im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg*, Hamburg 1974.

ECKERT, J.: Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden. *Eine Darstellung der Probleme, ihre Ursachen und ein Lösungsvorschlag.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1976, 3, S. 153-163.

ECKERT, J.: Gruppenerfahrungsbogen. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V.: Methoden der empirischen Gruppenforschung. *Ein Handbuch*, Opladen 1996a, S. 160-171.

ECKERT, J.: Das Gruppenwirkfaktoren-Q-Sort nach Yalom. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996b, S. 104-115.

ECKERT, J. / SCHWARZ, H.J. & TAUSCH, R.: Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1977, 6, S. 177-184.

ECKERT, J. / BOLZ, W. & PFUHLMANN, K.: Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der "Ansprechbarkeit" des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1979a, 8, S. 169-180.

ECKERT, J. et al.: Zur Prädiaktion der Effekte einer Gesprächspsychotherapie anhand eines Indikationsinterviews. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1979b, S. 22-29.

ECKERT, J. et al.: Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. *Empirische Untersuchungen über wirksame Faktoren im gruppenpsychotherapeutischen Prozess.* In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1981, 17, S. 142-162.

ECKERT, J. & BIERMANN-RATJEN, E.-M.: Stationäre Gruppenpsychotherapie. *Prozesse – Effekte – Vergleiche*, Berlin 1985.

ECKERT, J. & STRAUß, B.: GEB – *Gruppenerfahrungsbogen.* In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 167-171.

ECKHARDT, H.: Die Technik der schriftlichen Umfrage, Hamburg 1969.

ECKHARDT-ABDULLA, R. / BOCK, M. & BAUER, M.: Ermittlung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. *Critical-incident-Technik oder standardisierter Fragebogen?* In: Anaesthesist 2008, 57, S. 275-283.

EDWARDS, C. & STANISZEWSKA, S.: Accessing the user's perspective in healthcare. In: Health and Social Care in the Community 2000, 8, S. 417-424.

EDAWARDS, C. & TITCHEN, A.: Exploration of the relevance and usefulness of phenomenological sociology to research into the patient's perspective in health care. In: Journal of Advanced Nursing 2003*,* 44, S. 450-460.

EDWARDS, C. / STANISZEWSKA, S. & CRICHTON, N.: Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. In: Sociology of Health & Illness 2004, 26, S. 159-183.

EDWARDS, D. et al.: Does patient satisfaction correlate with success? In: Psychiatric Services 1978, 29, S. 188-190.

EDWARDS, G.: Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im historischen Rahmen. In: Sucht 2000, 46, S. 172-178.

EGBERT, L.D. et al.: Reduction of postoperativ pain by encouragement and instruction of patients. In: New England Journal Medicine 1964, 270, S. 825-827.

EGGERT, A. & HELM, S.: Determinanten der Weiterempfehlung: *Kundenzufriedenheit oder Kundenbindung?* In: der markt 2002, 39, S. 63-72.

EHLERS, J. / BAUMEISTER, M. & RASPE, H.: Patientenzufriedenheit in den Medizinischen Kliniken der MUL 1997. *Ergebnisse einer poststationären postalischen Befragung.* In: FOCUS MUL 1999, 16, S. 155-163.

EHLERS-GAUGER, J. / BAUMEIER, M. & RASPE, H.: Patientenbefragung in Kliniken der medizinischen Universität Lübeck. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 101-105.

EHLERS-GAUGER, J. / NOFTZ, M. & RASPE, H.: Patientenbefragungen per Fragebogen versus Fragekarte. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001b, S. 113-121.

EHLING, M. & PORST, R.: Pretests zur Erhebung „Neukonzeption der laufenden Wirtschaftsrechnungen". In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 72-90.

EHLING, M. / PORST, R. & WEIN, E.: Fragebogen-Pretest zur „Erfassung von Produktionstagen und Betriebszeiten". In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 91-115.

EHNFORS, M. & SMEDBY, B.: Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: *Problem of sampling, non-response and other losses.* In: Journal of Health Care Quality Assurance 1993, 5, S. 19-32.

EHRHARDT, J.J. / SARIS, W.E. & VEENHOVEN, R.: Stability of life-satisfaction over time: *Analysis of change in ranks in a notional population.* In: Journal of Happiness Studies 2000, 1, S. 177-205.

EIBEL-EIBESFELDT, I: Zur Ethologie des menschlichen Grußverhaltens. In: Zeitschrift für Tierpsychologie 1968, 25, S. 727-744.

EIBEL-EIBESFELDT, I: Das Grußverhalten und einige andere Muster freundlicher Kontaktaufnahme der Waika. In: Zeitschrift für Tierpsychologie 1971, 29, S. 196-213.

EIBEL-EIBESFELDT, I: Der vorprogrammierte Mensch. *Das Ererbte als bestimmender Faktor menschlichen Verhaltens*, 2. Auf., München 1977.

EIBEL-EIBESFELDT, I: Liebe und Hass. *Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen*, 10. Aufl., München 1982.

EIBEL-EIBESFELDT, I: Die Biologie des menschlichen Verhaltens. *Grundriß der Humanethologie*, 5. Aufl., München 2004.

EICHHORN, H. / EICHHORN, G. & REISNER, K.: Der Stationsbeurteilungsbogen – *eine weitere Möglichkeit zur Objektivierung therapeutisch bedeutsamer Milieubedingungen.* In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1987, 39, S. 492-496.

EICHHORN-RAAB, E. et al.: Das Patientenzimmer. *Soziologische, funktionelle und technische Aspekte.* In: Krankenhaus Umschau 1969, 39, S. 1230-1249.

EICHLER, T. et al.: Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akut-psychiatrischer Behandlung. *Auswertung offener Fragen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung.* In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, S. 184-190.

EICKHOFF, H.: Himmelthron und Schaukelstuhl. *Die Geschichte des Sitzens*, München 1993.

EICKHOFF, H. (Hrsg.): sitzen. *Eine Betrachtung der bestuhlten Gesellschaft*, Frankfurt/M.1997a.

EICKHOFF, H.: Kulturgeschichte des Sitzens. In: Ders. (Hrsg.), sitzen. *Eine Betrachtung der bestuhlten Gesellschaft*, Frankfurt/M.1997b, S. 12-36.

EICKHOFF, H.: Die sedierte Gesellschaft. In: Ders. (Hrsg.), sitzen. *Eine Betrachtung der bestuhlten Gesellschaft*, Frankfurt/M.1997c, S. 117-133.

EICKSTÄDT, U. & MAGER, G.: Patientenzufriedenheit. In: LAUTERBACH, K.W. & SCHRAPPE, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence based Medicine. *Eine systematische Einführung*, Stuttgart 2001, S. 401-406.

EIFF, W.: Das Elend des Benchmarking. In: Das Krankenhaus 2000, H.2, S. 94-97.

EINK, M.: Freundschaft ist zuviel verlangt… die Bewertung gemeindepsychiatrischer Angebote durch ihre Nutzerinnen. In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Psychiatrie auf dem Weg – *Von der Anstalt zum Menschen*, Lengerich 2004, S. 210-224.

EIRMBTER, W.H. & JACOB, R.: Fragen zu Fragen: *Instrumentenbedingte Antwortverzerrungen?* In: ZUMA-Nachrichten 1996, 20, S. 90-111.

EISEN, S. & GROB, M.: Assessing consumer satisfaction from letters to the hospital. In: Hospital & Community Psychiatry 1978, 30, S. 344-346.

EISENBERG, B.: Customer Service in Healthcare. *A New Era.* In: Hospital and Health Service Administration 1997, 42, S. 17-31.

EISENBERG, N. et al.: Differentiation of vicariously induced emotional reactions in children. In: Developmental Psychology 1988, 24, S. 237-246.

EISENRING, C. & BRÜGGER, U.: Institutionsübergreifendes Case Management aus Patientensicht. In: Managed Care 2004, 1, S. 8-10.

EISENTAHL, S. et al.: « Adherence » and the negotiated approach to patienthood. In: Archives *of* General Psychiatry 1979, 36, S. 393-398.

EISTEL, A.: Der Eindruck der mimischen Erscheinungen in seiner Bedingtheit vom physiognomischen Umfeld. In: Psychologische Rundschau 1953, 4, S. 237-260.

EITH, F.: Alkohol im Dienste des Lustprinzips. In: BILITZA, K. W. (Hrsg.), Suchttherapie und Sozialtherapie, Göttingen 1993, S. 115-144.

EIWANGER, G.: Patientenbefragung zur Entlassung. In: Die Schwester/Der Pfleger 1999, S. 134-136.

EKMAN, P.: ein Lächeln ist ein Lächeln ist ein Lächeln… In: Psychologie heute 1976, 6, S. 30-35.

EKMAN, P.: Zur kulturellen Universalität des emotionalen Gesichtsausdrucks. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation: *Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*, Weinheim und Basel 1979, S. 50-57.

EKMAN, P.: Methods for measuring facial action. In: SCHERER, K.R. & EKMAN, P. (Hrsg.), Handbook of methods in nonverbal behaviour research, Cambridge 1982, S. 45-90.

EKMAN, P.: Gesichtsausdruck und Gefühl: *20 Jahre Forschung von Paul Ekman*, Paderborn 1988.

EKMAN, P.: Weshalb Lügen kurze Beine haben: *Über Täuschungen und deren Aufdeckung im privaten und öffentlichen Leben,* Berlin 1989.

EKMAN, P.: Gefühle lesen. *Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*, Heidelberg 2007.

EKMAN, P. / DAVIDSON, R.J. & FRIESEN, W.V.: The Duchenne smile: *Emotional expression and brain physiology*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1990, 58, S. 342-353.

EKMAN, P. / FRIESEN, W.V. & ELLSWORTH, P.: Gesichtssprache: *Wege zur Objektivierung menschlicher Emotionen*, Wien 1974.

EKMAN, P. & FRIESEN, W.V.: Nonverbal leakage and cusses to description. In: Psychiatry 1969, 32, S. 88-106.

EKMAN, P. & FRIESEN, W.V.: Detecting deception from the body or face. In: Journal of Personality and Social Psychology 1974, 29, S. 288-298.

EKMAN, P. & FRIESEN, W.V.: Manual: *Facial Action Coding System*, Palo Alto 1978.

EKMAN, P. & FRIESEN, W.V.: Handbewegungen. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation: *Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*, Weinheim und Basel 1979, S. 108-123.

EKMAN, P. / FRIESEN, W.V. & SCHERER, K.R.: Handbewegungen und Stimmhöhe bei Täuschungsverhalten. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation: *Forschungsberichte zum Interaktionsverhalten*, Weinheim und Basel 1979, S. 271-276.

EKMAN, P. / HAGER, J.C. & FRIESEN, W.V.: The symmetry of emotional and deliberate facical actions. In: Psychophysiology 1981, 18, S. 101-106.

EKMAN, P. / FRIESEN, W.V.: Felt, false and miserable smiles. In: Journal of Nonverbal Behaviour 1982, 6, S. 238-252.

EKMAN, P. / FRIESEN, W.V. & O`SULLIVAN, M.: Smiles when lying. In: Journal of Personality Social Psychology 1988, 54, S. 414-420.

ELBECK, M.: Client perceptions of nursing practice. In: Nursing Papers 1986, 18, H.2, S. 17-24.

ELBECK, M.: An approach to client satisfaction measurement as an attribute of health service quality. In: Health Care Management 1987, 12, S. 47-52.

ELBECK, M.: Patient contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: *the psychiatric case*. In: Health Care Management 1992, 17, S. 91-95.

ELBECK, M. & FECTEAU, G.: Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. In: Hospital and Community Psychiatry 1990, 41, S. 998-1001.

EL GUEBALY, N. et al.: On Evaluating Patient Satisfaction: *Methodological Issues*. In: Canadian Journal of Psychiatry 1983, 28, S. 24-29.

EL HELOU, A.: Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit in der Anästhesie als Beitrag zur Qualitätssicherung an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, Universität Jena 2003.

ELIAS, N.: Engagement und Distanzierung, Gesammelte Schriften, Bd. 8, Amsterdam 2003.

ELIAS, N.: Die Gesellschaft der Individuen, Frankfurt/M. 1987.

ELIAS, N.: Soziologie und Psychiatrie. In: WEHLER, H.-U. (Hrsg.), Soziologie und Psychoanalyse, Stuttgart 1972, S. 11-42.

ELIAS, N.: Zum Begriff des Alltags. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 20, 1978, S. 22-29.

ELIAS, N.: Über den Prozeß der Zivilisation: soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Bd. 1, Frankfurt/M. 1980a.

ELIAS, N.: Über den Prozeß der Zivilisation: soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Bd. 2, Frankfurt/M. 1980b.

ELIAS, N.: Was ist Soziologie? 8. Aufl., Weinheim und München 1996.

ELIAS, N. & SCOTSON, J. L.: Etablierte und Außenseiter, Frankfurt/M. 1993.

ELLERMANN, K.: Erfassung und Evaluation von Patientenzufriedenheit am Beispiel der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Medizinischen Universität Lübeck. Diplomarbeit im Fachbereich „Angewandte Naturwissenschaften". Fachhochschule Lübeck, 1996.

ELLINGHAUS, R. et al.: Analyse und Validierung eines Fragebogens zum „Stationsklima". In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1981, 10, S. 241-264.

ELLIOT, T.D.: Psychiatrische Soziologie und Soziologische Psychiatrie. In: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie 1930, 9, S. 82-100.

ELLIOT, R. & JAMES, E.: Varieties of client experience in psychotherapy: *an analysis of the literature.* In: Clinical Psychology Review 1989, 9, S. 443-467.

ELLIS, A.: Die rational-emotive Therapie. *Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*, München 1977a.

ELLIS, A.: Übungen zum Erwachsenwerden. *Die rational-emotionale Psychotherapie.* In: Psychologie heute 1977, H. 1, S. 65-69.

ELLIS, A.: Training der Gefühle: *Wie sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein.* München 2007.

ELLIS, A.: Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie, Stuttgart 2008.

ELLIS, B.E.: American Psycho, Köln 2006.

ELLIOTT, R. & James, E.: Varieties of client experience in psychotherapy: *an analysis of the literature.* In: Clinical Psychology Review 1989, 9, S. 443-467.

ELLSWORTH, P.C. et al.: The stare as a stimulus to flight in human subjects: *A series of field experiments.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1972, 21, S. 302-311.

ELLSWORTH, R. & MORONEY, R.: Characteristic of psychiatric programs and their effects on patients' adjustment. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1972, 39, S. 436-447.

ELLSWORTH, R. et al.: Milieu characteristics of successful psychiatric treatment programs. In: American Journal of Orthopsychiatry 1971, 41 (3), S. 427-441.

ELKELES, B.: Das Krankenhaus um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aus der Sicht seiner Patienten. In: Historia hospitalum: Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte 1986, 17, S. 89-105.

ELKELES, B.: Arbeiterautobiographien als Quelle der Krankenhausgeschichte. In: Medizinhistorisches Journal 1988, 23, S. 342-358.

ELKELES, B.: Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. *Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patient-Beziehung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.* In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 1989, 8, S. 63-91.

ELKELES, B.: Der Patient und das Hospital. In: LABISCH, A. & SPREE, R. (Hrsg.), »Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett«: *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert,* Frankfurt/M. 1996, S. 357-373.

ELKELES, T.: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. *Zur Kritik der Funktionspflege*, Köln 1985.

ELKELES, T.: Kritik der Funktionspflege. In: Jahrbuch für kritische Medizin 1988, S. 5-19.

ELKELES, T.: Arbeitsbedingungen und Taylorismus der Arbeitsorganisation im Krankenhaus – *Ein unbewältigtes Problem*. In: WSI Mitteilungen 1994, 7, S. 438-445.

ELKELES, T.: Kritik an der Funktionspflege. In: BÜSSING, A. (Hrsg.), Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. *Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*, Göttingen 1997, S. 49-63.

ELSBERND, A. & GLANE, A.: Ich bin doch nicht aus Holz: *wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben,* Berlin 1996.

ELSTER, J: Subversion der Rationalität, Frankfurt/M. 1987.

ELWYN, G.: Shared decision making. *Patient involvement in clinical practice*, Nijmegen 2001.

ELWYN, G. / EDWADS, A. & KINNERSLEY,P.: Shared decision-making in der medizinischen Grundversorgung. *Die vernachlässigte zweite Hälfe der Beratung*. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003, S. 55-69.

EMANUEL, E.J. & EMANUEL, L.L.: Four models of the physician-patient relationship. In: Journal of the American Medical Association 1992, 267, S. 2221-2226.

EMBERTON, M. & BLACK, N.: Impact of non-response and of late-response by patients in a multicentre surgical outcome audit. In: International Journal of Health Care Quality 1995, 7, S. 47-55.

EMMONS, R.A. & SHELTON, C.M.: Gratitude and the science of positive psychology. In: SNYDER, C.R. & LOPEZ, S.J. (Hrsg.), Handbook of positive psychology, Oxford 2002, S. 459-471.

EMMONS, R.A. & MC CULLOUGH, M.E.: Counting blessings versus burdens: *An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life*. In: Journal of Personality and Social Psychology 2003, 84, S. 377-398.

EMMONS, R.: Vom Glück, dankbar zu sein. *Eine Anleitung für den Alltag*, Frankfurt/M. 2008.

EMRICH, H.M. & EGGERS, C.: Sucht als Lebensform: Zur Sozialanthropologie des Süchtigseins. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 55-59.

EMRICK, C.D.: A review of psychologically oriented treatment alcoholism: *I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment*. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1974a, 35, S. 523-549.

EMRICK, C.D.: A review of psychologically oriented treatment alcoholism: *II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the relative effectiveness of treatment versus not treatment*. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1974b, 36, S. 88-108.

ENDE, J. et al.: Measuring patients' desire for autonomy: *decision-making and information-seeking preferences among medical patients*. In: Journal of General Internal Medicine 1989, 4, S. 23-30.

ENGEL, R.R. / KNAB, B. & DOBLHOFF-THUN, C.v.: SBB – Stationsbeurteilungsbogen. *Manual*, Weinheim 1983.

ENGELHADT, G.v. & LÜCK, H.E.: Aspekte der Arbeitszufriedenheit von Lehrern verschiedener schulischer Bereiche. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 1973, 20, S. 113-117.

ENGELHARDT, K.: Der Patient in seiner Krankheit, Stuttgart 1971a.

ENGELHARDT, K.: Der ärztliche Zugang zu Patienten mit malignen Krankheitsprozessen. In: Therapie und Gegenwart 1971b, 110, S. 186-193.

ENGELHARDT, K.: Patientenzentrierte Medizin. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1971c, 113, S. 803-809.

ENGELHARDT, K.: Patientenzentrierte Medizin, Stuttgart 1978.

ENGELHARDT, K. & TISCHER, G.: Das Erlebnisfeld organisch Herzkranker. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1969, 111, S. 2606-2613.

ENGELHARDT, K. / WIRTH, A. & KINDERMANN, L.: Kranke im Krankenhaus. *Grenzen und Ergänzungsbedürtigkeit naturwissenschaftlicher Medizin*, Stuttgart 1973.

ENGELMANN, I.: Paradiese Lost…oder die Entzauberung der psychiatrischen Abteilung. In: Soziale Psychiatrie 1993, 17, H.4, S. 4-6.

ENGELMANN, M. & MÜLLER, H.: Kundenzufriedenheit bei Dienstleistern: *Meßmethoden im Vergleich*. In: planung & analyse 1997, 4, S. 42-49.

ENGELS, F.: Dialektik der Natur, Berlin 1962.

ENGESSER, E. / HUBER, W. & LORENZEN, D.: Die therapeutische Atmosphäre auf psychiatrischen Stationen – *Eine Einstellungsuntersuchung*. In: Psychiatrischer Praxis 1979, 6, S. 14-21.

ENGLERT, I. & ENGLERT, G.L.M.: Schnittstellenproblematik am Übergang stationärer zu ambulanter Behandlung in der Psychiatrie: *ein „kunden-orientierter" Lösungsversuch mit Hilfe von Qualitätsmanagementmethoden*. In: Psychiatrische Praxis 2007, 34, Supplement 1, S. 130-132.

ENKE, H.: Die Struktur des Krankenhauses und der so genannte Leichtkranke. In: Therapiewoche 1967, 35, S. 1243-1248.

ENKE, H.: Regressive Tendenzen des Patienten im Krankenhaus. In: Praxis der Psychotherapie 1970, 15, S. 210-220.

ENKE, H. et al.: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie. *Unterrichtsbuch für Studierende und Lehrende*, München et al. 1977.

ENKE, H. & CZOGALIK, D.: Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: HEIGEL-EVERS, A. / HEIGEL, F. & OTT, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Stuttgart 1990.

ENKE-FERCHLAND, E.: Soziologische und psychoanalytische Aspekte der Krankenhausstruktur. In: ECKHARDT, W. & NATHAN, M.K. (Hrsg.), Planung im Gesundheitswesen. *Dilemma und Notwendigkeit*, Symposion des Quickborner Teams. Quickborn 1970, S. 65-76.

ENZINGER, S.: Determinanten des Kundenweiterempfehlungsverhaltens, München 2005.

ERB, E.: Gegenstands- und Problemkonstituierung: *Subjekt-Modelle (in) der Psychologie.* In: GROEBEN, N. (Hrsg.), Zur Programmatik einer sozialwissenschaftlichen Psychologie. *Bd.I: Metatheoretische Perspektiven,* Münster 1997, S. 139-222.

ERBSLÖH, E.: Interview, Stuttgart 1972.

ERBSLÖH, E.: Die unkontrollierte Einflußnahme des Interviewers im Forschungsinterview- *dargestellt am Beispiel der Ergebnisse eines Test zum Messen verbaler Intelligenz.* In: ERBSLÖH, E. et al. (Hrsg.), Studien zum Interview, Meisenheim am Glan 1973, S. 1-68.

ERBSLÖH, E.: Der Interviewer. In: KOOLWIJK, J. v. & WIEKEN-MAYSER, M. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. *Bd. 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung*, München und Wien 1974, S. 83-106.

ERDMANN, F. & PIETERS, V.: Wie beurteilen gerontopsychiatrische Patienten ihren Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus?. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 94-97.

ERDMANN, H. et al.: Organisationsprobleme der ärztlichen Krankenversorgung. *Dargestellt am Beispiel einer Medizinischen Universitätsklinik. Versuch einer Arbeitsmessung ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus.* In: BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München u.a. 1976, S. 137-145.

ERDWIEN, B.: Kommunikationsstrukturen in der Arzt-Patient- und Pflege-Patient-Beziehung im Krankenhaus. *Empirische Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung der subjektiven Erlebnisperspektive von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal*, Berlin 2005.

EREVELLS, S. & LEAVITT, C.: A Comparison of Current Models of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1992, 5, S. 104-114.

ERIKSON, L.R.: Patient Satisfaction: *An Indicator of Nursing Care Quality*? In: Nursing Management 1987, 18, S. 31-35.

ERIM, Y. & SENF, W.: Psychotherapie mit Migranten. *Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie.* In: Psychotherapeut 2002, 47, S. 336-346.

ERLEMEIER, N.: Die Unzufriedenheit mit der "Lebenszufriedenheit im Alter". In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1980, 11, S. 310-321.

ERNST, H.: Gesund ist, was Spaß macht. In: Psychologie heute 1990, 1, S. 23-39.

ERNST, H.: Gesund ist, was Spaß macht. Stuttgart 1992.

ERNST, H.: Die Weisheit des Körpers. *Kräfte der Selbstheilung*, München 1993.

ERNST, H.: Der leise Schmerz des Noch-nicht-Habens. In: Psychologie heute 2002, H.5.

ERNST, H.: Wunschloses Glück? *Über die Illusion, der Gipfel der Zufriedenheit läge gleich um die nächste Ecke.* In: Psychologie heute 2004, H.2, S. 28-29.

ERNST, H.: Freude, schöner Götterfunken: *Warum positive Gefühle so wichtig sind.* In: Psychologie heute 2006a, H.1, S. 20-27.

ERNST, H.: Was gibt es Neues? *Warum wir Informationsjunkies sind.* In: Psychologie heute 2006b, H.7 (Titelthema: Biologie der Zufriedenheit), S. 21-26.

ERNST, H.: Hediometrie. In: Psychologie heute 2007a, H.5.

ERNST, H.: Unser kompliziertes Glück. In: Psychologie heute 2007b, H.5, S. 20-24.

ERNST, K.: Die psychiatrische Behandlung im Rückblick von Patienten und Nachuntersuchern. 20jährige Katamnesen von 70 hospitalisierten und 120 ambulanten Neurosekranken. In: Der Nervenarzt 1964, 35, S. 248-256.

ERNST, K.: Patientengeschichte. *Die kulturhistorische Wende in der Medizinhistographie.* In: BRÖER, R. & ECKART, W.U. (Hrsg.), Eine Wissenschaft emanzipiert sich: *die Medizinhistographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne,* Pfaffenweiler 1998, S. 97-108.

ERNST, K. & ERNST, C.: Krankheitsursache und Klinikbehandlung im rücklickenden Urteil von neurosekranken Patientinnen. *Eine Ergänzung.* In: Der Nervenarzt 1970, 41, S. 317-320.

ERNST, K. & EGLOFF, A.: Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen. In: Der Nervenarzt 1974, 45, S. 178-182.

ERPENBECK, F. et al.: Probleme der Aufnahme in das Krankenhaus aus der Sicht der Patienten – *Ergebnisse eines Interviews stationärer Patienten in chirurgischen und internistischen Abteilungen* (Teil I). In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1977a, 71, S. 598-604.

ERPENBECK, F. et al.: Probleme der Aufnahme in das Krankenhaus aus der Sicht der Patienten – *Ergebnisse eines Interviews stationärer Patienten in chirurgischen und internistischen Abteilungen* (Teil II). In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1977b, 71, H.13, S. 647-649.

ERZBERGER, C. / DERIVAUX, J.C. & RUHSTRAT, E.U.: Der zufriedene Patient? *Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht.* In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1989, 16, S. 140-145.

ESBERGER, M.: Zufriedenheitsmanagement als zukünftiger Wettbewerbsfaktor? *Ergebnisse einer Untersuchung über die Zufriedenheit des österreichischen Patienten mit der niedergelassenen Arztpraxis.* In: Welldone Forte 2000, 6.

ESBERGER, M.: Patientenzufriedenheit – Ein Erfolgsfaktor in der ärztlichen Praxis. *Sind erfolgreiche Ärzte gute "Customer RelationshipManager?".* In: Welldone Forte 2002, 12.

ESBERGER, M.: Das Interesse von Allgemeinmedizinern an einer Patientenzufriedenheitsmessung – *Aktion zufriedener Patient.* In: Welldone Forte 2003a, 15.

ESBERGER, M.: Ein zufriedener Partner ist verlässlich. *Wer die Bedürfnisse des Patienten erkennt, gewinnt ihn langfristig.* In: Welldone Forte 2003b, 18.

ESCH, F.R. & BILLEN, P.: Ansätze zum Zufriedenheitsmanagement. Das Zufriedenheitsportfolio. In: TOMCZAK, T. & BELZ, C. (Hrsg.), Kundennähe realisieren. *Ideen – Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, St. Gallen 1994, S. 407-424.

ESFELD, M.: Einführung in die Naturphilosophie, Darmstadt 2002.

ESPENSCHIED, R.: Das Ausdrucksbild der Emotionen, München 1984.

ESPENSCHIED, S.: Zur Situation und Zufriedenheit von Würzburger Altenheimbewohnerinnen, Würzburg 1977.

ESSER, H.: Kooperation und Verweigerung im Interview. In: ERBSLÖH, E. et al. (Hrsg.), Studien zum Interview, Meisenheim am Glan 1973.

ESSER, H.: Der Befragte. In: KOOLWIJK, J. van & WIEKEN-MAYSER, M. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. *Bd. 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung*, München und Wien 1974, S. 107-145.

ESSER, H.: Soziale Regelmäßigkeiten des Befragtenverhaltens, Meisenheim an der Glan 1975.

ESSER, H.: Fehler bei der Datenerhebung. Studienkurs der Fernuniversität Hagen, Hagen 1983.

ESSER, H.: Befragungsverhalten als «Rationales Handeln». In: BÜSCHGES, G. & RAUB, W. (Hrsg.), Soziale Bedingungen, individuelles Handeln, soziale Konsequenzen, Frankfurt/M. 1985, S. 279-304.

ESSER, H.: Können Befragte lügen? *Zum Konzept des „wahren Wertes" im Rahmen der handlungstheoretischen Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1986a, 38, S. 314-336.

ESSER, H.: Über die Teilnahme an Befragungen. In: ZUMA-Nachrichten 1986b, 18, S. 38-47.

ESSER, H.: Response Set – *Methodische Problematik und soziologische Interpretation.* In Zeitschrift für Soziologie 1986c, 6, S. 253-263.

ESSER, H. et al.: Mikrozensus im Wandel. *Bericht des wissenschaftlichen Beirats für Mikrozensus und Volkszählung,* Frankfurt/M. 1989.

ESSEX, D.W. / FOX, J.A. & GROOM, J.M.: The development, factor analysis, and revision of a client satisfaction form. In: Community Mental Health Journal 1981, 17, S. 226-235.

ESTMAN, C. & NORRIS, H.: Alcohol Dependence, Relapse and Self-Identity. In: Journal of Studies on Alcohol 1982, 43, S. 1214-1231.

ESTORFF-KLEE, A.: Warum sollen Patienten befragt werden? *Zu Nutzen und Grenzen einer Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen durch die betroffenen Patienten (I).* In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*, St. Augustin 1998, S. 11-14.

ESTRADA, A.V. / MUCHA, R.F. & STEPHAN, E.R.: Erfassung von Trinksituationen mit dem DITS. In: Sucht 1995, 41, S. 408-417.

ETTER, J.-F. / PERNEGER, T.V. & ROUGEMONT, A.: Does Sponsorship Matter in Patient Satisfaction Surveys? In: Medical Care 1996, 34, S. 327-335.

ETTER, J.-F. & PERNEGER, T.V.: Quantitative and Qualitative Assessment of Patient Satisfaction in a Managed Care plan. In: Evaluation and Program Planning 1997, 20, S. 129-135.

ETZIONI, A.: Interpersonal and Structural Factors in the Study of Mental Hospitals. In: Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes 1960, 23, S. 13-22.

ETZIONI, A. & LEHMAN, E.W.: Gefahren soziologischer Meßmethoden. In: HOCHKEPPEL, W. (Hrsg.), Th. W. Adorno, H. Albert u.a. Soziologie zwischen Theorie und Empirie. *Soziologische Grundprobleme*, München 1970, S. 117-132.

EUGSTER, S.L. & WAMPOLAD, B.E.: Systematic effects of participant role on evaluation of the psychotherapy session. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996, 64, S. 1020-1028.

EULER, H.P.: Das Konfliktpotenzial industrieller Arbeitsstrukturen. *Analyse der technischen und sozialen Ursachen*, Opladen 1977.

EULER, M.: Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen bei Patienten mit Konfliktreaktionen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, Erlangen-Nürnberg 1990.

EWALD, K. et al.: Krankenhausaufenthalt aus Patienten- und Angehörigensicht. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 2006, 154, S. 552-557.

EWERT, O.: Ergebnisse und Probleme der Emotionsforschung. In: THOMAE, H. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Bd. 4, *Theorien und Formen der Motivation*, Göttingen 1983, S. 397-452.

EYSENCK, H.J.: The Effects of Psychotherapy: *An Evalu*ation. In: Journal of Consulting Psychology 1952, 16, S. 319-324.

FÄH, M. / SIEBER, M. & UCHTENHAGEN, A.: Der Glaube ans Widerstehen-Können. *Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern*. In: Sucht 1991, 37, S. 26-36.

FÄHNDRICH, E. & SMOLKA, M.: Die Psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 1998, 25, S. 72-75.

FAEHNRICH, E. & SMOLKO, M.: Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 1998, S. 72-75.

FAEHNRICH, E. & PIETERS, V.: Wie beurteilen gerontopsychiatrische Patienten ihren Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus?. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 94-97.

FÄRBER, C.v.: Patientenorientierung im Krankenhaus – immer noch ein Problem. In: Krankenhaus Umschau 1991, 60, S. 250-256.

FAHR, S. & HORGER, S.: Beschwerde- und Beratungsstelle für Psychiatrie- und Ämtergeschädigte. In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), Alternativen zum Irrenhaus. *Auf der Suche nach einer verändernden Praxis*, Göttingen 1981, S. 129-132.

FAHRENBERG, J. et al.: Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: *Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1986, 11, S. 347-355.

FAHRENBERG, J. et al.: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). *Handanweisung*, Göttingen 2000.

FAIGLE, B. & KNÄPPLE, A.: Qualität aus Sicht der Pflegebedürftigen. In: Altenheim 1998, 5, S. 8-12.

FALAGAN, J.: The Critical Incident Technique. In: Psychological Bulletin 1954, 51, S. 327-358.

FALLADA, H.: Der Trinker, Reinbek 1959.

FALLER, H.: Erwartungen an die Herzinfarktrehabilitation aus Sicht der Patienten. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1988, 1, S. 210-218.

FALLER, H.: Subjektive Krankheitstheorien bei Psychotherapiepatienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1997, 45, S. 264-278.

FALLER, H.: Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: Psychotherapeut 1998, 43, S. 8-17.

FALLER, H.: Patientenerwartungen in der Rehabilitation. In: ECKERT, R. & ZIMMER, A.C. (Hrsg.), Rehabilitationspsychologie, Lengerich 1999, S. 92-105.

FALLER, H.: Shared Decision Making: *Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation.* In: Rehabilitation 2003, 42, 129-135.

FALLER, H. & RUDOLF, G.: Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1998, 44, S. 54-71.

FALLER, H. & VERRES, R.: Emotionen und Gesundheit. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Bd 7. *Psychologie der Emotion*, Göttingen 1990, S. 706-765.

FALLER, H. & VOGEL, H.: Patientenerwartungen und Krankheitsbewältigung in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen. In: BÜRCKSTÜMMER, E. et al. (Hrsg.), Rehabilitation – *quo vadis*, Regensburg 1997, S. 42-60.

FALLER, H. / VOGEL, H. & BOSCH, B.: Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – *Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten.* In: Rehabilitation 2000, 39, S. 205-214.

FALLER, H. & VOGEL, H.: Erwartungen von Rückenschmerz-Rehabilitanden an die Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation. In: NÜBLING, R. / MUTHNY, F.A. & BENGEL, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006, S. 96-106.

FALLOWFIELD, L. et al.: Psychological outcomes of diffent treatment policies in woman with early breast cancer outside a clinical trail. In: British Medical Journal 1990, 310, S. 575-580.

FALVO, D. & TIPPY, P.: Communicating information to patients. *Patient satisfaction and adherence as associated with resident skills.* In: Journal of Family Practice 1988, 26, S. 643-647.

FAN, V.S. et al.: Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. In: Journal of General Internal Medicine 2005, 20, S. 226-233.

FANGERAU, H.: „Geräucherte Sülze, mit Schwarten durchsetzt, teilweise kaum genießbar…" – *Patientenkritik und ärztliche Reaktionen in der Volksnervenheilstätte.* In: FANGERAU, H. & NOLTE, K. (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – *Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 371-393.

FARAMUND, L.E.v.: Die glückseeligste Insel auf der ganzen Welt, oder Das Land der Zufriedenheit, *Dessen Regierungs-Art / Beschaffenheit / Fruchtbarkeit / Sitten derer Einwohner, Religion, Kirchenverfassung und dergleichen, Samt der Gelegenheit, wie solches Land entdeckt worden, ausführlich erzehlet wird, von Ludwig Ernst von Faramund.* Unveränderter Nachdruck der Ausgabe von 1728, Frankfurt/M. 1970.

FARIN, E. et al.: Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: *Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung.* In: Rehabilitation 2002, 41, S. 258-267.

FARIN, E. et al.: „Qualitätsprofile" von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2003, 8, 191-204.

FASSAUER, H. / HLUBNA-DAUM, E. & GITT, H.-A.: Ergebnisse einer Wartezeitanalyse in der Kieferchirurgischen Ambulanz einer Universitätsklinik. In: Stomatologie der DDR 1979, 29, S. 460-468.

FAUDE, V. et al.: Therapiewünsche, Zielsetzungen und subjektive Veränderungen von Patienten in einem integrierten internistisch-psychosomatischen Setting – *eine qualitative Studie.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2007, 57 (2), A019.

FAULBAUM, F. / PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Was ist eine gute Frage? *Die systematische Evaluation der Fragequalität*, Wiesbaden 2009.

FAULKNER, W.: Als ich im sterben lag, Zürich 2002.

FAUST, V.: Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft: *Was befürchtet der psychisch Kranke vom Gesunden – was weiß der Gesunde vom psychisch Kranken?* Stuttgart 1981

FAUST, V. & HOLE, G. (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien. *Presse – Funk – Fernsehen – Film*, Stuttgart 1983.

FAVA, G.: Well-Being Therapy: *Conceptual and technical issues.* In: Psychotherapy and Psychosomatics 1999, 68, S. 171-179.

FAVA, G. et al.: Well-being therapy: *A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders.* In: Psychological Medicine 1998, 28, S. 475-480.

FAVA, G. et al.: Well-Being therapy of generalized anxiety disorder. In: Psychotherapy and Psychosomatics 2005, 74, S. 26-30.

FAVA, G. / RUINI, C. & LINDEN, M.: Wohlbefindens-Therapie (Well-being Therapy). In: LINDEN, M. & WEIG, W. (Hrsg.), Saluotherapie in Prävention und Rehabilitation, Köln 2009, S. 143-148.

FEDDOCK, C.A. et al.: Are continuity client patients less satisfied when residents have a heavy inpatient workload? In: Evaluation & the Health Professions 2005, 28, S. 390-399.

FEGER, G.: Die Geschichte des „Psychiatrischen Vereins zu Berlin" 1889-1920, Berlin 1982.

FEGER, G. & SCHNEIDER, H.: „Antipsychiatrische" Bewegungen und Sozialpsychiatrische Ansätze von der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur Machtergreifung der Nationalsozialisten. *Zur Geschichte der „Antipsychiatrie"*. In: LUNDT, S. (Hrsg.), Rebellion gegen das Valiumzeitalter. *Überlegungen zur Gesundheitsbewegung*, Berlin 1981, S. 191-211.

FEHLENBERG, D.: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. *Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvisite*, Bochum 1987.

FEHLENBERG, D. / SIMONS, C. & KÖHLE, K.: Die Krankenvisite – *Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzeptes*. In: ADLER, R. et al. (Hrsg.): Thure von Uexküll. *Psychosomatische Medizin*, 3. Aufl., München u.a. 1986, S. 244-267.

FEIFEL, H. & EELLS, J.: Patients and therapists assess the same psychotherapy. In: Journal of Counselling Psychology 1963, 27, S. 310-318.

FELDERHOFF De DAMLAU, D.: Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil der Patienten, Tübingen 1991.

FELDES, D.: Die Messung der Einstellung des Pflegepersonals psychiatrischer Institutionen gegenüber Patienten. In: HELM, J. (Hrsg.), Psychotherapieforschung, 2. Aufl., Berlin 1974, S. 233-249.

FELDES, D. / FELDES, U. & HAHN, S.: Erfüllen Ärzte die Erwartungen ihrer Patienten. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1982, 76, S. 308-311.

FELDMEIER, U. / KLOSTERHUIS, H. & RASPE, H.: Sicherung der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation: *Analyse und Resultate eines Patientenfragebogens*. In: VDR (Hrsg.), DRV-Schriften, Bd. 5: *Zusammenarbeit von Forschung und Praxis*, Frankfurt/M. 1995, S. 45-46.

FELLMANN, F.: Philosophie der Lebenskunst zur Einführung, Hamburg 2009.

FELLMANN, U.: Zur Differenzierung qualitativ unterschiedlicher Formen der Arbeitszufriedenheit, Zürich 1980a.

FELLMANN, U.: Der Arbeitszufriedenheitsbegriff im Wandel – *Teil 1*. In: Humane Produktion 1980b, 2, S. 24-26.

FELLMANN, U.: Der Arbeitszufriedenheitsbegriff im Wandel – *Teil 2*. In: Humane Produktion 1981, 3, S. 32-35.

FELLNER, M: psychomovie: *Zur Konstruktion psychischer Störung im Spielfilm*, Bielefeld 2006.

FELSER, G.: „Das hätte ich auch billiger haben können". *Kontrafaktisches Denken im Konsumentenverhalten*. In: Wirtschaftspsychologie aktuell 2004, H.2, S. 30-35.

FENGLER, C. & FENGLER, T.: Alltag in der Anstalt. *Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethonomethodologische Untersuchung,* Hannover 1980.

FENICHEL, O.: Zur Psychologie der Langeweile. In: Ders., Aufsätze. Band I, Gießen 1998, S. 297-308.

FERBER, C.v.: Arbeitsfreude. *Wirklichkeit und Ideologie. Ein Beitrag zur Soziologie der Arbeit in der industriellen Gesellschaft,* Stuttgart 1959.

FERBER, C.v.: Arbeitsethos und industrielle Gesellschaft. *Ein Versuch über die geschichtlich-gesellschaftlichen Voraussetzungen von „Arbeitsfreude" und „Betriebs-Partikularismus"* der Arbeit. In: Studium Generale 1961, 14, S. 189-198.

FERBER, C.v.: Soziologische Aspekte des Todes. *Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie.* In: Zeitschrift für evangelische Ethik 1963, 79, S. 338-360.

FERBER, C.v.: Der Tod. *Ein unbewältigtes Problem für Mediziner und Soziologen.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1970, 2, S. 327-350.

FERBER, C.v.: Arbeitsfreude. In: BERNSDORF, W. (Hrsg.), Wörterbuch der Soziologie, 2. Aufl., Stuttgart 1969, S. 45-46.

FERBER, C.v.: Patientenorientierung im Krankenhaus – *immer noch ein Problem.* In: Krankenhaus-Umschau 1991, 4, S. 250-256.

FERBER, L.v.: Sozialdialekte in der Medizin. *Das Sprachverhalten von Laien, Praktikern und Wissenschaftlern.* In: BÖHME, G. & ENGELHARDT, M.v. (Hrsg.), Entfremdete Wissenschaft, Frankfurt/M. 1979, S. 29-55.

FERBER, L.v.: Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1975, 27, S. 86-96.

FERBER, L.v.: Arzneimittelverordnungen: *Patienten erwarten nicht immer ein Rezept.* In: Deutsches Ärzteblatt 2000, 97, A-1794.

FERENCZI, S.: Alkohol und Neurosen. In: Ders., Bausteine zur Psychoanalyse. *Band I: Theorie*, Bern 1964a, S. 145-151.

FERENCZI, S.: Sonntagsneurosen. In: Ders., Bausteine zur Psychoanalyse. *Band II: Praxis*, Bern 1964b, S. 178-184.

FERENCZI, S.: Ohne Sympathie keine Heilung: *das klinische Tagebuch von 1932*, Frankfurt/M.1988.

FERGUSON, R.J. / PAULIN, M. & LEIRIAO, E.: Loyalty and positive word-of-mouth: *patients and hospital personnel as advocates of a customer-centric health care organization.* In: Health Marketing Quarterly 2006, 23, S. 59-77.

FERNANDEZ-ARANDA, F.E.: Körperwahrnehmung und -zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nernova. *Eine empirische Vergleichsstudie vor und nach stationärer Psychotherapie*, Hamburg 1996.

FERRING, D. / FILIPP, S.-H. & SCHMIDT, K.: Die «Skala zur Lebensbewertung»: *Empirische Skalenkonstruktion und erste Befunde zu Reliabilität, Stabilität und Validität.* In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1996, 17, S. 141-153.

FERRING, D. & FILIPP, S.-H.: Retrospektive Bewertung des eigenen Lebens: *Der Lebenszufriedenheits-Graph*. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1997, 29, S. 83-95.

FERSCHING, A.M.: Zu Bedingungen und Wirkungen allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen und besonderer psychologischer Behandlungsverfahren, vor allem für Patienten mit psychosomatisch-psychovegetativen Störungen, Freiburg 1981.

FESENFELD, B.: Der Fremde im Nebenbett. In: Psychologie heute 1992, 3, S. 13-15.

FESTINGER, L.: A theory of social comparison processes. In: Human Relations 1954, 7, S. 117-140.

FESTINGER, L.: A theory of cognitive dissonance, Stanford 1957.

FESTINGER, L.: Experimente über die Wirkung der kognitiven Dissonanz nach Wahlentscheidungen. In: KROEBER-RIEL, W. (Hrsg.), Marketingtheorie. *Verhaltensorientierte Erklärungen von Marktreaktionen,* Köln 1972, S. 78-91.

FESTINGER, T.: Theorie der kognitiven Dissonanz, Bern u.a. 1978.

FETSCHER, R.: Übertragung und Realität. In: Psyche 1997, 51, S. 195-238.

FETSCHER, R.: Die Bündniskonzepte. In: Forum Psychoanalyse 1998, 14, S. 203-224.

FEUERLEIN, W.: Alkoholismus- Mißbrauch und Abhängigkeit. *Entstehung – Folgen – Therapie*, 4. Aufl., Stuttgart und New York 1989.

FICHTE, J.G.: Nachgelassne Schriften, 2 Bd., Berlin 1937.

FICHTE, J.G.: Grundlagen des Naturrechts nach Prinzipien der Wissenschaftslehre, Hamburg 1960.

FEYER, P. / GÜNTHER, W. & BEHRENS, M.: Wie zufrieden sind Brustkrebspatientinnen mit ihrer Behandlung? In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2009, 69, S. 636-641.

FEYERABEND, P.K.: Wider den Methodenzwang, Frankfurt/M.1976.

FEYERABEND, P.K.: Erkenntnis für freie Menschen, Frankfurt/M.1980.

FEYMAN, R.: »Sie belieben wohl zu scherzen, Mr. Feyman!«. *Arbeiten eines neugierigen Physikers*, München 1987.

FIELDING, R. et al.: Patient's satisfaction is based firmly on their expectations. In: British Medical Journal 1997, S. 227.

FIKENTSCHER, E.: Wenn das Auge leidet. *Psychosomatik in der Ophthalmologie.*
URL:http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2004/fikentscher.pdf
[Stand 15.06.2008]

FIEDLER, F. & HÖRMANN, G. (Hrsg.): Aktionsforschung in Psychologie und Pädagogik, Darmstadt 1978.

FIEDLER, F.E.: A Theory of Leaderships Effectiveness, New York 1967.

FIEDLER, K.: Die Widerspiegelung von Patientenerwartungen in der Verantwortung von Arzt und Schwester. In: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen 1986, 36, S. 26-27.

FIEDLER, P.A.: Klientenmitbestimmung in der Therapieforschung. *Vom Versuchskaninchen zum Partner*. In: Psychologie heute 1979, H. 2, S. 61-65.

FIEDLER, P.A. (Hrsg.): Psychotherapieziel Selbstbehandlung. *Grundlagen kooperativer Psychotherapie,* Basel 1981.

FIEDLER, W.: Die Haut der Säugetiere als Ausdrucksorgan. In: Studium Generale 1964, 17, S. 362-390.

FIESTER, A.R.: Goal attainment and satisfaction scores of CMHC clients. In: American Journal of Community Psychology 1979, 7, S. 181-188.

FIESTER, A.R. & RUDESTAM, K.E.: A multivariate analysis of the early dropout process. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1975, 43, S. 538-535.

FILIPP, S.-H. & BUCH-BARTOS, K.: Vergleichsprozesse und Lebenszufriedenheit im Alter: *Ergebnisse einer Pilotstudie*. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1994, 24, S. 22-34.

FILIPP, S.H. et al.: Selbstbewertungen und selektive Präferenzen für temporale vs. soziale Vergleichsinformationen bei alten und sehr alten Menschen. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1997, 28, S. 30-43.

FILIPP, S.H. & FERRING, D.: Befindlichkeitsregulation durch temporale und soziale Vergleichsprozesse im Alter? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1998, 27, S. 93-97.

FILIPP, S.H. & FERRING, D.: Vergleichsprozesse in der Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen. In: Psychologie im Dialog 2002, *Sonderheft ‚Chronische Krankheit'*, S. 1-11.

FINCH, J.F. et al.: Positive and negative social ties among older adults: *Measurement models and the prediction of psychological distress and well-being*. In: American Journal of Community Psychology 1989, 17, S. 585-605.

FINCK, G.: Versorgungszufriedenheit. *Ein Beitrag zur empfängerorientierten Versorgungsforschung*, Berlin 1990.

FINCK, G. & NIEDETZKY, H.M.: Versorgungsverhalten und Versorgungszufriedenheit der Bevölkerung in Gemeinden mit geringer Geschäftsausstattung bei Waren des täglichen Bedarfs, Mannheim 1980.

FINCK, H.: Psychosomatik der Augen: *Was uns den Blick trübt*. In: Psychologie heute 1992, 11, S. 38-43.

FINGER-TRECHER,U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 1991.

FINK-EITEL, H.: Affekte. *Versuch einer philosophischen Bestandsaufnahme*. In: Zeitschrift für philosophische Forschung 1986, 40, H. 4, S. 520-542.

FINK, T. & RUSNO, J.: Stellung nehmen. *Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen*, Berlin 2003.

FINKE, H.: Das Verhalten des Pflegepersonals einer Dialysestation aus der Sicht von Patienten. *1 Teil.* In: Die Schwester/Der Pfleger 1983a, 22, S. 56-59.

FINKE, H.: Das Verhalten des Pflegepersonals einer Dialysestation aus der Sicht von Patienten. *2 Teil.* In: Die Schwester/Der Pfleger 1983b, 22, S. 132-135.

FINKE, H.: Das Verhalten des Pflegepersonals einer Dialysestation aus der Sicht von Patienten. *3 Teil.* In: Die Schwester/Der Pfleger 1983c, 22, S. 212-215.

FINKE, J.: Über die Zukunftbezogenheit psychiatrischer Patienten. In: Confinia Psychiatrica 1964, 7, S. 47-84.

FINKE, J.: Empathie und Interaktion. *Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart 1995.

FINKE, J. / TEUSCH, L. & GASTPAR, M.: Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – *eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten.* In: Psychiatrische Praxis 1995, 22, S. 112-116.

FINKE-KNÜWER, H.: Musik im Krankenhaus: *Grundlagen, Ziele, Materialien für Unterricht und Therapie. Ein Beitrag zur Humanisierung des Krankenhausaufenthaltes*, Berlin 1983.

FINKIELKRAUT, A.: Die Weisheit der Liebe, Reinbek 1989a.

FINKIELKRAUT, A.: Die Niederlage des Denkens, Reinbek 1989b.

FINKIELKRAUT, A.: Die vergebliche Erinnerung, Berlin 1989c.

FINKIELKRAUT, A.: Verlust der Menschlichkeit. *Versuch über das 20. Jahrhundert,* München 2000.

FINSTERER, I.: Behandlungszufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Eine Nachbefragung*, München 2008.

FINZEN, A.: Vorwort. In: Ders. (Hrsg.), Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. *Ursachen, Behandlung, Prävention.* München 1974, S. 7-10.

FINZEN, A.: Reaktionsformen des Pflegepersonals auf Veränderungen psychiatrischer Stationen durch unerfahrene Therapeuten. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 192-199.

FINZEN, A.: Das Ende der Anstalt: *Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Das Beispiel Wunstorf,* Bonn 1985.

FINZEN, A.: Geleitwort. In: FLOETH, T., FLOETH, T.: Ein bisschen Chaos muß sein: *die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu.* Bonn 1991, S. 7-8.

FINZEN, A.: „Der Verwaltungsrat ist schizophren": *die Krankheit und das Stigma,* Bonn 1996.

FINZEN, A.: Antipsychiatrie und Sozialpsychiatrie – wie Feuer und Wasser. *Wider die Nostalgie nach den Seelenfängern von Kingsley Hall.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 1997, H.4, S. 41-48.

FINZEN, A.: Anfänge der Sozialpsychiatrie. In: DÖRNER, K. & PLOG, U. (Hrsg.), Anfänge der Sozialpsychiatrie. *Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahre 1968. Ein psychiatrisches Dokument*, Bonn 1999a, S. 4-16.

FINZEN, A.: Psychiatrie und Soziologie. In: Spektrum 1999b, 28, S. 62-79.

FINZEN, A.: Psychose und Stigma. Stigmatisierung – *zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*, 2. Aufl., Bonn 2001.

FINZEN, A. & SCHÄDLE-DEININGER, H.: "Unter elenden, menschenunwürdigen Umständen". *Die Psychiatrie-Enquete*, Rehburg-Loccum 1979.

FINZEN, A. & KLUGE, E.: Die Mißachtrung der elementaren Grundbedürfnisse psychiatrischer Krankenhauspatienten. *Eine Untersuchung zur brutalen Realität der psychiatrischen Krankenhausversorgung in der BRD*. In: Psychiatrische Praxis 1974, 1, S. 130-132.

FINZEN, A. & HOFFMANN-RICHTER, U. (Hrsg.): Was ist Sozialpsychiatrie? Bonn 1995.

FINZEN, A. / BENZ, D. & HOFFMANN-RICHTER, U.: Die Schizophrenie im „Spiegel" – *oder ist der Krankheitsbegriff der Schizophrenie noch zu halten*? In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 365-367.

FIORENTINE, R. / NAKASHIMA, J. & ANGLIN, M.D.: Client Engagement in Drug Treatment. In: Journal of Substance Abuse Treatment 1999, 17, S. 199-206.

FISCHER, F.: Zeitstruktur und Schizophrenie. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1929, 121, S. 544-574.

FISCHER, F.: Raum-Zeit-Struktur und Denkstörung in der Schizophrenie. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1929, 121, S. 241-256.

FISCHER, F.: Im Wartesaal ohne Hoffnung – „Irre". In: Die Zeit 1967, 3, S. 42.

FISCHER, F.: Von der Umwelt abgelehnt… In: Die Zeit 1967, 4, S. 42.

FISCHER, F.: Irrenhäuser – *Kranke klagen an*, 2. Aufl., München 1972.

FISCHER, F.: Der psychisch Kranke und die Anstalt. In: LAUTER, H. & MAYER, J.-E. (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. *Tagung der Evangelischen Akademie Loccum Oktober 1970*, Stuttgart 1971, S. 68-74.

FISCHER, H.: Heilserwartung. In: HIRSCHBERG, W. & MÜLLER, W. (Hrsg.), Wörterbuch der Völkerkunde, Berlin 1999.

FISCHER, J.: Alcoholic patients' perception of treatment milieu using modified versions of the Ward Atmosphere Scale (WAS) and Community Oriented Program Environment Scale (COPES). In: British Journal of Addiction 1977, 72, S. 213-216.

FISCHER, J.: Architektur: "*schweres" Kommunikationsmedium der Gesellschaft*. In: Aus Politik und Zeitgeschehen 2009, 25, S. 616.

FISCHER, L.: Die Wirkung der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen, Köln 1976.

FISCHER, L.: Strukturen der Arbeitszufriedenheit und die Bedeutung des individuellen Bezugssystems. *Untersuchungen zur Dignität eines umstrittenen Konzepts unter Verwendung der "Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit" (SAZ),* Köln 1985.

FISCHER, L.: Arbeitszufriedenheit und Anspruchsniveau – *Ein Dilemma ohne Ausweg?* In: BEINKE, L. (Hrsg.), Didaktik der Berufs- und Arbeitswelt, Gießen 1988, S. 3-33.

FISCHER, L.: Arbeitszufriedenheit – Forschungsziele und Forschungsperspektiven: *Einleitung und Überblick*. In: Ders. (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1991, S. 1-17.

FISCHER, L.: Die stillschweigenden innerbetrieblichen Voraussetzungen von Mitarbeiterbefragungen und ihre Konsequenzen für die Analyse von Arbeitszufriedenheit. In: Ders. (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1991, S. 179-197.

FISCHER, L.: Messung der Arbeitszufriedenheit und Ergebnisse empirischer Forschung. In: LUCZAK, H. & VOLPERT, W. (Hrsg.), Handbuch Arbeitswissenschaft, Stuttgart 1997, S. 271-275.

FISCHER, L. & LÜCK, H.E.: Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit (SAZ). In: Psychologie und Praxis 1972, 16, S. 64-76.

FISCHER, L. & EUFINGER, A.: Zur Differenzierung von Formen der Arbeitszufriedenheit mit unterschiedlichen Messverfahren. In: FISCHER, L. (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1991, S. 115-131.

FISCHER, R.: Arbeitnehmer beurteilen ihre Arbeitswelt. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1977, 31, S. 83-86.

FISCHER-KERN, M. et al.: Prädikatoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. In: Der Nervenarzt 2006, 77, S. 309-317.

FISCHBECK, S.: Bedürfnisse der Brustkrebs-Patienten. *Wie mein Arzt mir helfen könnte*, Würzburg 2002.

FISCHBECK, S.: Zum Bedürfnis onkologischer Patienten nach therapiebezogner Mitbestimmung. *Befunde empirischer Forschung.* In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003a, S. 46-54.

FISCHBECK, S. & HUPPMANN, G.: Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse von Mammakarzinompatientinnen in der Nachsorge: *Patientinnen in der Anschlussheilbehandlung und der stationären Nachsorge im Vergleich.* In: BRÄHLER, E. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.), Psychologie und Soziologie in der Medizin, Gießen 1996, S. 45-46.

FISCHBECK, S. & HUPPMANN, G.: Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse erfassen. *Adherence – ein Ansatzpunkt patientenorientierter Gesundheitsförderung in der ambulanten Nachsorge bei Brustkrebs-Patientinnen.* In: DEUSINGER, I.M. (Hrsg.), Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Göttingen 2002, S. 103-121.

FISCHBECK, S. & HUPPMANN, G.: Zum Spektrum der Informationsbedürfnisse Krebskranker: *Historisches zu seiner Messung.* In: HUPPMANN, G. & FISCHBECK, S. (Hrsg.), Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie, Würzburg 2006, S. 122-156.

FISCHINGER-HEDIGER, S.: Patienten beurteilen ihre Behandlung in der psychiatrischen Poliklinik, Zürich 1984.

FISHER, J.: The relationship between alcoholic patients' milieu perception and measures of their drinking during a brief follow-up period. In: Substance Use & Misuse 1979, 14, S. 1151-1156.

FISHER, S. / FISHER, R. & HILKEVITCH, A.: The conscious and unconscious attitudes of psychotic patients toward electric shock treatment. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1953, 118, S. 144-152.

FISHER, S. & FISHER, R.L.: Some Critical Observations of the Role of Fear in Electroconvulsive Treatment. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1963, 137, S. 402-411.

FISK, R. & CONEY, C.: Postchoice Evaluation: *An Equity Theory Analysis of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction with Service Choices*. In: HUNT, H. & DAY, R. (Hrsg.), Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour, Bloomington 1982, S. 9-16.

FISK, R. & YOUNG, C.: Disconfirmation of Equity Expectations: *Effects on Consumer Satisfaction with Services*. In: HIRSCHMANN, E. & HOLBROOK, H. (Hrsg.), Advances in Consumer Research, Ann Arbour 1985, S. 340-345.

FISK, T.A. et al.: Creating patient satisfaction and loyalty. In: Journal of Health Care Marketing 1990, 10 (2), S. 5-15.

FISSENI, H.J.: Zur Situation von Frauen in Altersheimen – *Ergebnisse einer Tageslaufanalyse,* Bonn 1974.

FITTS, W.T. & RAVDIN, I.S.: What Philadelphia Physicians tell patients with caner? In: Journal American Medical Association 1953, 153, S. 901-904.

FITZPATRICK, R.: Satisfaction with health care. In: Ders. et al. (Hrsg.), The experience of illness, London 1984, S. 154-175.

FITZPATRICK, R.: Measurement of patient satisfaction. In: HOPKINS, A. & COSTAIN, D. (Hrsg.), Measuring the outcomes of medical care, London 1990, S. 19-26.

FITZPATRICK, R.: Surveys of patient satisfaction: I – *Important general considerations*. In: British Medical Journal 1991a, 302, S. 887-889.

FITZPATRICK, R.: Surveys of Patient Satisfaction: II – *Designing a Questionnaire and Conducting a Survey*. In: British Medical Journal 1991b, 302, S. 1129-1132.

FITZPATRICK, R. & HOPKINS, A.: Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: *An empirical exploration*. In: Sociology of Health and Illness 1983, 5, S. 297-311.

FLADE, A.: Wohnen psychologisch betrachtet, Bern u.a. 1987.

FLAUBERT, G.: Madame Bovary: *Sitten der Provinz*, Zürich 1979.

FLECK, L.: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. *Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, Frankfurt/M. 1980.

FLEGEL, H.: Therapeutische Gemeinschaft: *Theorie, Technik und sozialer Kontext*. In: Praxis der Psychotherapie 1965a, 6, S. 245-257.

FLEGEL, H.: Das Therapie-Gemeinschafts-Hospital. *Bericht über einen Studienaufenthalt am Claybury-Hospital, London*. In: Der Nervenarzt 1965b, 36, S. 105-113.

FLEGEL, H.: Die Psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft. In: Der Nervenarzt 1966, 37, S. 160-164.

FLEGEL, H.: Vom Wachsaal zur Therapeutischen Gemeinschaft. *Das psychiatrische Krankenhaus auf dem Weg zum psychotherapeutischen Institut*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1968, 18, S. 41-49.

FLEISCH, O.: Erfahrungsbericht über Patientenbefragungen. In: HAUKE, E. (Hrsg.), Qualität im Krankenhaus. *Die Referate des 12. österreichischen Krankenhaustages 1989*, Wien 1990, S. 151-159.

FLEISCHER, H.: Patientenbefragung – *Mittel und Chancen in einem patientenorientierten Krankenhausmanagement*, Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz 1996.

FLEISCHMANN, H.: Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? In: Psychiatrische Praxis 2003, 30, Supplement 2, S. 136-139.

FLEMING, D.V.: Hospital structure and consumer satisfaction. In: Health Service Research 1981, 16, S. 43-63.

FLESCH, P.: Probleme der medizinischen Versorgung chronisch Alkoholkranker in der Praxis des niedergelassenen Arztes aus der Sicht des Patienten, Hamburg 1970.

FLEX, W.: Wallensteins Antlitz. *Gesichte und Geschichten aus der Zeit des Dreißigjährigen Krieges*. In: Ders., Gesammelte Werke, *Band I*, München 1925, S. 377-457.

FLEX, W.: Der Wanderer zwischen beiden Welten: *Ein Kriegserlebnis,* München 1966.

FLICK, U.: Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In: BERGOLD, J.B. & FLICK, U. (Hrsg.), Ein-Sichten. *Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung,* Tübingen 1987, S. 246-263.

FLICK, U.: Entzauberung der Intuition. *Triangulation von Methoden und Datenquellen als Strategien der Geltungsbegründung und Absicherung von Interpretationen*. In: HOFFMANN-ZLOTNIK, J. (Hrsg.), Analyse qualitativer Daten, Opladen 1992, S. 11-55.

FLICK, U.: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. *Überblick und Einleitung*. In: Ders. (Hrsg.), Wann fühlen wir uns gesund? *Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, Weinheim 1998, S. 7-32.

FLICK, U.: Qualitative Sozialforschung. *Eine Einführung*, 6. Aufl., Reinbek 2002.

FLICK, U.: Triangulation: *Eine Einführung*, 2. Aufl. Wiesbaden 2007.

FLIEGE, H. & FILIPP, S.H.: Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität – *Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2000, 33, S. 307-313.

FLIEGEL, S. et al.: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: *ein Übungsbuch*, 3. Aufl., Weinheim 1994.

FLOCKE, S.A. / MILLER, W.L. & CARBTREE, B.F.: Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. In: Journal of Family Practice 2002, 51 (10), S. 845-840.

FLOETH, T.: Ein bisschen Chaos muß sein: *die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu*. Bonn 1991.

FLOETH, T. et al.: „Sich selbst auf die Schliche kommen" – *Selbstbeforschung in der Psychiatrie mittelsqualitativer soziologischer Methoden*. In: REHBERG, K.-S. (Hrsg.), Differenz und Integration. *Die Zukunft moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie Bd. II*, Opladen 1997, S. 269-274.

FLÜCKIGER, C. / REGLI, D. & GRAWE, K.: Allgemeine Psychotherapie im Gruppensetting: *Das Zusammenspiel von gruppen- und interventionsspezifischen Wirkfaktoren*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2005, 41, S. 306-322.

FLÜCKIGER, C. & GROSSE HOLTFORTH, M.: Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: *Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie*. In: FRANK, R. (Hrsg.), Therapieziel Wohlbefinden. *Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, Berlin 2007, S. 33-42.

FOCUS: Die große Klinik-Liste. Teil 1. In: Focus, Heft 42/1998a, S. 176-201.

FOCUS: Die große Klinik-Liste. Teil 2. In: Focus, Heft 43/1998b, S. 198-219.

FOCUS: Die große Klinik-Liste. Teil 3. In: Focus, Heft 44/1998c, S. 211-229.

FOCUS: Die große Klinik-Liste. Teil 4. In: Focus, Heft 45/1998d, S. 202-219.

FOCUS: Die große Klinik-Liste. Teil 5. In: Focus, Heft 46/1998e, S. 210-227.

FOERSTER, H.v.: Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. *Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?*, 12. Aufl., München 2000, S. 39-60.

FOLKES, V.: Consumer Reactions to Product Failure: *An Attributional Approach*. In: Journal of Consumer Research 1984, 10, S. 389-409.

FOLKES, V.: Recent Attribution Research in Consumer Behaviour: *A Review and New Directions*. In: Journal of Consumer Research 1988, 14, S. 548-565.

FOLLMER, R.: Wie zufrieden sind die Kunden? *Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der Bevölkerung*. In: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen. Qualität nachgefragt 1999, S. 59-82.

FONAGY, P.: Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In: Psyche 1998a, 52, S. 349-368.

FONAGY, P.: Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. In: Psyche 1998b, 52, S. 331-368.

FONAGY, Y. et al.: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Stuttgart 2004.

FOON, A.E.: Locus of Control and Client Expectations of psychotherapeutic outcome. In: British Journal of Clinical Psychology 1986, 25, S. 161-171.

FORASTINÉ, J.: Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, 2. Aufl. Köln 1969.

FORD, R.C. / BACH, S.A. & FOTTLER, M.D.: Methods of measuring patient satisfaction in health care organisations. In: Health Care Management Review 1997, 22, S. 74-89.

FORDYCE, M.: A review of research on the happiness measures: *A sixty-second index of happiness and mental health*. In: Social Indicators Research 1988, 20, S. 355-381.

FORGAS, J.P.: Sozialpsychologie. *Eine Einführung in die Psychologie der sozialen Interaktion*, München-Weinheim 1987.

FORGY, E.W. & BLACK, J.D.: A Follow-up after three years of client counselled by two methods. In: Journal of Counselling Psychology 1954, 1, S. 1-7.

FORM, W.H. & GESCHWENDER, J.A.: Social reference basis of job satisfaction: *The case of the Manual Worker*. In: American Sociological Review 1962, 27, S. 228-237.

FORNELL, C.: Verbraucherabteilungen in Unternehmen – *Ein kommunikationsorientierter Ansatz*. In: HANSEN, U. / STRAUSS, B. & RIEMER, M. (Hrsg.), Marketing und Verbraucherpolitik, Stuttgart 1982, S. 473-487.

FORSCHUNGSVERBUND LAIENPOTENZIAL, PATIENTENAKTIVIERUNG UND GESUNDHEITSSELBSTHILFE: Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen: *Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Gesundheitssystemforschung*, Berlin 1987.

FORSTER, H.P. / SCHWARTZ, J. & DE RENZO, E.: Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. In: Archives of Internal Medicine 2002, 162, S. 1217-1219.

FORSTER, J.: Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen. *Eine empirische Vergleichsstudie und die Darstellung eines körpertherapeutischen Behandlungskonzepts bei Essstörungen*, Herbolzheim 2002.

FORSTER, J.H. & PETER, T.J.: Impaired sleep in alcohol misuses and dependent alcoholics and the impact upon outcome. In: Alcoholism Clinical and Experimental Research 1999, 23, S. 1044-1051.

FORSTER, R. & PELIKAN, J.M.: Anstaltspsychiatrie – *Menschliche Bedürfnisse und totale Institution*. Wien 1979.

FORSTER, R. & PELIKAN, J.M.: Menschliche Bedürfnisse und totale Institution –*am Beispiel eines psychiatrischen Großkrankenhauses*. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 169-191.

FORSTER, R. & PELIKAN, J.M.: Krankheit als Karriereprozess – *Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen*. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1977, 2, S. 29-42.

FORSTER, R. & PELIKAN, J.M.: Gewalt im Alltag der Psychiatrie. *Ausgewählte Ergebnisse einer Analyse der Patientenversorgung in einer psychiatrischen Sonderanstalt*. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1978, 3, S. 58-72.

FOUCAULT, M.: Sexualität und Wahrheit II. *Der Gebrauch der Lüste*, Frankfurt/M. 1989a.

FOUCAULT, M.: Sexualität und Wahrheit III. *Die Sorge um sich*, Frankfurt/M. 1989b.

FOUCAULT, M.: Psychologie und Geisteskrankheit, 5. Aufl., Frankfurt/M. 1977.

FOUCAULT, M.: Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt/M. 1998.

FOUCAULT, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. *Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft*, 10. Aufl., Frankfurt/M. 1993.

FOUCAULT, M.: Überwachen und Strafen. *Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt/M. 1994

FOUCAULT, M.: Die Geburt der Klinik. *Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, 6. Aufl., Frankfurt/M. 2002.

FOUCAULT, M.: Hermeneutik des Subjekts. *Vorlesungen am Collège de France (1981/82)*, Frankfurt/M. 2004.

FOUDRAINE, J.: Wer ist aus Holz? *Neue Wege der Psychiatrie*, München 1976.

FOURNIER, S. & MICK, D.: Rediscovery Satisfaction. In: Journal of Marketing 1999, 64, S. 5-23.

FOWLER, F.J. et al.: Using Telephone Interviews to reduce Nonresponse Bias to Mail Surveys of Health Plan Members. In: Medical Care 2002, 40, S. 190-200.

FOX, J.G. & STORMS, D.M.: A different approach to sociodemographic predicators of satisfaction with health care. In: Social Science & Medicine 1981, 15A, S. 557-564.

FRANCIS, V. / KORSCH, B.M. & MORRIS, M.J.: Gaps in doctor-patient communication: *Patient's response to medical advice*. In: New England Journal of Medicine 1969, 280, S. 535-540.

FRANCK, G.: Ökonomie der Aufmerksamkeit. *Ein Entwurf*, München und Wien 2007.

FRANK, J.D.: Some determinants, manifestations, and effects of cohesiveness in therapy groups. In: International Journal of Group Psychotherapy 1957, 7, S. 53-63.

FRANK, J.D.: The role of hope in psychotherapy. In: International Journal of Psychiatry 1968a, 5, S. 383-395.

FRANK, J.D.: The influence of patients and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. In: British Journal Medical Psychology 1968b, 41, S. 349-356.

FRANK, J.D.: Therapeutic factors in psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy 1971, 25, S. 350-361.

FRANK, J.D.: Therapeutic components of psychotherapy. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1974a, 159, S. 325-342.

FRANK, J.D.: Common features of psychotherapies and their patients. In: Psychotherapy and Psychosomatics 1974b, 24, S. 368-371.

FRANK, J.D.: My philosophy of psychotherapy. In: Journal of Contemporary Psychology 1974c, 6, S. 115-120.

FRANK, J.D.: Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: HARVEY, J.H. & PARKS, M.M. (Hrsg.), The master lecture series: *Psychotherapy research and behaviour change*, Washington 1982, S. 9-37.

FRANK, J.D.: Die Heiler. *Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*, München 1985.

FRANK, J.D. et al.: Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. In: American Journal of Psychiatry 1959, 115, S. 961-968.

FRANK, M.: Subjekt, Person, Individuum. In: FRANK, M. / RAULET, G. & VON REIJEN, W.(Hrsg.), Die Frage nach dem Subjekt, Frankfurt/M. 1988, S. 7-28.

FRANK, M. G. & EKMAN, P.: Not all smiles are created equal: *The differences between enjoyment and notenjoyment smiles*. In: Humor 1993, 6, S. 9-36.

FRANK, J.: Sozialpsychologie des Betriebs, Stuttgart 1980.

FRANK, L.: Die postindustrielle Gesellschaft und ihre Theoretiker. In: Leviathan 1973, 3, S. 382-407.

FRANK, P.: Patientenzufriedenheit am Beispiel einer Studie an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, Wien 2003.

FRANK, P. & VECSEI, V.: Analyse der Patientenzufriedenheit. *Vergleiche der Jahre 1994 und 2000*. In: Osteosynthesis and Trauma Care 2001, 9, S. 158-163.

FRANK, R. (Hrsg.): Therapieziel Wohlbefinden. *Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie, Berlin 2007a.*

FRANK, R. / WALTER, B. & VAITL, D.: Mehr Wohlbefinden und Genußfreude im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1989, 2, S. 351-364.

FRANK, R.A.: A postcard survey assesses consumer satisfaction. In: Evaluation 1974, 2, S. 20-21.

FRANK, R.A. / SALZMANN, K. & FERGUS, E.: Correlates of Consumer Satisfaction with Outpatient Therapy Assessed by Postcards. In: Community Mental Health Journal 1977, 13, S. 3745.

FRANKE, A. et al.: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. *Risiken und Widerstandsfaktoren*, Weinheim und München 2001.

FRANKE, G.: SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*, Weinheim 1995.

FRANKE, G.: Effekte von Typographie und Itempositionierung in der Fragebogendiagnostik. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1996, 17, S. 187-200.

FRANKFURT, H.G.: Gründe der Liebe, Frankfurt/M. 2005.

FRANKFURT, H.G.: Sich selbst ernst nehmen, Frankfurt/M. 2007.

FRANKFURT, H.G.: Die schwächste aller Leidenschaften.

URL:http://www.jp.philo.at/texte/Frankfurt1.pdf
[Stand 07.09.2008a]

FRANKFURT, H.G.: Willensfreiheit und der Begriff der Person.
URL:http://www.philoscience.unibe.ch/lehre/dokumente/geist/frankfurt/doc
[Stand 07.09.2008b]

FRANKL, V.E.: Zur mimischen Bejahung und Verneinung. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1924, 10, S. 437-438.

FRANKL, V.E.: Trotzdem ja zum Leben sagen. *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*, 2. Aufl., Wien 1947.

FRANKL, V.E.: Psychohygienische Erfahrungen im Konzentrationslager. In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, *Bd. 4*, München-Berlin 1959.

FRANKL, V.E.: Psychologie und Psychiatrie des Konzentrationslagers. In: Psychiatrie der Gegenwart, *Bd. III: Forschung und Praxis*, Berlin u.a. 1961, S. 743-759.

FRANKL, V.E.: Der Wille zum Sinn. *Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*, Bern 1972.

FRANKL, V.E.: Der Mensch auf der Suche nach Sinn. *Zur Rehumanisierung der Psychotherapie*, 3. Aufl., Freiburg 1973.

FRANKL, V.E.: Paradoxien des Glücks (am Modell der Sexualneurose). In: HOMMES, U. (Hrsg.): Was ist Glück? *Symposium*, München 1976, S. 108-126.

FRANKL, V.E.: Die Tür zum Glück geht nach außen auf. *Franz Kreuzer im Gespräch mit Viktor Frankl.* In: GEHMACHER, E. (Hrsg.), Mehr Glück mit Verstand, Wien 1991, S. 70-79.

FRANKL, V.E.: Das Leiden am sinnlosen Leben. *Psychotherapie für heute*, 8. Aufl., Wien 1997.

FRANKL, V.E.: Bergerlebnis und Sinnerfahrung, 5. Aufl., Innsbruck-Wien 2006.

FRANKL, V.E.: Ärztliche Seelsorge. *Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, München 2007.

FRANTISEK, K.: Der unzufriedene Ziegenbock. In: Ders., Die drei Hähne. *Märchen für die Kleinsten*, Prag 1959.

FRANZ, M. et al.: „Nein" zur Psychotherapie? *Kognitive Stereotype psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebotes.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1993, 43, S. 278-285.

FRANZ, M. / KRAFFT, W. & CROISSANT, B.: Alexithymie – *psychosomatisches Phantom oder psychophysiologische Realität?* In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 1996, 46, S. 1-10.

FRANZ, M. et al.: Deutsche Version der Snaith-Hamilton-Pleasure Scale (SHAPS-D): *Erfassung der Anhedonie bei schizophrenen und depressiven Patienten.* In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1998, 66, S. 407-413.

FRANZ, M. et al.: Faktorenstruktur und Testgütekriterien der deutschen Version der Toronto-Alexithymia-Skala (TAS-20) bei psychosomatischen Patienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2001, 51, S. 23-28.

FRASCH, G.: Der Rücklaufprozess bei schriftlichen Befragungen: *Formale Modelle zur Analyse kollektiver Regelmäßigkeiten,* Frankfurt/M. 1987.

FREDERICK, S. & LOEWENSTEIN, G.: Hedonistic Adaption. In: KAHNEMAN, D. / DIENER, E. & SCHWARZ, N. (Hrsg.), Well-being: *The Foundations of Hedonic Psychology,* New York 1999, S. 302-329.

FREDRICKSON, B.: What good are positive emotions? In: Review of General Psychology 1998, 2, S. 300-319.

FREDRICKSON, B.: The role of positive emotions in Positive Psychology: *The broaden-and-build theory of positive emotion.* In: American Psychologist 2001, 56, S. 218-226.

FREDRICKSON, B. & LERVERSON, R.: Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. In: Cognition and Emotion 1998, 12, S. 191-220.

FREEDMAN, J.L. & FRASER, S.C.: Compliance without pressure: *The foot-in-the-door technique.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1966, 4, S. 195-202.

FREEMAN, R.B. & VINEY, L.: Patients' expectations of the therapist role. In: Journal of Comparative Psychology 1977, 5, S. 372-379.

FREIDSON, E.: Patients' View of Medical Practice. *A Study of Subscribers to a Prepaid Medical Plan in the Bronx*, New York 1961.

FREIDSON, E.: Patientenkontrolle und ärztliche Praxis. In: Der praktische Arzt 1966, 3, S. 37-42.

FREIDSON, E.: Der Ärztestand. *Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart 1979.

FREIDSON, E.: Dominanz der Experten. *Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung.* In: ROHDE, J.J. (Hrsg.), Medizin- und Sozialwissenschaften, München 1975.

FREINET, C.: Adler steigen keine Treppen. *Vom methodischen Treppensteigen.* In: HERING, J. & HÖVEL, W. (Hrsg.), Immer noch der Zeit voraus. Kindheit, Schule und Gesellschaft aus dem Blickwinkel der Freinetpädagogik, Bremen 1991, 166.

FREIRE, P.: Pädagogik der Unterdrückten. *Bildung als Praxis der Freiheit*, Reinbek 1971.

FREIRE, P.: Pädagogik der Autonomie. *Notweniges Wissen für die Bildungspraxis*, Münster u.a. 2008.

FREISE, D.C.: Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen, Sankt Augustin 2003a.

FREISE, D.C.: Methodische Aspekte der Durchführung von Patientenbefragungen. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003b, S. 29-50.

FREISE, D.C.: Konstruktvalidierung des Kölner Patientenfragebogens mittels der Multitrait-Multimethod-Analyse (MTMM). In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003c, S. 137-148.

FREISE, D.C. / SCHEIBLER, F. & PFAFF, H.: Der Zusammenhang zwischen Fragebogenlänge und der Höhe des Rücklaufs bei Patientenbefragungen. In: Gesundheitswesen 2001, 63, A13.

FRENCH, D.L. et al.: Participant obersation as a patient in a rehabilitation hospital. In: Rehabilitation Psychology 1972, 19, S. 89-95.

FRENCH, K.: Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. In: Internal Journal of Nursing Studies 1981, 18, S. 7-32.

FRENZEL, K.: Motive der Weltliteratur. *Ein Lexikon dichtungsgeschichtlicher Längsschnitte*, Stuttgart 1976.

FRENZEL, K. / MÜLLER, M. & SOTTONG, H.: Storytelling. *Die Kraft des Erzählens fürs Unternehmen nutzen*, München 2006.

FRESE, M. & SEMMER, N.: Streß. In: FREY, D. & GREIF, S.(Hrsg.): Sozialpsychologie, 3.Aufl., Weinheim 1994, S. 342-349.

FRETER, H. & GLASMACHER, C.: Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. In: f&w im Krankenhaus 1996, 13, S. 436-441.

FRETZ, B.R. et al.: Counsellor nonverbal behaviours and client evaluations. In: Journal of Counselling Psychology 1979, 26, S. 304-311.

FREUD, S.: Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit. In: Ders., Studienausgabe, Band I, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Hrsg. Mitscherlich, A. et al., Frankfurt/M. 2000a.

FREUD, S.: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. In: Ders., Studienausgabe, Band IV, Psychologische Schriften. Hrsg. Mitscherlich, A. et al., Frankfurt/M. 2000b.

FREUD, S.: Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: Ders., Studienausgabe, Band XI, Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion, Frankfurt/M. 2000c, S. 62-134.

FREUD, S.: Die Zukunft einer Illusion. In: Ders., Studienausgabe, Band IX, Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Hrsg. Mitscherlich, A. et al., Frankfurt/M. 2000d.

FREUD, S.: Das Unbehagen in der Kultur. In: Ders., Studienausgabe, Band IX, Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Hrsg. Mitscherlich, A. et al., Frankfurt/M. 2000e.

FREUD, S.: Zur Gewinnung des Feuers. In: Ders., Studienausgabe, Band IX, Fragen der Gesellschaft / Ursprünge der Religion. Hrsg. Mitscherlich, A. et al., Frankfurt/M. 2000f.

FREUD, S.: Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). In: Ders, Studienausgabe. Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik, Frankfurt/M. 2000g, S. 13-35.

FREUDENBERG, R.K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. In: Der Nervenarzt 1962, 33, S. 165-172.

FREUDENMANN, R.W.: CARE. Ein neues Touchsreen-Coputersystem zum Monitoring psychiatrischer Ergebnisqualität durch tägliche Patientenbefragungen, Ulm 1999.

FREUDENMANN, R.W. / VIVIANI, R. & SPITZER, M.: CARE: Computergestütztes Monitoring psychiatrischer Ergebnisqualität. *Design und Realisierung.* In: Nervenheilkunde 1999a, 18, S. 504-512.

FREUDENMANN, R.W et al.: CARE – ein System zur Erfassung von Patienten-Selbstbeurteilungen. In: Forum der Medizin-Dokumentation und Medizin-Informatik 1999b, 1, H.4, S. 6-8.

FREUDENMANN, R.W. & SPITZER, M.: Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Ergebnisse der Pilotstudien.* In: Der Nervenarzt 2001, 72(1), S. 40-51.

FREUDENTHALER, I.: Der zufriedene Patient. *Qualitäts- und Praxismanagement für den Arzt*, Heidelberg 2002.

FREUND, M.: Lässt sich das Glück er-fragen? In: Psychologie heute 1984, 12, S. 26-29.

FREY, B. & STUTZER, A.: Happiness, economy and institutions. In: Economic Journal 2000, 110, S. 918-938.

FREY, B. & STUTZER, A.: Happiness and Economics: *How the Economy and Institutions Affect Well-Being*, Princeton 2002.

FREY, D.: Die Theorie der kognitiven Dissonanz. In: Ders. (Hrsg.), Kognitive Theorien der Sozialpsychologie, Bern u.a. 1978, S. 243-292

FREY, D. & STAHLBERG, D.: Erwartungsbildung und Erwartungsveränderungen bei Börsenakteuren. In: MAAS, P. & WEIBLER, J. (Hrsg.), Börse und Psychologie. *Plädoyer für eine neue Perspektive*, Köln 1990, S. 102-139.

FREY, D. & BENNING, E.: Dissonanz. In: FREY, D. & GREIF, S.(Hrsg.): Sozialpsychologie, 3.Aufl., Weinheim 1994, S. 147-153.

FREY, D. et al.: Die Theorie sozialer Vergleichsprozesse. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band I: Kognitive Theorien,* Bern 1998, S. 81-121.

FREY, D. & GASKA, A.: Die Theorie der kognitiven Dissonanz. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band I: Kognitive Theorien,* Bern 2001, S. 275-324.

FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.): Sozialpsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbergriffen*, 3. Aufl., Weinheim 1994.

FRICKE, R.: Betroffene und ihre Erwartungen an die Behandlung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2002, S. 819-836.

FRICKE, R.: Nutzerbeteiligung in Psychiatrieplanungsprozessen. Planung einer psychiatrischen Abteilung im Kreis Herford. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005, H. 4, S. 32-33.

FRIEBERTSHÄUSER, B.: Interviewtechniken – *ein Überblick*. In: DIES. & PRENGEL, A. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Weinheim und München 1997, S. 371-395.

FRIEDBURG, L.v.: Soziologie des Betriebsklimas, Frankfurt/M. 1966.

FRIEDLANDER, M.L. & KAUL, T.J.: Preparing Clients for Counselling Process and Outcome. In: Journal of College Student Personnel 1983, 24, S. 207-214.

FRIEDMAN, H.J.: Patient expectancy and symptom reduction. In: Archives of General Psychiatry 1963, 8, S. 61-67.

FRIEDMAN, H.S.: Nonverbal Communication between Patients and medical Practitioners. In: Journal of Social Issues 1979, 35, S. 82-99.

FRIEDMAN, H.S. / DIMATTEO, M.R. & TARANTA, A.A.: A study of the relationship between individual differences in nonverbal expressiveness and factors of personality and social interaction. In: Journal of Research in Personality 1980, 14, S. 351-364.

FRIEDMANN, G.: Der Mensch in der mechanisierten Produktion, Köln 1952.

FRIEDMANN, G.: Zukunft der Arbeit, Köln 1953.

FRIEDMANN, G.: Grenzen der Arbeitteilung, Frankfurt/M.1959.

FRIEDMANN, J. / SCHUBERT, H.-J. & SCHWAPPACH, D.: Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: *Systematische Auswertung und Handlungsbedarfe*. In: Gesundheitswesen 2009, 71, S. 3-9.

FRIEDRICH, W. et al.: Zur Kritik des Behaviorismus. In: BRAUN, K.H. & HOLZKAMP, K., Studien zur Kritischen Psychologie, Bd.8, Köln 1979.

FRIEDRICHS, J.: Methoden empirischer Sozialforschung, 3. Aufl., Opladen 1985.

FRIESE, H.J. & NISSEN, G.: Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt 1983, 13, S. 39-42.

FRITZ, J.: Zusammenhänge zwischen Krankheitstheorie, Behandlungserwartung und patientenzentrierter Gesprächsführung in der Allgemeinarztpraxis, Ulm 1981.

FRITZSCHE, K. & HOHAGE, R.: Die Stationsgruppe: *Modell einer Integration von realem und therapeutischem Raum*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1990, 35, S. 150-162.

FROBÖSE, M. & SCHMICKLER, C.: Voraussetzungen für den erfolgreiche Einsatz von Kundenzufriedenheits-Befragungen im Investionsgüter-Marketing. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1998, 3, S. 288-306.

FROEHLICH, R.E. & BISHOP, F.M.: Die Gesprächsführung des Arztes, Berlin u.a. 1973.

FROHBURG, I.: Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. In: Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung 1999, 30(1), S. 14-27.

FROMM, E.: Anatomie der menschlichen Destruktivität, Stuttgart 1974.

FROMM. E.: Wege aus der kranken Gesellschaft. *Eine sozialpsychologische Untersuchung*, 10. Aufl., Frankfurt/M. 1981.

FROMM, E.: Arbeiter und Angestellte am Vorabend des Dritten Reiches. *Eine sozialpsychologische Untersuchung*, München 1983.

FROMM, E.: Haben oder Sein. *Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft*, 24. Aufl., Stuttgart 1995.

FROMM, E.: Authentisch leben, Freiburg 2000.

FROMME, D.K. & O´BRIEN, C.S.: A dimensional approach to the circular ordering of the emotions. In: Motivation and Emotion 1982, 6, S. 337-363.

FROSCH, D. & KAPLAN, R.: Shared decision making in clinical medicine: *Past research and future directions*. In: American Journal of Preventive Medicine 1999, 17, S. 285-294.

FROSCHAUER, U. & LUEGER, M.: Das qualitative Interview. *Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*, Wien 2003.

FRUTH, L. & PADDERUD, A.: Portrayals of mental illness in daytime television serials. In: Journal Quarterly 1985, 62, S. 384-387.

FUCHS, M. / LAMNEK, S. & TRETTER, F.: Psychisch Kranke und Psychiatrie im Meinungsbild der Münchener, München 1989.

FUCHS, M. & LAMNEK, S.: Fragebogendramaturgie und Abbruchverhalten. In: planung & analyse 1990, 3, S. 101-107.

FUCHS, P.: Hofnarren und Organisationsberater. *Zur Funktion der Narretei, des Hofnarrentums und der Organisationsberatung*. In: Organisationsentwicklung 2002, 3, S. 4-14.

FUCHS, T. et al.: BFTB – *Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung*, Göttingen 2003.

FÜRNTRATT, E.: Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. In: Diagnostica 1969, 15, S. 62-75.

FÜRSTENBERG, F. (Hrsg.): Industriesoziologie I. *Vorläufer und Frühzeit 1835-1934*, 2. Aufl., Neuwied 1966.

FÜRSTENBERG, F. (Hrsg.): Industriesoziologie II. *Die Entwicklung der Arbeits- und Betriebssoziologie seit dem Zweiten Weltkrieg*, Neuwied 1974.

FÜRSTENBERG, F.: Arbeitsfreude als Kulturphänomen. In: NIPPERT, R.P. / PÖHLER, W. & SLESINA, W. (Hrsg.), Kritik und Engagement. Soziologie als Anwendungswissenschaft. Festschrift für Christian von Ferber zum 65. Geburtstag, München 1991.

FULLAM, F. et al.: The Use of Patient Satisfaction Surveys and Alternative Coding Procedures to Predict Malpractice Risk. In: Medical Care 2009, 47, S. 553-559.

FUNKE, D.: Die dritte Haut. *Psychoanalyse des Wohnens*, Gießen 2006.

FURNHAM & WARDLEY, Z.: Lay theories of psychotherapy. *I: Attitudes toward, and beliefs about, psychotherapy and therapist.* In: Journal of Clinical Psychology 1990, 56, S. 878-890.

FUSS, F.: Planmäßige Krankenhausforschung. *Eine Anregung.* In: Krankenhaus-Umschau 1965, 35, S. 403-406.

GABBARD, G.: Psychotherapy in Hollywood cinema. In: Australian Psychiatry 2001, 9, S. 365-369.

GABOR, M.: Die Beziehung entmündigter Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus zu ihrem Vormund. *Eine empirische Untersuchung durchgeführt im Rheinischen Landeskrankenhaus Düsseldorf*, Düsseldorf 1972.

GABRIJEL, S. et al.: Receiving the diagnosis of lung cancer: *patient recall information and satisfaction with physician communication.* In: Journal of Clinical Oncology 2008, 26, S. 297-302.

GAEBEL, W.: Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Konzepte – Methodik – Durchführung.* In: Nervenarzt 1995, 66, S. 481-493.

GAEBEL, W.: Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: BERGER, M. & GAEBEL, W. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Heidelberg 1997, S. 1-9.

GAEBEL, W. & SCHWARZ, M.: Elemente der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: LAIRAITER, A.R. & VOGEL, H. (Hrsg.),Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosoziale Versorgung – *Ein Werkstattbuch.* Tübingen 1998, S. 377-399.

GAEBEL, W. / BAUMANN, A. & WITTE, M.: Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten. In: Der Nervenarzt 2002, 72, S. 665-670.

GAIER, U.: Lachen und Lächeln – *anthropologisch, soziologisch, poetologisch.* In: ASSMANN, A. & GAIER, U. (Hrsg.), Positionen der Kulturanthropologie, Frankfurt/M. 2004, S. 61-98.

GAIL, T. & SCOTT, L.: Waiting time delays and customer satisfaction in supermarkets. In: Journal of Services Marketing 1995, 9, S. 20-29.

GAIL, T. & SCOTT, L.: A field study investigating the effect of waiting time on customer satisfaction. In: Journal of Psychology 1997, 131, S. 655-660.

GALL, A.: Patientenzufriedenheit und Arzt-Patient-Beziehung. *Akzeptanz von Therapiemaßnahmen bei Kopfschmerzpatienten*, Köln 2005.

GALLIKER, M.: Arbeitszufriedenheit: *Schein und Wirklichkeit.* In: Psychologie heute 1979, 11, S. 46-52.

GALUSKE, M.: Methoden der Sozialen Arbeit. *Eine Einführung*, 4.Aufl., München 2002.

GANN, H. et al.: Der Schlaf und seine cholinerge Beeinflussbarkeit bei Patienten mit primärer Alkoholabhängigkeit im subakuten Entzug. In: Sucht 1999, 45, S. 89-99.

GANN, H. et al.: Subjektive Parameter des Schlafs bei Patienten mit primärer Alkoholabhängigkeit. In: Somnologie – Schlafforschung und Schlafmedizin 2001, 5, S. 65-70.

GANN, H. et al.: Die Bedeutung des Schlafs für gesunde Alkoholkonsumenten und alkoholabhängige Patienten. In: Der Nervenarzt 2004, 75, S. 431-441.

GANS, G.: Die Ducks. *Psychogramm einer Sippe*, Reinbek 1984.

GANSTER, D.C. / HENNESSY, H.W. & LUTHANS, F.: Social desirability response effects: *Three alternative models*. In: Academy of Management Journal 1983, 26, S. 321-331.

GARDEFELD, I.: Kundenbindung durch Weiterempfehlung. *Eine experimentelle Untersuchung der Wirkung positiver Kundenempfehlungen auf die Bindung des Empfehlenden*, Wiesbaden 2008.

GARRETT, P.W. et al.: "The Happy Migrant Effect": perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: *a qualitative study across seven language groups*. In: Quality and Safety in Health Care 2008, 17, S. 101-103.

GARFIELD, S.L.: A note on patients' reasons for terminating therapy. In: Psychological Reports 1963, 12, S. 38.

GARFIELD, S.L. & WOLPIN, M.: Expectations regarding psychotherapy. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1963, 137, S. 353-362.

GARFINKEL, H.: Bedingungen für den Erfolg von Degradierungszeremonien. In: LÜDERSSEN, K. & SACK, F. (Hrsg.), Seminar Abweichendes Verhalten. *Die gesellschaftliche Reaktion auf Kriminalität 2*, Frankfurt/M. 1977, S. 31-40.

GARMAN, A.N. / GARCIA, J. & HARGREAVES, M.: Patient Satisfaction as a Predictor of Return-to-Provider Behaviour: *Analysis and Assessment of Financial Implications*. In: Quality Management in Health Care 2004, 13, S. 75-80.

GARTNER, A. & RIESSMANN, F.: Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. *Zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors*, Frankfurt/M. 1978.

GARTNER, B.: Depressive heilen Depressive. *Wer selbst in der Psychiatrie war, kann später anderen Kranken oft besser helfen als Ärzte – lautet das Credo einer europäischen Initiative*. In: Bild der Wissenschaft 2002, H.12, S. 84-87.

GARZ, D.: Lawrence Kohlberg zur Einführung, Hamburg 1996.

GASQUET, I. / FALISSARD, B. & RAVAUD, P.: Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. In: Journal of Clinical Epidemiology 2001, 54, S. 1174-1180.

GASSMANN, D. & GRAWE, K.: General change mechanisms: *The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapies*. In: Clinical Psychology & Psychotherapy 2006, 1/2, S. 1-11.

GASTON, L. & SABOURIN, S.: Client satisfaction and social desirability in psychotherapy. In: Evaluation and Program Planning 1992, 15, S. 227-231.

GATHMAN, P. & SEMRAU-LININGER, C.: Der verwundete Arzt. *Ein Psychogramm des Heilberufes*, München 1996.

GAVIN, C. T. & TURNER, M.J.: Methods of surveying patients' satisfaction. In: British Medical Journal 1997, S. 229.

GAWELLEK, U.: Erkenntnisstand, Probleme und praktischer Nutzen der Arbeitszufriedenheitsforschung, Frankfurt/M. 1987.

GERICKE, C.A. et al.: Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: *das Qualiskope-A*. In: Gesundheitswesen 2004a, 66, S. 723-731.

GERICKE, C.A. et al.: Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung mit dem QUALISKOPE-A, Diskussionspapier, Berlin 2004b.

GARMS, S.: Qualitätsmanagement in sozialen Projekten. *Chancen und Risiken von Qualitätsentwicklung*, Berlin 2000.

GEBERT, A. & KNEUBÜHLER, H.U.: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen, Bern 2001.

GEBERT, D.: Arbeitsunzufriedenheit, Situationskontrolle und Resignation – *Ergebnisse einer Befragung*. In: Problem und Entscheidung 1979, 23, S. 1-32.

GEBERT, D.: Arbeitszufriedenheit messen: So weiterwursteln wie bisher? *Ein Beitrag zur Diagnose und Veränderung*. In: Zeitschrift für Organisationsentwicklung 1983, 2, S. 35-56.

GEBERT, D. & ROSENSTIEL, L.v.: Organisationspsychologie. *Person und Organisation*, Stuttgart 1981.

GEBHARDT, R.-P.: Auswirkungen von innerer Sektorisierung, teilweiser Öffnung und geschlechtlicher Mischung auf die Stationsatmosphäre in der Akutpsychiatrie, Ulm 1997.

GEBHARDT, R.-P. & STEINERT, T.: Einstellungen von Patienten und Personal zu gemischtgeschlechtlichen Stationen in der Akutpsychiatrie. In: Krankenhauspsychiatrie 2000, 11, S. 21-24.

GEBHARDT, R.-P. & RADTKE, M.: Vergleich der Stationsatmosphäre zwischen drei Spezialstationen für alkoholkranke, schizophrene und depressive Patienten und einer diagnostisch gemischten Satellitenstation. In: Psychiatrische Praxis 2003, 30, 192-198.

GEBSATTEL, V.E.v.: Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. In: Ders., Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie, Berlin u.a. 1954.

GEBSATTEL, V.E.v.: Die depressive Fehlhaltung. In: Ders., Imago hominis, Steinfurt 1964.

GEERS, M.: Was braucht der psychisch Kranke nach der Entlassung? *Eine Befragung von Patienten psychiatrischer Einrichtungen und Vergleich mit den Empfehlungen der behandelnden Ärzte*, Göttingen 1982.

GEERS, M. & MÜLLER, P.: Wünsche und Erwartungen psychiatrischer Patienten zur ambulanten Nachbehandlung – und die Empfehlung ihrer Ärzte. In: Psychiatrische Praxis 1984, 11, S. 86-91.

GEERTSEN, H.R. / FORD, M. & CASTLE, H.C.: The subjective aspects of coronary care. In: Nursing Research 1976, 25, S. 211-215.

GEHLEN, A.: Die Seele im technischen *Zeitalter. Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft,* Hamburg 1957.

GEHLEN, A.: Der Mensch. *Seine Natur und seine Stellung in der Welt*, 14. Aufl., Wiebelsheim 2004.

GEHLEN, A.: Urmensch und Spätkultur. *Philosophische Ergebnisse und Aussagen*, 6. Aufl., Frankfurt/M. 2005.

GEHRKE, C.: Die Patientenbriefe der Mathilde von Berenhorst (1808-1874): *Edition und Kommentar einer Krankengeschichte von 1832-1833,* Göttingen 2000.

GEHRKE, C.: Arzt-Patientenbeziehung und medizinische Vorstellungen von Patienten im 18. und 19. Jahrhundert. In: Zeitschrift für klassische Homöopathie 2001, 45, S. 238-245.

GEHRKE, J. et al.: Welche Informationen erwarten Patienten und Versicherte von medizinischen Informationsdiensten?. In: Gesundheitswesen 2003, 65, S. 548-554.

GEHRLACH, C. / ALTENHÖNER, T. & SCHWAPPACH, D. (Hrsg.): Der Patients' Experience Questionnaire. *Patientenerfahrungen vergleichbar machen*, Gütersloh 2009.

GEIGER, E.: Das Wartezimmer des Zahnarztes in der Sicht des Patienten, Tübingen 1964.

GEISER, D.: Selbstkommunikation und Emotionalität bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In: DE JONG-MEYER, R. & HEYDEN, T. (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen. *Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses*, München 1993, S. 167-180.

GEISER, F. et al.: Stationäre Angsttherapie. *Wodurch wird die Erfolgszufriedenheit der Patienten beeinflusst?* In: BASSLER, M. (Hrsg.), Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie, Gießen 2000, S. 65-73.

GEIßLER, A.: Selbstverständnis und Partnerbild von Ärzten und ihren Patienten, Leipzig 1964a.

GEIßLER, A.: Zur Psychologie des Arzt-Patent-Verhältnisses. In: Probleme und Ergebnisse der Psychologie 1964b, 12, S. 31-41.

GEIßLER, A.: Das Arzt-Patient-Verhältnis. *Ein psychologischer Ansatz zu einem soziologischen Problem.* In: SCHULZ, R. & STEINER, H. (Hrsg.), Soziologie und Wirklichkeit, Berlin 1966, S. 220-234.

GEISSLER, B. & THOMA, P. (Hrsg.): Medizinsoziologie. *Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe,* 2., rev. u. erw. Aufl. Frankfurt/M. 1979.

GEISLER, L.S.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch, Frankfurt/M.1993

GEISLER, L.S.: „Der Patient hat ein Anspruch auf die Wahrheit". In: Psychologie heute 1995, 11, S. 40.

GEISLER, L.S.: Plädoyer für einen "Neuen Arzt". Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. 2007a

GEISLER, L.S.: Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2007b, 129, S. 453-456.

GEISLINGER, R. (Hrsg.): Experten in eigener Sache. *Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*, München 1998.

GELBRICH, K.: Blueprinting, sequentielle Ereignismethode und Critical Incident Technique. *Drei Methoden zur qualitativen Messung von Dienstleistungsqualität*. In: BUBER, R. & HOLZMÜLLER, H. (Hrsg.), Qualitative Marktforschung. *Theorie, Methode, Analyse*. Wiesbaden 2007, S. 617-633.

GELBRICH K. / WÜNSCHMANN, S. & LEURITZ, A. Ein Mixed-Method-Ansatz zur Zufriedenheitsmessung. *Dargestellt am Beispiel des Automobilkaufs*. In: BUBER, R. & HOLZMÜLLER, H. (Hrsg.), Qualitative Marktforschung. *Theorie, Methode, Analyse*. Wiesbaden 2007, S. 903-927.

GEMÜNDEN, H.-G.: Wahrgenommenes Risiko und Informationsnachfrage: *Eine systematische Bestandsaufnahme der empirischen Befunde*. In: Marketing ZFP 1985, 7, S. 27-38.

GENSICKE, T.: Die neuen Bundesbürger. *Eine Transformation ohne Integration*, Wiesbaden 1998.

GENTES, K.: Patientenbefragung als Instrument der Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus. *Evaluation zur Validität standardisierter Fragebögen*, Würzburg 2002.

GERAEDTS, M.: Qualitätsmanagement im und durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Gesundheitswesen 2003, 65 Sonderheft 1, S3-S7.

GERAEDTS, M.: Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: BÖCKEN, J. et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2006, S. 154-170.

GERAEDTS, M.: Informationsbedarf und Informationsverhalten bei der Arztsuche. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2008. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2008, S. 29-47.

GERBER, H.G.: Rahmenbedingungen für die Reduzierung von Gewalt und Zwang in einer psychiatrischen Abteilung. In: KNEBEL, J. & PÖRKSEN, N. (Hrsg.), Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie, Köln 1998, S. 121-134.

GERHARDT, P.: Dichtungen und Schriften, München 1957.

GERHARDS, J.: Soziologie der Emotion. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1986, 38, S. 760-771.

GERHARDS, J.: Soziologie der Emotionen. *Fragestellungen, Systematik und Perspektiven*, Weinheim und München 1988a.

GERHARDS, J.: Emotionsarbeit. *Zur Kommerzialisierung von Gefühlen*. In: Soziale Welt 1988b, 13, S. 47-60.

GERICKE, C.A. et al.: Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: *das Qualiskope-A*. In: Gesundheitswesen 2004, 66, S. 723-731.

GERLACH, R. & KEMMESIES, U.E.: Resubjektivierung und Normalisierung für ein »AKZEPTANZPARADIGMA« als Handlungsmaxime der Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1990, 13, H. 3, S. 29-34.

GERLINGER, T.: Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2006, 46, S. 34-56.

GERNHARDT, R.: Immer. In: Ders., Reim und Zeit. *Gedichte*, Stuttgart 2005a, S. 93-95.

GERNHARDT, R.: Zufriedenheit. In: Ders., Reim und Zeit. *Gedichte*, Stuttgart 2005b, S. 96.

GERON, S.M.: The Home Care Satisfaction Measures (HCSM): *Conceptual design and results of psychometric analyses*, Boston 1998.

GERRARDS-HESSE, A. / SPIES, K. & HESSE, F.W.: Experimental inductions of emotional states and their effectiveness: *A review*. In: British Journal of Psychology 1994, 85, S. 55-78.

GERSHEFSKI, J.J. et al. Clients' perceptions of treatment for depression: *I. Helpful aspects*. In: Psychotherapy Research 1996, 6, S. 233-247.

GERSTE, R.D.: Die Lobotomie. *Wie ein Relikt aus finsterer Zeit*. In: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105, A945-946.

GERTEIS, M. et al.: Through the Patient's Eyes: *Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, San Francisco 1993.

GEORGE, W.: Der Patient als Kunde. In: Krankenpflege Journal 1999, H.37, S. 376-379.

GEORGI, D.: Einfluss normativer Erwartungen auf die Transaktionsqualität – *Bedarf der Beziehungsqualität*. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsmanagement. *Jahrbuch 2001: Interaktionen im Dienstleistungsbereich,* Wiesbaden 2001, S. 91-113.

GEßNER, A.: Zur Bedeutung von Macht in Beratungsprozessen. *Sind mikropolitische Ansätze praxistauglich?* In: DEGELE, N. et al. (Hrsg.), Soziologische Beratungsforschung. *Perspektiven für Theorie und Praxis der Organisationsberatung*, Opladen 2001, S. 39-54.

GEYER, S.: Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. *Eine Einführung in die empirischen Grundlagen*, Weinheim 2003.

GHANDI, I.G. et al.: Qualitative investigation into why patients change their GPs. In: Journal of Family Practice 1997, 14, S. 49-57.

GHARAIBET, N.: The psychiatrist's image in commercially available American movies. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2005, 111, S. 316-319.

GIELER, U.: Die Sprache der Haut. *Das Wechselspiel von Körper und Seele*, 4. Aufl., Düsseldorf 2007.

GIERL, H.: Zufrieden Kunden als Marktwechsler. In: Absatzwirtschaft 1993, 36, S. 90-94.

GIERL, H. & HÖSER, H.: Patientenzufriedenheit. In: der markt 1992, 31, S. 78-85.

GIERL, H. & SIPPLE, H.: Zufriedenheit mit dem Kundendienst. In: Jahrbuch für Absatz- und Verbraucherforschung 1993, 41, S. 239-260.

GIERL, H. & SATZINGER, M.: Der Einfluß von Testinformationen auf Qualitätserwartungen. In: Marketing ZFP 1998, 4, S. 237-244.

GIERL, H. & HELM, R.: Die Messung der Dienstleistungsqualität – *Befunde aus dem Einsatz von Servqual und des zugrunde liegenden Gap-Modells*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1998, 4, S. 356-372.

GIERL, H. & STUMP, S.: Erklärung und Beeinflussung von Referenzniveaus. In: Marketing ZFP 2000, 22, S. 273-295.

GIERL, H. / HELM, R. & STUMPP, S.: Wertfunktionen der Prospect-Theorie: *Produktpräferenzen und Folgerungen für das Marketing*. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2001, 53, S. 559-588.

GIERL, H. & BARTIKOWSKI, B.: Eine Skala zur Identifikation zufriedener, indifferenter und unzufriedener Kunden. In: Marketing ZFP 2002, 24, S. 49-66.

GIERL, H. & BARTIKOWSKI, B.: Ermittlung von Satisfiers, Dissatisfiers und Criticals in der Zufriedenheitsforschung. In: der markt 2003, 42, S. 14-34.

GIERL, H. & BITZ, R.: Zufriedenheit und Bindung von Kunden mit hohem Know-how Defizit gegenüber den Anbietern. In: der markt 2005, 44, S. 127-141.

GIERL, H. & BAMBAUER, S.: Die Wirkung der Stimmung des Kunden im Verkaufsgespräch. In: der markt 2006, 45, S. 3-19.

GIESA, T.: Bestimmung relativer Wichtigkeiten in der Kundenzufriedenheitsmessung. *Eine empirische Untersuchung unter Berücksichtigung segmentspezifischer Unterschiede*, Köln 2007.

GIESSLER, C.M.: Der Blick des Menschen als Ausdruck seines Seelenlebens. In: Zeitschrift für Psychologie 1913, 65, S. 181-211.

GIDDENS, A.: Interpretative Soziologie. *Eine kritische Einführung*, Frankfurt/M. und New York 1984.

GIDDENS, A.: Die Konstitution der Gesellschaft. *Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*, 2 Aufl., Frankfurt/M. und New York 1995.

GIEGLER, H.: Rasch-Skalen zur Messung von »Arbeits- und Berufszufriedenheit«, »Betriebsklima« und »Arbeits- und Berufsbelastung« auf seiten der Betroffenen. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1985, 16, S. 13-28.

GIERSDORF, N. / LOH, A. & HÄRTER, M.: Quantitative Messinstrumente des Shared-Decison-Making. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Desicon-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003a, S. 69-85.

GIERSDORF, N. / LOH, A. & HÄRTER, M.: Indikationsübegreifende Instrumentenentwicklung zum Shared Decision Making. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003b, S. 196-201.

GIERSDORF, N. et al.: Messung der partizipativen Entscheidungsfindung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004a, 98, S. 135-141.

GIERSDORF, N. et al.: Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004b, 47, S. 969-976.

GIERSENBAUER, B. & GLASER, J.: Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – *Beeinflussung fremder und eigener Gefühle.* In: BÖHLE, F. & GLASER, J. (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit, Weinheim 2006, S. 59-83.

GIGABTESCO, A. / MOROSINI, R. & BAZZONI, A.: Quality of psychiatric care: *validation of an instrument for measuring inpatient opinion.* In: International Journal of Health Care Quality 2003, 15, S. 73-78.

GILBERT, D.: Ins Glück stolpern. *Suche dein Glück nicht, dann findet es dich von selbst*, München 2008.

GILBERT, F.W. / LUMPKIN, J.R. & DANT, R.P.: Adaption and customer expectations of health care options. In: Journal of health care marketing 1992, 12, S. 46-55.

GILL, L. & WHITE, L.: A critical review of patient satisfaction. In: Leadership in Health Services 2009, 22, S. 8-19.

GILLIN, J.C. et al.: Increased pressure for rapid eye movement sleep at time of hospital admission predicts relapse in nondepressed patients with primary alcoholism at 3-month follow-up. In: Archives of General Psychiatry 1994, 51, S. 189-197.

GIRTLER, R.: Methoden der qualitativen Sozialforschung. *Anleitung zur Feldarbeit*, 3. Aufl., Wien 1992.

GIRTLER, R.: Der Strich. *Soziologie eines Milieus*, 5. Aufl., Wien 2004.

GIRTLER, R.: Methoden der Feldforschung, 4. Aufl., Wien 2001.

GIRTLER, R.: Die 10 Gebote der Feldforschung, Wien 2004.

GIRTLER, R.: Vom Fahrrad aus, Wien/Münster 2005.

GIUPPONI, G.: Behandlungszufriedenheit und Einflussfaktoren in der stationären Psychiatrie: *ein deutsch/italienischer Vergleich.* In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2009, 77, S. 346-352.

GLÄß, F. / LIESKE, S. & KASTEN, E.: Was denken Patienten über Ärzte? Was halten Ärzte von ihren Patienten? In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1999, 2, S. 85-93.

GLAGOW, H.: Positive oder negative Formulierung beim Skalenbeginn? In: Interview & Analyse 1979, 6, S. 71-73.

GLAGOW, H.: Skalenproblem: Nonverbale Skalen. *Messen graphische Skalen anders als numerische oder kombinierte?* In: Interview & Analyse 1981, 8, S. 150-152.

GLAGOW, H.: Anwesenheit Dritter beim Interview. In: Interview & Analyse 1982, 9, S. 260-264.

GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L.: Interaktion mit Sterbenden. *Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Göttingen 1974.

GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L.: Die Entdeckung Gegenstansnaher Theorie: *Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung*. In: HOPF, C. & WEINGARTEN, E. (Hrsg.), Qualitative Sozialforschung, Stuttgart 1979, S. 91-111.

GLASERFELD, E.v.: Radical Constructivism. A Way of Knowing and Learning, übers. v. KÖCK, W.K.: Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme, Frankfurt/M. 1996.

GLASERFELD, E.v.: Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: WATZLAWICK, P.(Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. *Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?*, 12. Aufl., München 2000, S. 16-38.

GLASERFELD, E.v.: Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Carl Friedrich von Siemens Stiftung (Hrsg.): Einführung in den radikalen Konstruktivismus, München 2002.

GLASMACHER, C. et al.: Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Arbeitspapier des Lehrstuhls Marketing der Universität GH-Siegen, Siegen 1995.

GLASSER, W.: Positive Addiction, New York 1976.

GLASSER, W.: Promoting client strength through positive addiction. In: Canadian Counsellor 1977, 11, S. 173-175.

GLASS, C.R. & ARNKOFF, D.B.: Consumers' Perspectives on Helpful and Hindering Factors in Mental Health Treatment. In: Psychotherapy in Practice 2000, 56, S. 1467-1480.

GLATTACKER, M. et al.: Vertrauen in den Arzt ("VIA") – *Psychometrische Testung der deutschen Version der "Trust in Physician Scale"*. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2007, 17, S. 141-148.

GLATZER, W.: Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. *Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen*. In: BELLEBAUM, A. (Hrsg.), Glück und Zufriedenheit. *Ein Symposion*, Opladen 1992, S. 49-85.

GLATZER, W.: Zufriedenheitsunterschiede zwischen Lebensbereichen. In: GLATZER, W. & ZAPF, W. (Hrsg.), Lebensqualität in der Bundesrepublik. *Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt/M. 1984a, S. 192-205.

GLATZER, W.: Determinanten der Zufriedenheit. In: GLATZER, W. & ZAPF, W. (Hrsg.), Lebensqualität in der Bundesrepublik. *Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt/M. 1984b, S. 234-245.

GLATZER, W.& ZAPF, W.: Lebensbedingungen und Lebensqualität alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 1980, 13, S. 247-260.

GLATZER, W. & ZAPF, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. *Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt/M. 1984.

GLEEN, R.N.: Measuring patients' opinions about hospitalization using the client satisfaction scale. In: Hospital and Community Psychiatry 1978, 29, S. 158-161.

GLOBIG, K.: Öffentlichkeitsarbeit der Krankenhäuser. In: Krankenhaus Umschau 1989, 2, S. 87-94.

GLÖCKNER-RIST, A. / RIST, F. & KÜFNER, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 3.00, Mannheim 2003.

GLOMB, E.: Fragen zur Patientenzufriedenheit, Berlin 1976.
Anmerkung: Der von Eike GLOMB angewandte Fragebogen kann im Archiv für Krankenhausbau des XX-Jahrhunderts in Berlin angefordert werden (Archiv-Signatur VIII-0000 74-L bis 76-L; www.xxxarchiv.de)

GLOMB, E.: Bedürfnisse und Erwartungen der älteren Patienten in stationären Einrichtungen. In: Zeitschrift für Alternsforschung 1985, 40, S. 177-181.

GLOMB, E.: Kommunikationsanforderungen der Patienten an die Schwester. In: Heilberufe 1985, 37, S. 365.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Ein praktischer Beitrag zur Erfüllung des Patientenbedürfnisses nach Informationen über das Krankenhaus. In: Heilberufe 1977, 29, S. 352-354.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Aspekte zur patientengerechten Gestaltung der Krankenhausumwelt. In: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen 1978a, S. 50-60.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Die Zufriedenheit des Krankenhauspatienten als Zeichen seiner komplexen Betreuung. In: Heilberufe 1978b, S. 270-271.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. In: Heilberufe 1979a, Heft 9, S. 256-257.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Die Patientenbedürfnisse der Patienten in Allgemeinen Krankenhäusern. In: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen 1979b, S. 122-130.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Faktoren, die das subjektive und soziale Wohlbefinden aller und speziell älterer Krankenhauspatienten beeinflussen. In: Zeitschrift für Alternsforschung 1979c, 34, S. 25-32.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Bewertung sozialer Patientenbedürfnisse – *eine Grundlage für die Gestaltung der Betreuungsumwelt von Patienten in einem Allgemeinen Krankenhaus*, Jena 1980.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Grundlagen für die Gestaltung eines patientenorientierten Krankenhausmilieus. In: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen 1982, 32, S. 47-55.

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Meß- und Vergleichbarkeit der Patientenzufriedenheit von Krankenhauspatienten unterschiedlicher Stationen (2008a)
Anmerkung: Der Artikel kann im Archiv für Krankenhausbau des XX-Jahrhunderts in Berlin angefordert werden (Archiv-Signatur VIII-0000 64-L; www.xxxarchiv.de)

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Leitfaden zur Anwendung des Patientenzufriedenheitsfragebogens (2008b)
Anmerkung: Der Artikel kann im Archiv für Krankenhausbau des XX-Jahrhunderts in Berlin angefordert werden (Archiv-Signatur VIII-0000 64-L; www.xxxarchiv.de)

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Patientenzufriedenheit und die Aufgabe des ökonomischen Bereiches. Schlussfolgerungen aus einer Patientenbefragung in einem großem Krankenhaus (2008c)
Anmerkung: Der Artikel kann im Archiv für Krankenhausbau des XX-Jahrhunderts in Berlin angefordert werden (Archiv-Signatur VIII-0000 64-L; www.xxxarchiv.de)

GLOMB, E. & GLOMB, J.: Überlegungen zur Gestaltung der Betreuungsatmosphäre im Krankenhaus. Referat für das VI. Symposium der Gesellschaft Krankenhauswesen vom 27.11. – 29.11.1979 (2008d)
Anmerkung: Der Artikel kann im Archiv für Krankenhausbau des XX-Jahrhunderts in Berlin angefordert werden (Archiv-Signatur VIII-0000 64-L; www.xxxarchiv.de)

GLOMB, E. / GLOMB, J. & RÖßLER, B.: Gestaltung des Betreuungsmilieus im Krankenhaus, Jena 1983.

GLÜCK, D.: Patientenerwartungen und Patientenerfahrungen in der ambulanten Psychotherapie, Münster 1985.

GNIECH, G. / GRABITZ, H.-J.: Freiheitseinengung und psychologische Reaktanz. In: FREY, D. (Hrsg.), Kognitive Theorien der Sozialpsychologie, Stuttgart 1978, S. 48-74.

GOEBELS, W. & SCHEURLE, G.: Der Psychiater aus der Sicht seiner Patienten. In: Das ärztliche Gespräch 1970, 12, S. 54-62.

GÖTTE, J.H.A.: Wenn wir in den Wolken wohnen. *Arzt, Pflegepersonal und Patient als therapeutische Gemeinschaft auf einer psychiatrischen Station*, München 1979.

GÖTTE, M.: Betriebsklima, Göttingen 1962.

GÖTZNER, U.: Der Hausarzt aus der Sicht des Klinikpatienten, Würzburg 1984.

GÖRSDORF, K.: Arbeitsfreude – Leistungsanstieg, München 1958.

GÖRTELMEYER, R.: Schlaffragebogen A und B. In: CIPS. *Internationale Skalen für Psychiatrie*, 5. Aufl., Weinheim 2005, S. 357-376.

GOFFMAN, E.: Stigma. *Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt/M. 1967.

GOFFMAN, E.: Asyle. *Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt/M. 1973.

GOFFMAN, E.: Interaktionsrituale. *Über Verhalten in direkter Kommunikation*, Frankfurt/M. 1986.

GOFFMAN, E.: Wir alle spielen Theater. *Die Selbstdarstellung im Alltag*, 2. Aufl., München 2004

GOFFMAN, E.: Das psychiatrische Krankenhaus als „totale Institution". In: CRANACH, M.v. & FINZEN, A. (Hrsg.), Sozialpsychiatrische Texte, Berlin 1972, S. 23-27.

GOFFMAN, E.: Erwiderung und Reaktion. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1978, 20, S. 121-176.

GOFFMAN, E.: Die vernachlässigte Situation. In: STEFER, H. (Hrsg.), Anwendungsbereiche der Soziolinguistik, Darmstadt 1982, S. 199-205.

GOFFMAN, E.: Über Feldforschung. In: KNOBLAUCH, H. (Hrsg.), Kommunikative Lebenswelten – *Zur Ethnographie einer geschwätzigen Gesellschaft*, Konstanz 1996, S. 261-269.

GÖLDENBOOG, C.: „Man kann emotional nicht geladen sein, ohne es zu bemerken". *Ein Gespräch mit Paul Ekman*. In: Psychologie heute 2001, 11, S. 36-41.

GÖNNER, S. & BISCHOFF, C.: Akzeptanz eines psychosomatischen Routinediagnostik- und Qualitätsmonitoringsystems bei Psychotherapeuten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: Rehabilitation 2006, 45, S. 282-288.

GÖRGEN, W. / MÖLLER, I. & OLIVA, H.: Einschätzung und Ergebnisse einer qualifizierten Entzugsbehandlung für Drogenabhängige aus Patientensicht. In: Sucht 1996, 42, S. 82-91.

GOIN, M.K. et al.: Therapy congruent with class-linked expectations. In: Archives of General Psychiatry 1965, 13, S. 133-137.

GOLDBECK, R. / MYATT, P. & AITCHISON, T.: End-of-treatment self efficacy: *A predictor of abstinence*. In: Addiction 1997, 92, S. 313-324.

GOLDMAN, A.R.: Wanting to leave or stay in a mental hospital: *Incidence and correlates*. In: Journal of Clinical Psychology 1965, 21, S. 317-322.

GOLDMAN, A.R. / BOHR, R.H. & STEINBERG, T.A.: On posing as mental patients: *reminiscences and recommendations*. In: Professional Psychology 1970, 1, S. 427-434.

GOLDSTEIN, A.P. Patient's expectancies and non-specific therapy as a basis for (UN)spontaneous remission. In: Journal of Clinical Psychology 1960a, 16, S. 399-403.

GOLDSTEIN, A.P.: Therapist and Client Expectation of Personality Change in Psychotherapy. In: Journal of Counselling Psychology 1960b, 7, S. 180-184.

GOLDSTEIN, A.P. Participant Expectancies in Psychotherapy. In: Psychiatry 1962a, 25, S. 72-79.

GOLDSTEIN, A.P.: Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy, London 1962b.

GOLDSTEIN, A.P. Prognostic and role Expectation in Psychotherapy. In: American Journal of Psychotherapy 1966, 20, S. 35-44.

GOLDSTEIN, A.P.: Strukturierte Lerntherapie. *Ansätze zu einer Psychotherapie der sozial Benachteiligten*, München 1978.

GOLDSTEIN, A.P. & SHIPMAN, W.G.: Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. In: Journal of Clinical Psychology 1961, 17, S. 129-133.

GOLDSTEIN, R.H. et al.: What benefits patients? *An inquiry into the opinions of psychiatric inpatients and their residents*. In: Psychiatric Quarterly 1972, 46, S. 49-81.

GOLIN, S. / TERRELL, T. & JOHNSON, B.: Depression and the illusion of control. In: Journal of Abnormal Psychology 1977, 86, S. 440-442.

GOLIN, S. et al.: The illusion of control among depressed patients. In: Journal of Abnormal Psychology 1997, 88, S. 454-457.

GOLTZ, T.v.d.: Die Lage der ländlichen Arbeiter im Deutschen Reich, Berlin 1875.

GOMSI, A. & MANDL, A.: Patientenbefragungen in der Steiermärkischen KAGES. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 151-159.

GOODE, W.J. & HATT, P.K.: Beispiel für den Aufbau eines Fragebogens. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966a, S. 115-124.

GOODE, W.J. & HATT, P.K.: Die schriftliche Befragung. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966b, S. 161-177.

GOODMAN, J.A. / MALECH, A.R. & MARRA, T.R.: Beschwerdepolitik unter Kosten/Nutzen-Gesichtspunkten – *Lernmöglichkeiten aus den USA*. In: HANSEN, U. & SCHOENHEIT, I. (Hrsg.), Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten, Frankfurt/M. 1987, S. 165-202.

GOODSTEIN, L.D. & GRIGG, A.E.: Client satisfaction, counsellors and the counselling process. In: Personal and Guidance Journal 1959, 38, S. 19-24.

GOODWIN, I.: A qualitative analysis of the views of in-patient mental health services users. In: Journal of Mental Health 1999, 8, S. 43-54.

GORDON, T. & STERLING EDWARDS, W.: Patientenkonferenz. *Ärzte und Kranke als Partner*, Hamburg 1997.

GOTTSCHALCH, H.: Historische Stationen auf dem Leidensweg der Arbeitsfreude im Spiegel psychologischer Theorien und empirischer Erhebungen. *Materialsammlung und Typologie zum Arbeiterbewusstsein*. In: Soziale Welt 1979, 4, S. 439-468.

GOULD, M. & SHAFFER, D.: Client Satisfaction Scale. Unveröffentlichtes Manuskript, Divisoon of Child Psychiatry, Psychiatric Institute Columbia University, New York 1981.

GOULDNER, A.: The Norm of Reciprocity. *A Preliminary Statement*. In: American Sociological Review 1960, 25, S. 161-178.

GOULDNER, A.: Reziprozität und Autonomie. *Ausgewählte Aufsätze*, Frankfurt/M. 1995.

GOUTHIER, M.H.J.: Kundenentwicklung im Dienstleistungsbereich, Wiesbaden 2003.

GOYDER, J.: The slient minority. *Nonresponse on sample surveys*, Bouldner 1987.

GRABITZ, H.-J.: Zur Beziehung von Inertia-Effekt und sequentieller Position widersprechender Ereignisse bei der Revision subjektiver Wahrscheinlichkeiten. In: Psychologische Forschung 1971, 35, S. 35-45.

GRABITZ, H.J. & GRABITZ-GNIECH, G.: Der kognitive Prozess vor Entscheidungen: *Theoretische Ansätze und experimentelle Untersuchungen*. In: Psychologische Beiträge 1973, 15, S. 522-549.

GRACIÁN, B.: CRITICÓN oder Über die allgemeinen Laster des Menschen, Reinbek 1957.

GRACIÁN, B.: Handorakel und Kunst der Weltklugheit, 13. Aufl., Stuttgart 1992.

GRAF, O. et al.: Der Arbeitsunfall und seine Ursachen, Stuttgart 1957.

GRAESSNER, D. & HEINERTH,K.: Eine kommunikationstheoretische Möglichkeit der Operationalisierung der gesprächstherapeutischen Basisvariablen „Echtheit“ und „Wärme“. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975, 14, S. 153-159.

GRAHAM, G.H.: Role Prepartion in Brief Strategic Therapy: *The Welcome Letter*. In: Journal of Systematic Therapies 2003, 22 (1), S. 3-14.

GRAHAM, J.R. et al.: Comparison of the Factor Structure of staff and patient responses on the Ward Evaluation Scale. In: Journal of Clinical Psychology 1970, 26, S. 278-284.

GRAHAM, K.: Alcohol abstention among older patients: *reasons for abstaining and characteristics of abstainers*. In: Addiction Research & Therapy 1998, 6, S. 473-487.

GRANDE, G. & ROMPPEL, M.: Subjektive Qualitätskonzepte von Patienten in der Rehabilitation. In: BADURA, B. & ISERINGHAUSEN, O. (Hrsg.), Auf dem Weg zur integrierten Versorgung, Göttingen 2005, S. 215-230.

GRANDE, G. & ROMPPEL, M.: Subjektive Konzepte von Patienten, Ärzten und Sozialdienstmitarbeitern über qualitätsrelevante Merkmale der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2008, 58, S. 51-57.

GRANDE, T. / PORSCH, U. & RUDOLF, G.: Muster therapeutischer Zusammenarbeit und ihre Beziehung zum Therapieergebnis. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1988, 34, S. 76-100.

GRANELLO, D.H. & PAULEY, P.S.: Television viewing habits and their relationship to tolerance toward people with mental illness. In: Journal of Mental Health Counselling 2000, 22, S. 162-175.

GRASSI, E. (Hrsg.), Der utopische Staat. Morus: *Utopia* ; Campanella: *Sonnenstaat* ; Bacon: *Neu-Atlantis*, 28. Aufl., Reinbek 2005.

GRAUBERG, U.: Stationsbeurteilungsbogen (SBB). In: Diagnostica 1984, 30, S. 322-323.

GRAUHAN, A. & GRAUHAN, R.-R.: Das Unbehagen am Krankenhaus. *Führungsstruktur – Funktionserfüllung – Reorganisation*. In: Das Krankenhaus 1969, H. 7, S. 253-260.

GRAUMANN, C.-F.: Nicht-sinnliche Bedingungen des Wahrnehmens. In: METZGER, W. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Band 1, 1. Halbband, Göttingen 1966, S. 1031-1096.

GRAUSGRUBER, A.: Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung. In: Soziale Sicherheit 2001, 3, S. 261-268.

GRAUSGRUBER, A. et al.: Einstellungen zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung, Stuttgart 1989.

GRAWE, K.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In: Handbuch der Psychologie, *Bd. 8/2: Klinische Psychologie*, Göttingen 1978, S. 2696-2724.

GRAWE, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen, München 1980a.

GRAWE, K.: Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: Ders. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen, München 1980b, S. 88-223.

GRAWE, K.: Heuristische Psychotherapie. *Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses*. In: Integrative Therapie 1988a, 4, S. 309-324.

GRAWE, K.: Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In: PFÄFFLIN, F. et al. (Hrsg.), Der Mensch in der Psychiatrie, Heidelberg 1988b, S. 243-258.

GRAWE, K.: Differential correlations between assessment in the therapist and client questionnaires and therapeutic outcome. Paper presented at the 18th conference of the Society of Psychotherapy Research, Ulm 1989a.

GRAWE, K.: Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differenziellen Prozessanalyse. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1989b, 18, S. 23-34.

GRAWE, K.: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. In: Psychologische Rundschau 1992a, 43, S. 132-162.

GRAWE, K.: Komplemtäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: MARGRAF, J. & BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie, München 1992b, S. 215-244.

GRAWE, K.: Ziele therapeutischer Interventionen: *Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung und Kritik*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1993, 22, S. 347-373.

GRAWE, K.: Psychotherapie ohne Grenzen – *Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie*. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1994, 26, S. 357-370.

GRAWE, K.: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut 1995, 40, S, 130-145.

GRAWE, K.: Klärung und Bewältigung. *Über das Verhältnis der beiden wichtigsten Veränderungsprinzipien*. In: REINECKER, H. & SCHMELZER, D. (Hrsg.), Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. *Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag*, Göttingen 1996, S. 49-74.

GRAWE, K.: Psychologische Therapie, Göttingen 1998.

GRAWE, K.: Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1999a, 31(2), S. 185-199.

GRAWE, K.: Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. In: Psychotherapeut 1999b, 6, S. 350-359.

GRAWE, K.: Neuropsychotherapie, Göttingen 2004.

GRAWE, K. & DZIEWAS, H.: Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: Partnerberatung 1977, 14, S. 188-204.

GRAWE, K. & DZIEWAS, H.: Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: Mitteilungen der DGVT 1978, 1, S. 27-49.

GRAWE, K. et al.: Der Gruppenbeurteilungsbogen (GBB) – *ein Instrument zu psychometrischen und soziometrischen Prozessanalyse von Gruppentherapien.* In: ULLRICH, R.& ULLRICH-DE MUYNCK (Hrsg.), Soziale Kompetenz. *Experimentelle Ergebnisse zum Assertive-Training-Programm. Bd. 1: Messmittel und Grundlagen*, München 1978a, S. 263-296.

GRAWE, K. / THIEM, T. & SCHÜTTE, C.: Der Gruppenstundenbogen (GSB). In: ULLRICH, R. & DE MUYNCK, R. (Hrsg.), Soziale Kompetenz. *Experimentelle Ergebnisse zum Assertive-Training-Programm. Bd. 1: Messmittel und Grundlagen*, München 1978b, S. 297-296.

GRAWE, K. / SCHÜTTE, C. & THIEM, T.: Der Therapieprozeß in Assertive-Training-Gruppenin der Sicht der Patienten. In: ULLRICH, R.& DE MUYNCK, R. (Hrsg.), Soziale Kompetenz. *Experimentelle Ergebnisse zum Assertive-Training-Programm. Bd. 1: Messmittel und Grundlagen*, München 1978.

GRAWE, K. / THIEM, T. & SCHÜTTE, C.: Der Gruppenstundenbogen (GSB) – *ein Messinstrument zur Prozessanalyse in Assertive-Traing-Gruppen.* In: ULLRICH, R.& DE MUYNCK, R. (Hrsg.), Soziale Kompetenz. *Experimentelle Ergebnisse zum Assertive-Training-Programm. Bd. 1: Messmittel und Grundlagen*, München 1978, S. 297-310.

GRAWE, K. & BRAUN, U.: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1994, 23, S. 242-267.

GRAWE, K. / CASPER, F. & AMBÜHL, H.: Die Berner Therapievergleichsstudie: *Fragestellung und Versuchsplan.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990a, 4, S. 294-315.

GRAWE, K. / CASPER, F. & AMBÜHL, H.: Die Berner Therapievergleichsstudie: *Prozessvergleich.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990b, 4, S. 316-337.

GRAWE, K. / DONATI, R. & BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. *Von der Konfession zur Profession,* Göttingen 1994.

GRAWE, K. & GRAWE-GERBER, M.: Ressourcenaktivierung. *Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. In:* Psychotherapeut 1999, 44, S. 63-73.

GRAWE, K. et al.: Wirkfaktorenanalyse – *ein Spektroskop für die Psychotherapie.* In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1999, 31(2), S. 200-226.

GRAVEL, G.B. / BOYER, R. & LAMONTAGE, Y.: Attitude des malades chroniques envers l'hopital psychiatrique. In: Encephale 1984, 10, S. 39-44.

GREAVES, G.B.: Existenzielle Therapie der Drogenabhängigkeit. In: LETTIERI, D.J. & WELZ, R. (Hrsg.), Drogenabhängigkeit – *Ursachen und Verlaufsformen: ein Handbuch*, Weinheim-Basel 1983, S. 39-43.

GREIER, M.: Der Wiener Kreis, Reinbek 1992.

GREEN, A.: Die tote Mutter. In: Psyche 1993, S. 205-240.

GREEN, J.: Wenn ich du wäre, München 1964.

GREEN SCHWARTZ, C. / SCHWARTZ, M.S. & STANTON, A.H.: A Study of Need-Fulfilment on a Mental Hospital Ward. In: Psychiatry. Journal for the study of interpersonal processes 1951, 14, H.2, S. 223-242.

GREENBLATT, M. / YORK, R. & BROWN, E.L.: From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals: *Explorations in Social Treatment*, New York 1955.

GREENFIELD, S. / KAPLAN, S. & WARE, J.E.: Expanding patient involvement in care: *effects on patient outcome*. In: Annals of Internal Medicine 1985, 102, S. 520-528.

GREENFIELD, S. et al.: Patients' participation in medical care: *effects on blood sugar and quality of life in diabetes*. In: Journal of General Internal Medicine 1988, 3, S. 448-457.

GREENFIELD, S.F. et al.: The relationship of self-efficacy expectations to relapse among alcohol dependent men and women: *a prospective study*. In: Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2000, 61, S. 345-351.

GREENSON, R.: Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. In: Psyche 1969, 20, S. 81-103.

GREENSON, R.: Die übertragungsfreie Beziehung in der psychoanalytischen Situation. In: Ders, Psychoanalytische Erkundungen, Stuttgart 1971a, S. 308-335.

GREENSON, R.: Die ‚reale' Beziehung zwischen Patient und Arzt. In: Ders., Psychoanalytische Erkundungen, Stuttgart 1971b, 364-379.

GREENWOOD, N. et al.: Satisfaction with in-patient psychiatric services. In: The British Journal of Psychiatry 1999, 174, S. 159-163.

GREGORY, N. et al.: Factors associated with expressed satisfaction among people with intellectual disability receiving residential supports. In: Journal of Intellectual Disability Research 2001, 45, S. 279-291.

GREITMEYER, T. et al.: Erwartungsgesteuerte Wahrnehmung bei der Einführung des Euro: *Der Euro ist nicht immer ein Teuro*. In: Zeitschrift für Wirtschaftspsychologie 2002, 4, S. 22-28.

GREITMEYER, T. / FISCHER, P. & FREY, D.: Erwartungen und soziales Schema. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 336-346.

GREVE, N.: Nutzerbeteiligung von Anfang an. *Solinger Erfahrungen aus 25 Jahren*. In: Kerbe. *Forum für Sozialpsychiatrie* 2005, H. 4, S. 17-20.

GREVE, N.: Offener Dialog und eigene Verantwortung. *Selbstbestimmung in helfenden Systemen: Was können wir vom finnischen Dialogmodell lernen?* In: Soziale Psychiatrie 2009, H.2, S. 14-18.

GREVE, W.: Stabilisierung und Modifikation des Selbstkonzeptes im Erwachsenenalter: *Strategien der Immunisierung*. In: Sprache & Kognition 1990, 9, S. 218-230.

GRIBBLE, R.K. & HAUPT, C.: Quantitative and qualitative differences between handout and mailed patient satisfaction survey. In: Medical Care 2005, 43, S. 276-281.

GRICE, H.P.: Logik und Konversation. In: MEGGLE, G. (Hrsg.), Handlung, Kommunikation, Bedeutung. Frankfurt/M. 1993, S. 243-265.

GRIEBNITZ, E. et al.: Erwartungsvorstellungen des Schlaganfallpatienten und dessen Angehörigen in der Rehabilitation. In: Rehabilitation 1990, 29, S. 242-245.

GRIESHABER, U.: TÜV zertifizierte Pflegedienste. *Markenzeichen: Kundenbefragung*. In: Forum Sozialstation 1997, S. 18-19.

GRIESINGER, W.: Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1868/1869, Band 1, S. 8-43.

GRIFFIN, A. et al.: Die besten Methoden zu mehr Kundenzufriedenheit. In: Harvard Manager 1995, 3, S. 65-76.

GRIFFITH, C.H. et al.: House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. In: Journal of General Internal Medicine 2003, 18, S. 170-174.

GRIFFITH EDWARDS, M.D.: Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit im historischen Rahmen. In: Sucht 2000, 46(3), S. 172-178.

GRIGG, A.E. & GOODSTEIN, L.D.: The use of clients as judges of the counsellor's performance. In: Journal of Consoling Psychology 1957, 4, H.1, S. 31-36.

GRILLPARZER, F.: Der Unzufriedene. In: Ders., Sämtliche Werke. Band 5: Jugendwerke, Wien 1917, S. 65-68.

GRIMM, J. & GRIMM, W.: Deutsche Wörterbuch. *Bd. 32: Zobel-Zypressenzweig*, München 1999.

GRIMMER, W.: Strukturen der Arbeits- und Berufszufriedenheit von Lehren an Sonderschulen. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie 1995, 9, S. 63-71.

GROB, A. / LÜTHI, R. & FLAMMER, A.: Neues Instrument zur Erfassung der Zufriedenheit. *Poster*. In: AMELANG, M. (Hrsg.), Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg, *Band 1*, Göttingen 1986, S. 242.

GROEBEN, N. (Hrsg.): Zur Programmatik einer sozialwissenschaftlichen Psychologie, *Bd. I Metatheoretische Perspektiven*, Münster 1997.

GROEBEN, N.: Leserpsychologie: *Textverständnis, Textverständlichkeit*. Münster 2002.

GROEBEN, N. & SCHEELE, B.: Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. *Paradigmawechsel vom behavioralen zum epistemologischen Menschenbild*, Darmstadt 1977.

GRÖNROOS, C.: Strategic Management and Marketing in the Service Sector. *Research Report No. 8 of the Swedish Scholl of Economics and Business Administration*, Helsingfors 1982.

GRÖNROOS, C.: A Service Quality Model and its Marketing Implications. In: European Journal of Marketing 1984, 18 (4), S. 36-44.

GRÖNROOS, C.: Service Management and Marketing. *Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington 1990.

GROL, R. et al.: Patients' priorities with respect to general practice care: *are they universal or culture-specific? An international comparison*. In: Journal of Family Practice 1999, 16, S. 4–11.

GROL, R. et al.: Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. In: British Journal of General Practice 2000, 38, S. 325-334.

GROL, R. & WENSING, M.: Patients evaluate general/family practice – *the EUROPEP instrument*. Nijmegen 2000: Mediagroep KUN/UMC.

GROESZ, L.M. / LEVINE, M.P. & MURNEN, S.K.: The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: *A meta-analytic review*. In: International Journal of Eating Disorders 2002, 31, S. 1-16.

GROM, B.: Positiverfahrungen – *Ein Forschungsprogramm der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie*. In: Ders. / BRIESKORN, N. & HAEFFNER, G. (Hrsg.), Glück. *Auf der Suche nach dem Guten Leben*, Frankfurt/M. 1987.

GROMANN, P.: „Ja, welches Konzept ist das Bessere – da mag ich mich gar nicht so drauf einlassen…" *Qualitätsbeurteilungen komplementärer psychiatrischer Dienste und Einrichtungen durch ihre Nutzer*. In: Die Psychotherapeutin 1996a, 4, S. 42-74.

GROMANN, P.: Nutzerkontrolle – *ein wichtiger Bestandteil von Qualitätssicherung*. In: Geistige Behinderung 1996b, 3, S. 211-222.

GROMANN, P.: Nutzerkontrolle als Element der Qualitätssicherung für das System der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. In: THEUNISSEN, G. (Hrsg.), Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel? Neue *Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe*, Bad Heilbrunn 1998.

GROMANN, P.: Die Problematik der Beurteilung von Wohlbefinden aus der Außenperspektive. In: FISCHER, U. et al. (Hrsg.), Wohnen und Wohlbefinden von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, Reutlingen 1998.

GROMANN, P.: Ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem im Urteil der Patienten und Klienten. In: Psychosoziale Umschau 1999, H.2, S. 4-6.

GROMANN, P.: Qualitätssicherung und Nutzerkontrolle. In: JANTZEN, W. et al. (Hrsg.), Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung, Berlin 1999.

GROMANN, P.: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung – *ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP*, Bonn 2001.

GROMANN, P.: Funktion und Möglichkeiten des Befragens von Nutzerinnen und Nutzern. In: GREVING, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Behindertenhilfe, Berlin 2002.

GROMANN, P.: Der personenzentrierte Ansatz: *Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem.*
URL:http://www.ibrp-online/download/einfuehrung.pdf
[Stand 05.08.2002]

GROMANN, P. & NIEHOFF-DITTMANN, U.: Selbstbestimmung und Qualitätssicherung. *Erfahrungen mit der Bewertung von Einrichtungen durch ihre Bewohner* In: Geistige Behinderung 1999, H.2, S. 156-164.

GROMANN, P. & NIEHOFF, U.: Schöner Wohnen. *Ein Instrument zur Bewohner(innen)-Befragung,* Marburg 2003.

GROS, W.: Thema Speisenversorgung: *Wie zufrieden sind Patienten wirklich? Positives zur deutschen Krankenhausküche.* In: Krankenhaus Umschau 1975, 44, S. 849-851.

GROSKURTH, P.: Arbeitszufriedenheit als normatives Problem. In: Arbeit und Leistung 1974, 11, S. 285-288.

GROSS, A. & STEINS, G.: Geschlechtsspezifische Auswirkungen von empathischem vs. kritischem Kommunikationsstil auf die Befindlichkeit in einem therapeutischen Erstgespräch. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1998, 27, S. 262-270.

GROSS, D.A. et al.: Patient satisfaction with time spent with their physician. In: Journal of Family Practice 1998, 46, S. 133-137.

GROSS, P.: Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. *Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft?* Opladen 1983.

GROSS, P.: Die Multioptionsgesellschaft, Frankfurt/M. 1994.

GROSS, P.: Ich-Jagd. *Im Unabhängigkeitsjahrhundert*, Frankfurt/M. 1999.

GROSS, W.-D.: Das Bild der psychiatrischen Versorgung in im Bayrischen Fernsehen. *Einige Ergebnisse einer Inhaltsanalyse.* In: FAUST, V. & HOLE, G. (Hrsg.), Psychiatrie und Massenmedien. *Presse – Funk – Fernsehen – Film*, Stuttgart 1983, S. 82-91.

GROSSBART, T.A.: Die Haut: *Spiegel der Seele?* In: Psychologie heute 1982, H. 10, S. 38-44.

GROSSE-BROCKHOFF, F.: Aspekte einer patientenorientierten Medizin. In: Krankenhaus Umschau 1979, 48, S. 360-366.

GROSS-ENGELMANN, M.: Kundenzufriedenheit als psychologisches Konstrukt: *Bestandsaufnahme und emotionstheoretische Erweiterung bestehender Erklärung- und Messmodelle von Zufriedenheit mit Dienstleistungen*, Lohmar 1999.

GROSS-ENGELMANN, M. & WISWEDE, G.: Attribution und Kundenverhalten. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1999, 45, S. 168-194.

GROßHANS, R. et al.: Mitarbeiterorientierte Patientenbefragung – *ein Modell für effektive Ergebnisverwertung.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 371-376.

GROSSMANN, K.E.: Die Wirkung des Augenöffnens von Neugeborenen auf das Verhalten ihrer Mütter. In: Geburthilfe Frauenheilkunde 1978, 38, S. 629-635.

GROSSMANN, K.E. & GROSSMANN, K.: Die Entwicklung psychischer Sicherheit in Bindungen: *Ergebnisse und Folgerungen für die Therapie.* In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2007, 53 (1), S. 9-28.

GRUBER, D. & SCHMID, B.: Bedürfnisse der sterbenden Menschen. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2006, H.4, S. 23-28.

GRÜNWALD, H.S. & MASSENBACH, K.v.: Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie – *Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 53, S. 326-333.

GRUNDLACH, H.: Carl Stumpf, Oskar Pfungst, der Kluge Hans und eine geglückte Vernebelungsaktion. In: Psychologische Rundschau 2006, 57, S. 96-105.

GRUNST, S.: Spielfilme über psychisch Kranke: *Drama light oder Medium der Entstigmatisierung?* Münster 2009.

GRUSCHKA, A.: Bürgerliche Kälte und Pädagogik. *Moral in Gesellschaft und Erziehung,* Wetzlar 1994a.

GRUSCHKA, A.: Kältestudien. In: Jahrbuch des Wissenschaftskollegs zu Berlin, Berlin 1994b, S. 44-50.

GRUSCHKA, A.: Wie lernt man, kalt zu werden? – *Von den Konflikten auf dem Weg zum guten und schlechten Menschen (Teil2).* In: Pädagogische Korrespondenz. *Zeitschrift für kritische Zeitdiagnostik in Pädagogik und Gesellschaft* 1997, H. 19, S. 34-59.

GRUSCHKA, A.: Es ist eben, wie es ist. *Über die fraglose Hinnahme Kälteverursachender Strukturen.* In: Pädagogische Korrespondenz. *Zeitschrift für kritische Zeitdiagnostik in Pädagogik und Gesellschaft* 2000, H. 25, S. 66-76.

GRUSCHKA, A. & BREMER, R.: Bürgerliche Kälte und Pädagogik. In: Pädagogische Korrespondenz. *Zeitschrift für kritische Zeitdiagnostik in Pädagogik und Gesellschaft* 1987, H. 10, S. 19-23.

GRUYTERS, T.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. *Ein empirischer Beitrag zur subjektiven Evaluation in der Psychiatrie*, Hamburg 1995.

GRUYTERS, T. & PRIEBE, S.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – *eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1992, 60, S. 140-145.

GRUYTERS, T. & PRIEBE, S.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – *Resultate und Probleme der systematischen Erforschung.* In: Psychiatrische Praxis 1994, 21, S. 88-95.

GUARDINI, R.: Vorschule des Betens, 12. Aufl., Paderborn 2007.

GUATTARI, F.: Einführung in die institutionelle Psychotherapie. In: Ders., Psychotherapie, Politik und die Aufgaben der institutionellen Analyse, Frankfurt/M. 1976, S. 82-97.

GÜLDENBERG, S.: Lernbarrieren und die Verhinderung des Verlernens in Organisationen. In: Dr. WISELHUBER & PARTNER (Hrsg.), Handbuch lernende Organisation, Wiesbaden 1997, S. 227-235.

GÜNDEL, H. / CEBALLOS-BAUMANN,A.O. & VON RAD, M.: Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. In: Der Nervenarzt 2000, 7, S. 151-163.

GÜNTER, B.: Der Klient – König oder Bittsteller? In: Harvard Manager 1991, 13, S. 126-128.

GÜNTER, B.: Kundenzufriedenheit steigern durch optimales Beschwerdemanagement. In: HOFMAIER, R. (Hrsg.), Investionsgüter- und High-Tech-Marketing, Landsberg am Lech 1992, S. 379-395.

GÜNTER, B.: Quantitative versus qualitative Verfahren zur Messung von Kundenzufriedenheit. In: DIETRICH, A. et al. (Hrsg.), Handbuch Qualitätsmanagement für Sparkassen, Stuttgart 1995, S. 97-110.

GÜNTER, B.: Werter Kunde – beraten Sie uns doch öfter! In: Absatzwirtschaft 1996a, 39, S. 96-102.

GÜNTER, B.: Kundenanalyse und Kundenzufriedenheit als Grundlage des Customer Integration. In: KLEINALTENKAMP, M. / FLIEß, S. & JACOB, F. (Hrsg.), Customer-Integration – *Von der Kundenbindung zur Kundenintegration*, Wiesbaden 1996b, S. 57-71.

GÜNTER, B.: Beschwerdemanagement. In: HOMBURG, C. / SIMON, H. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* Wiesbaden 1998a, S. 279-295.

GÜNTER, B.: Qualitativ ausgerichtete Small-sample-Marktforschung – *Kundenkonferenzen als Beispiel für Customer Focus Groups im After-sales-Marketing*. In: ERICHSON, B. & HILDEBRANDT, L. (Hrsg.), Probleme und Trends in der Marketing-Forschung, Stuttgart 1998b, S. 193-207.

GÜNTER, B. & HUBER, O.: Beschwerdemanagement als Instrument der Customer Integration. In: KLEINALTENKAMP, M. / FLIEß, S. & JACOB, F. (Hrsg.), Customer-Integration – *Von der Kundenbindung zur Kundenintegration*, Wiesbaden 1996, S. 245-257.

GÜNTER, B. & PLATZEK, T.: Management von Kundenzufriedenheit – *Zur Gestaltung des After-Sales-Netzwerkes*. In: Marktforschung & Management 1992, 36, S. 109-114.

GÜNTERT, B. / REIBNITZ, C. & WAGNER, U.: Patientenzufriedenheit – eine wichtige Dimension des Total Quality Management. In: Public Health Forum 1996, 11, S. 9.

GUNKEL, R.: Was erwarten Patienten von „ihrer" Kur? In: Zeitschrift für Physiotherapie 1991, 43, S. 211-219.

GUNKEL, S. / BRÖKER, M. & PRIEBE, S.: Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1996, 26 (1), S. 20-33.

GUPTA, K. & STEWART, D.W.: Customer Satisfaction and Customer Behavior: *The Different Role of Brand and Category Expectations*. In: Marketing Letters 1996, 7, S. 249-263.

GUREL, L.: Dimensions of the therapeutic milieu: *A study of mental hospital atmosphere*. In: The American Journal of Psychiatry 1974, 131, S. 409-414.

GÜTHOFF, J.: Qualität komplexer Dienstleistungen: *Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimension*, Wiesbaden 1995.

GURR, T.R.: Rebellion. *Eine Motivationsanalyse von Aufruhr, Konspiration und innerem Krieg,* Düsseldorf und Wien 1972.

GURMANN, A.: The patient's perceptions of the therapeutic relationship. In: GURMANN, A. & RAZIN, A. (Hrsg.), Effective psychotherapy – *A Handbook of Research*, Oxford 1977, S. 503-543.

GUSTAFSON, D.H. et al.: Increasing understanding of patient needs during and after hospitalization. In: Joint Commission Journal on Quality Improvement 2001, 27, S. 81-92.

GUTJAHR, G.: Psychologie des Interviews in Praxis und Theorie, Heidelberg 1985.

GUTKNECHT, H.: Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – *Aspekte der Behandlungserfahrung und erlebte Veränderungen.* In: Psychiatrische Praxis 2005, 32, S. 342-348.

GUTKNECHT, H.: Behandlungselemente der Tagesklinik aus Sicht der Patienten – *Konsequenzen für die Behandlungspraxis.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 1, S. 11-15.

HAAG, F. et al. (Hrsg.): Aktionsforschung. *Forschungsstrategie, Forschungsfelder und Forschungspläne*, München 1972.

HAAS, A.: Wie wirkt das kundenorientierte Verkaufen auf die Kundenzufriedenheit mit der Beratung? *Eine Analyse unter Berücksichtigung der Interaktion zwischen den Dimensionen des Verkäuferverhaltens.* In: Marketing ZFP 2006, 28, S. 236-246.

HAAS, B. & WEBER, J.: Strukturwandel in der Altenarbeit – *von der Anbieter- zur Nutzerorientierung.* In: Informationsdienst Altersfragen 2003, 30, S. 5-8.

HAAS, J.S. et al.: Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? In: Journal of General Internal Medicine 2000, 15, S. 122-128.

HAASE, H. J.: Was sagen unsere Patienten zur gegenwärtigen Behandlung in der Pfalzklinik Landeck, Landeck 1979.

HAASE, I.: „Patientenbedürfnisse" in der Diskussion. In: HAASE, I. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W., Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. *Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens*, Stankt Augustin 1995, S. 9-14.

HAASE, I. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W.: Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. *Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens*, Stankt Augustin 1995.

HAASE, I. & SCHWEFEL, D.: Bedarfs- und Bedürfnisforschung im Gesundheitswesen. In: SCHWARZ, F.W. et al. (Hrsg.), Gesundheitssystemforschung in Deutschland, Weinheim 1995, S. 37-42.

HABERFELLNER, E.M. et al.: Der Versorgungsbedarf ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten. In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, S. 23-29.

HABECK, D.: Bedürfnis und Befriedigung des Umgangs mit medizinischen Informationen. In: Metamed 1977, 1, S. 237-265.

HABECK, D. / ENGEL, H.J. & MÜNSTERMANN, W.: Patientenmeinungen zur ärztlichen Aufklärung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1977, 119, S. 861-864.

HABERFELLER, E.M. & VORACEK, M.: Die Kompetenz psychosozialer Professionen aus Patientensicht. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2004, 54, S. 155-160.

HABERMAS, J.: Arbeit und Interaktion – *Bemerkungen zu Hegels Jenenser »Philosophie des Geistes«*. In: Ders.: Technik und Wissenschaft als Ideologie, Frankfurt/M. 1969, S. 9-47.

HABERMAS, J. & LUHMANN, N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Frankfurt/M. 1971.

HABERMAS, J.: Erkenntnis und Interesse, Frankfurt/M. 1973.

HABERMAS, J.: Theorie des kommunikativen Handelns, 3. Aufl., 2 Bd., Frankfurt/M. 1985.

HABERMAS, J.: Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt/M. 1986.

HABERMAS, J.: Die Einbeziehung des Anderen. *Studien zur politischen Theorie*, Frankfurt/M. 1996.

HABERMANS, T.: Geliebte Objekte. *Symbole und Instrumente der Identitätsbildung*, Frankfurt/M. 1999.

HABERSAM, M.: Management öffentlicher Krankenhäuser. *Eine Rekonstruktion der theoretischen Grundlagen,* Wiesbaden 2009.

HABICH, R.: Arbeitswerte, Arbeitsplatzrealität und Arbeitszufriedenheit. *Ein Beitrag zum Problem der Anspruchsgewichtung bei der Erklärung von Arbeitszufriedenheit.* In: Zeitschrift für Soziologie 1986, 15, S. 278-294.

HACKETHAL, J.: Krankenhaus, Wien 1979a.

HACKETHAL, J.: Keine Angst vor Krebs, München 1979b.

HACKFORT, D. / REGÖS, R. & SCHLATTMANN, A.: Effekte beim Handeln. *100 Beispiele aus Sport, Beruf und Alltag.* Aachen 2005.

HAEFFNER, G.: Positiverfahrungen – ein Problem der Philosophie. In: GROW, B. / BRIESKRON, N. & HAEFFNER, G. (Hrsg.), Glück – auf der suche nach dem ‚guten Leben'. Frankfurt/M. 1987.

HÄGI, G.: Kritische Reminiscenzen aus der Irrenanstalt Burghölzli, Zürich 1894.

HAEHN, D.: Was erwartet der Kranke von seinem Hausarzt? In: Der Praktische Arzt 1979, 13, S. 1959ff.

HAEHN, K.: »Wehrt euch – beschwert euch«. *Tagungsbericht vom ersten Workshop des Projekts Förderung unabhängiger Beschwerdestellen.* In: Soziale Psychiatrie 2006, H.3, S. 20-21.

HÄFELE, A. / KILIAN, R. & FRASCH, K.: Patientenzufriedenheit auf einer Spezialstation zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen – *eine Umfrage.* In: Psychiatrische Pflege Heute 2007, 13, S. 154-158.

HÄNDLER-SCHUSTER, D. et al.: Welche Informationen benötigen Erfasserinnen für den Einsatz der Observed Emotion Rating Scale? In: Pflegewissenschaft 2010, H.1, S. 47-54.

HÄNSEL, F. & SEELIG, H.: Patientenzufriedenheit als Artefakt des Antwortverhaltens. In: STRAUß, B. et al. (Hrsg.), Expertise im Sport. *Lehren – Lernen – Leisten*, Köln 2002, S. 51-53.

HÄNSEL, F. & SEELIG, H.: Antwortmuster in Fragebögen zur Patientenzufriedenheit als Ausdruck unterschiedlicher Patiententollen. In: VDR (Hrsg.), Rehabilitation im Gesundheitswesen: *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, Bad Homburg 2002, S. 147-149.

HÄRDI, J.: Stationäre Behandlungserfahrungen von depressiv Erkrankten in einer kantonalen psychiatrischen Klinik. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 184-188.

HÄRTER, M. / LOH, A. & SPIES, C. (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. *Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*, Köln 2005.

HÄRTER, M.: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – *ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch*. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004, 98, S. 89-92.

HÄRTER, M. et al.: Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlung in Baden-Württemberg. In: Der Nervenarzt 2004, 75, S. 1083-1091.

HÄUSER, W. & SCHWEBIUS, P.: Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. *Arzt-Patient-Angehörigen-Kommunikation in allgemeininter-nistischen Abteilungen*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1999, 49, S. 168-170.

HÄUßERMANN, H. & SEIDEL, W.: Soziologie des Wohnens: *eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens*, Weinheim und München 1996.

HAIRE, M. & GOTTSDANKER, I.S.: Factors influencing industrial morale. In: Personell Psychology 1950/51, 27, S. 445-454.

HAFEN, K. et al. Dimensionen der Reha-Motivation. *Konzeptualisierung auf der Grundlage einer Literaturübersicht*. In: Prävention und Rehabilitation 2000, 12, S. 1-10.

HAFEN, K. et al.: Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). In: Die Rehabilitation 2001, 40, S. 3-11.

HAFEN, K. / BENGEL, J. & NÜBLING, R.: Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation PAREMO. In: NÜBLING, R. / MUTHNY, F.A. & BENGEL, J. (Hrsg.), Reha-Motivation und Behandlungserwartung, Bern 2006, S. 141-160.

HAFERLACH, T.: Das Arzt-Patient-Gespräch, München 1994.

HAFERMALZ, O.: Schriftliche Befragung. In: BEHRENS, K.C. (Hrsg.), Handbuch der Marktforschung, Wiesbaden 1974, S. 479-499.

HAFERMALZ, O.: Schriftliche Befragung – *Möglichkeiten und Grenzen*, Wiesbaden 1976.

HAFKE, C.: Stimme und Gestimmtheit. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1996, 7, S. 11-13.

HAGEN, J.: Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. In: Geistige Behinderung 2002, 41, S. 293-306.

HAGTVEDT, H. / LANCELLOTTI, M. & PATRICK, V.: "I'm glad I did" or "I wish I had": *The Comparative Effects of satisfaction and Non-Purchase Regret on future Purchase Intentions*. In: Advances in Consumer Research 2007, 34, S. 358-360.

HAHLWEG, K.: Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In: REINECKER, H., Lehrbuch der klinischen Psychologie, Göttingen 1994, S. 435-458.

HAHLWEG, K. & EHLERS, A. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/II/2: Klinische Psychologie 2, Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Göttingen 1997.

HAHN, S. (Hrsg.): Im Mittelpunkt steht der Mensch – *Zu aktuellen Tendenzen und Problemen der Arzt-Schwester-Patient-Beziehungen im Gesundheitswesen der DDR*, Berlin 1987.

HAHN, S. & RIESKE, B.: Das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR, Jena 1980.

HAHN, T.: Arbeitsfreude – eine soziologische Studie. In: Einheit – Zeitschrift für Theorie und Praxis des wissenschaftlichen Sozialismus 1965, 20, H.1.

HAHNEFELD, W.L. & KALLERT, T.W.: Diagnosespezifische Bewertung von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten- und Therapeutensicht. *Ein Vergleich zwischen affektiven und schizophrenen Störungen*. In: Krankenhauspsychiatrie 2005, 16, S. 149-156.

HAISCH, J. et al.: Zuwendung des Allgemeinarztes und Bewertung des Patienten: *Aspekte der Compliance-Bereitschaft?* In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 1989, 39, S. 476-479.

HAISCH, J. & HAISCH, I.: Gesundheitspsychologie als Sozialpsychologie: *Das Beispiel der Theorie sozialer Vergleichsprozesse*. In: Psychologische Rundschau 1990, 41, S. 25-36.

HALDER, P.: Verhaltenstherapie und Patientenerwartungen, Bern 1977

HALDER-SINN, P. / RIETHER, P. & RIETHER, U.: Therapeutische Präferenzen der Patienten als Indikationskriterien. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1980, 9, S. 170-182.

HALL, J.A. et al.: Leute, seht die Signale. In: Psychologie heute 1980, H. 6, S. 68-73.

HALL, J.A. & DORNAN, M.C.: Meta-Analysis of Satisfaction with medical care: *Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels*. In: Social Science & Medicine 1988a, 27, S. 637-644.

HALL, J.A. & DORNAN, M.C.: What patients like about their medical care and how often they are asked: *A meta-analyse of the satisfaction literature*. In: Social Science & Medicine 1988b, 27, S. 935-939.

HALL, J.A. / ROTER, D.L. & KATZ, N.R.: Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. In: Medical Care 1988c, 26, S. 657-675.

HALL, J.A. & DORNAN, M.C.: Patient sociodemogarphie characteristics as predicators of satisfaction with medical care: *A meta-analysis*. In: Social Science & Medicine 1990, 30, S. 811-818.

HALL, J.A. et al.: Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. In: Medical Care 1990, 28, S. 261-270.

HALL, J.A. et al.: A causal model of health status and satisfaction with medical care. In: Medical Care 1993, 31, S. 84-94.

HALL, J.A. et al.: Satisfaction, gender and communication in medical visits. In: Medical Care 1994, 32, S. 1216-1231.

HALL, J.A. et al.: Why are sicker patients less satisfied with their medical care? *Tests of two explanatory models*. In: Health Psychology 1998, 17, S. 70-75.

HALL, J.A. et al.: Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients. In: Medical Care 1999, 37, S. 1664-1168.

HALL, M.C. / ELLIOT, K.M. & STILES, G.W.: Hospital patient satisfaction: *correlates, dimensionality, and determinants*. In: Journal of Hospital Marketing 1993, 7, S. 77-90.

HALL, M.F.: Patient Satisfaction or Acquiescence? *Comparing Mail and Telephone Survey Results*. In: Journal of Health Care Marketing 1995, 15, S. 54-61.

HALLENSLEBEN, J. & JAKULEWICZ, G.: Begleitforschung für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen. In: Pflege & Gesellschaft 2005, 10, S. 97-102.

HALL, S.M. / HAVASSY, B.E. & WASSERMANN, D.A.: Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress and coping on relapse to cocaine use. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991, 59, S. 536-532.

HALLER, S.: Methoden zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität. *Überblick zum State of the Art*. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1993, 45, S. 19-40.

HALLER, S.: Beurteilung von Dienstleistungsqualität: *dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich*, Wiesbaden 1995.

HALLER, S.: Dienstleistungsmanagement. *Grundlagen – Konzepte – Instrumente*, 3. Aufl., Wiesbaden 2005.

HALLMANN, L.: Der unzufriedene Schneemann. *Märchen. Band 2*, Willebadessen & Düsseldorf 1980, S. 22-28.

HAMACHER, F. & NIEDERMAIER, A.: Was erwarten Patienten von einer Heilmaßnahme? In: Mitteilungen der LVA Württemberg 1989, 6, S. 241-244.

HAMANN, J. / LEUCHT, S. & KISSLING, W.: Shared decision making in psychiatry. In: Acta Psychiatriaca Scandinavia 2003a, 107, S. 403-409.

HAMANN, J. LANGER,B. & KISSLING, W.: Shared Decision Making bei der Therapie schizophrener Patienten. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.): Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003b, S. 109-117.

HAMANN, J. et al.: Shared Decision Making. *Konsens zwischen Arzt und Patient*. In: Neurotransmitter 2003c, 11, S. 59-62.

HAMANN, J. et al.: Shared Decision Making – vom Modellprojekt zur Implementierung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004, 98, S. 115-119.

HAMANN, J. et al.: Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? In: American Journal of Psychiatry 2005, 162, S. 2382-2384.

HAMANN, J. et al.: Partizipative Entscheidungsfindung – *Implikationen des Modells des « Shared Decision Making" für Psychiatrie und Neurologie*. In: Nervenarzt 2006, 9, S. 1071-1078.

HAMANN, J. et al.: Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste – *eine deutschlandweite Umfrage*. In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 122-127.

HAMM, A.O. & VAITL, D.: Multidimensionale Analyse affektiver Stimuli: *Extranskulturelle Untersuchung*. In: Psychologische Beiträge 1989, 31, S. 125-143.

HAMM, A.O. & VAITL, D.: Emotionsinduktion durch visuelle Reize: *Validierung einer Stimulationsmethode auf drei Reaktionsebenen*. In: Psychologische Rundschau 1993, 44, S. 143-161.

HAMMELSTEIN,P. & ROTH, M.: Hoffnung – *Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzepts*. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 2002, 23(2), S. 191-203.

HAMSUN, K.: Das letzte Kapitel, Heidelberg 1972.

HAMSUN, K.: Auf überwachsenen Pfaden, 2. Aufl., München 2002.

HAMSUN, K.: Segen der Erde, 12. Aufl., München 2004.

HAMSUN, K.: Hunger, 14. Aufl., München 2007.

HAN, P.: Soziologie der Migration, Stuttgart 2000.

HANEL et al.: Patientinnen und Patienten als Kunden. *Patientenbefragungen in den Städtischen Krankenhäusern Münchens*. In: GQMG-Newsletter 2 (2), 7-11.1995

HANEWALD, B. / FRANZ, M. & MEYER, T.: Die Richtung sozialer Vergleiche erklärt die Zufriedenheit – *zur Interpretation von Lebensqualitätsbefunden bei chronisch Schizophrenen*. In: Der Nervenarzt 2002, 73 (Suppl. 1), S. 41.

HAND, I. / LAMONTAGNE, Y. & MARKS, I.M.: Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. In: British Journal of Psychiatry 1974, 124, S. 588-602.

HANDKE, P.: Wunschloses Unglück. *Erzählung*, Frankfurt/M. 1974.

HANDKE, P.: Versuch über den geglückten Tag. *Ein Wintertagtraum*, 3. Aufl., Frankfurt/M. 1991.

HANDKE, P.: Untertageblues. *Ein Stationendrama*, Frankfurt/M. 2003.

HANDYSIDE, J.D.: Satisfactions and aspirations. In: Occupational Psychology 1961, 35, S. 213-244.

HANK, P. & KRAMPEN, G.: Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In: HERMER, M. & RÖHRLE, B. (Hrsg.), Handbuch der therapeutischen Beziehung, Band I, Tübingen 2008, S. 141-168.

HANNIBAL, O.: Das Zeiterleben in der Schizophrenie. In: Studium Generale 1953, 8, S. 607-611.

HANNICH, H.J. et al.: Die intensivmedizinische Behandlung in der Erinnerung von traumatologischen und postoperativen Intensivpatienten. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 1983, 18, S. 135-143.

HANNÖVER, W. et al.: Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg?. In: Psychotherapeut 2000, 45, S. 292-300.

HANSEN, U.: Verbraucherabteilungen als Frühwarnsysteme. In: Zeitschrift für Betriebswissenschaft 1979, 2, S. 120-134.

HANSEN, U. & SCHOENHEIT, I. (Hrsg.): Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten, Frankfurt/M. 1987.

HANSEN, U. & JESCHKE, K.: Beschwerdemanagement für Dienstleistungsunternehmen: *Beispiel des Kfz-Handels*. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsqualität, Wiesbaden 1991, S. 199-223.

HANSEN, U. & JESCHKE, K.: Nachkaufmarketing – ein neuer Trend im Konsumgütermarketing? In: Marketing ZFP 1992, 14, S. 88-97.

HANSEN, U. / JESCHKE, K. & SCHÄBER, P.: Beschwerdemanagement – *Die Karriere einer kundenorientierten Unternehmensstrategie im Konsumgütersektor*. In: Marketing ZFP 1995, 17, S. 77-88.

HANSEN, U. & EMMERICH, A.: Sind zufriedene Kunden wirklich zufrieden? *Eine Differenzierung des Kundenzufriedenheitskonstruktes auf der Grundlage organisationspsychologischer Erkenntnisse*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 1998, 3, S. 220-238.

HANSEN, U. / KORPIUN, M. & HENNING-THURAU, T.: Nationale Zufriedenheitsindizes als Informationsgrundlage des Dienstleistungsmanagements. *Eine kritische Bestandsaufnahme*. In: BRUHN, M. & MEFFERT, H. (Hrsg.), Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden 1998, S. 307-342.

HANSES, A.: AdressatInnenforschung in der Sozialen Arbeit. *Zwischen disziplinärer Grundlegung und Provokation*. In: SCHWEPPE, C. & THOLE, W. (Hrsg.), Sozialpädagogik als forschende Disziplin. *Theorie, Methode, Empirie*. Weinheim 2005, S. 185-200.

HANSSON, L.: Patient satisfaction with In-hospital psychiatric care. *A Study of a 1-Year Population of Patients Hospitalized in a Sectorized Care Organization* In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1989, 239, S. 93-100.

HANSSON, L. & BERGLUND, M.: Factors influencing outcome and patient satisfaction in a short-term psychiatric ward. *A parth analysis study of the importance of patient involvement in treatment planning*. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience1987, 236, S. 269-275.

HANSSON, L. / BJÖRKMAN, T. & BERGLUND, I.: What is important in psychiatric inpatient care? *Quality of care from the patient's perspective*. In: Quality Assurance in Health Care 1993, 5, S. 41-47.

HANSSON, L. / BJÖRKMAN, T. & SVENSSON, B.: The assessment of needs in psychiatric patients – *Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell assessment of need instrument and results from a cross-sectional study*. In: Acta Psychiatrica Scandinavica1995, 92, S. 285-293.

HAPKEMEYER, J. / DRESENKAMP, A. & SOELLNER, R.: Patientensicht zur Qualität der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 2008, 53, S. 206-212.

HARDT, K.P.: Analyse der Patientenzufriedenheit stationärer Patienten in einer empirischen Untersuchung, Diplomarbeit Universität Konstanz, Konstanz 1980.

HAREWOOD, G.C. et al.: Prospective comparison of endoskopy patient satisfaction surveys: *e-mail versus standard mail versus telephone.* In: The American Journal of Gastroenterology 2001, 96, S. 3312-3317.

HARFST, T. et al.: Erfassung von positivem Verhalten und Erleben bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Rehabilitation – *der Hamburger Sellstfürsorgefragebogen (HSF).* In: Rehabilitation 2009, 48, S. 277-282.

HARGRAVES, J.L. et al.: Adjusting for patient characteristics when analysing reports from patients about hospital care. In: Medical Care 2001, 39, S. 635-641.

HARING, J.M. et al.: A research synthesis of literature on work status and subjective well-being. In: Journal of Vocational Behaviour 1984, 25, S. 316-324.

HARKER, L. & KELTNER, D.: Expressions of positive emotion in woman's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. In: Journal of Personality and Social Psychology 2001, 80, S. 112-124.

HARKNESS, J. / MOHLER, P. / SCHNEID, M. & CHRISTOPH, B.: Incentives in Two German Mail Surveys 1996/97 & 1997. In: KOCH, A. & PORST, R. (Hrsg.), Nonresponse in Survey Research. ZUMA-Nachrichten Spezial 1998/4, Mannheim 1998, S. 201-218.

HARLOW, H.F.: *Das Wesen der Liebe.* In: EWERT, O.M.: Entwicklungspsychologie I, Köln 1972, S. 128-138.

HARPOLE, L.H. et al.: Patient satisfaction in the ambulatory setting. Influence of data collection methods and sociodemographic factors. In: Journal of General Internal Medicine 1996, 11, S. 431-434.

HARRIGAN, J.A. & ROSENTHAL, R.: Nonverbal aspects of empathy and report in physician-patient interaction. In: BLACK, P. / VBUCK, R. & ROSENTHAL, R. (Hrsg.), Nonverbal Communication in the Clinical Context, Pennsylvania 1986, S. 36-73.

HARRIGAN, J.A. & ROSENTHAL, R.: Physicians' head and body positions as determinants of perceived rapport. In: Journal of Applied Social Psychology 1983, 13, S. 496-509.

HARSCH, H.: Anonyme Alkoholiker und Seelsorge – *zwei Wege zum Suchtkranken.* In: Wege zum Menschen 1984, 36, S. 17-28.

HARTLAGE, L.C. & SPERR, E.V.: Patient preferences with regard to ideal therapist characteristics. In: Journal of Clinical Psychology 1980, 36, S. 288-291.

HARTMANN, A. et al.: Der Inter-Session-Fragebogen (ISF) – *Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2003, 53, S. 464-468.

HARTMANN, E.: Ergebnis einer Umfrage in den Krankenhäusern der Stadt Stuttgart. In: Das Krankenhaus 1980, 12, S. 406-463.

HARTMANN, E.v.: Philosophie des Unbewußten. *Versuch einer Weltanschauung*, Hildesheim u.a. 1989.

HARTMANN, F.: Psychischer Hospitalismus bei Erwachsenen? In: Ärztliche Praxis 1977a, 5, S. 171-174.

HARTMANN, F.: Hospitalismus. *Macht das Krankenhaus uns krank?* In: Bild der Wissenschaft 1977b, 14, S. 96-111.

HARTMANN, F.: Das Verständnis des Menschen in der gegenwärtigen Medizin. In: Medizin Mensch Gesellschaft 1977c, 2, S. 144-151.

HARTMANN, F.: Verdeutlichung der Forderung nach mehr Menschlichkeit an die Krankenhausmedizin. In: Arzt und Krankenhaus 1979, H.4, S. 117-120.

HARTMANN, F.: Zeit des Kranken – Zeit des Arztes. In: Psychiatrische Praxis 1987, 14, S. 2-8.

HARTMANN, K. et al.: Mystery Shopping in der Gesetzlichen Krankenversicherung – *Einsatz von Testkäufern zur Qualitätssicherung*. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2008, 97, S. 124-143.

HARTMANN, P. & BRÄUNLING, S.: Geimeinsam(e) Stärke finden. *Das Berliner Weglaufhaus*. In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, S. 195-207.

HARTMANN, S.: Die Behandlung psychischer Störungen. *Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten – Eine Replikation der »Consumer Reports Study« für Deutschland*, Gießen 2006.

HARTMANN, U. / SCHNEIDER, U. & EMRICH, H.M.: Gefühlswelt. *Auf der Jagd nach dem Glück*. In: Gehirn & Geist 2002, H. 4, S. 10-15.

HARTWIG, J. / JANZEN, P. & WALLER, H.: Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten. In: Pflege 2008, 21, S. 157-162.

HARRIS, L.E. / WEINBERGER, M. & TIERNEY, W.M.: Assessing Inner-City Patients' Hospital Experiences. *A controlled trial of Telephone Interviews versus Mailed Surveys*. In: Medical Care 1997, 35, S. 70-76.

HARYCH, I.: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1976, 70, S. 1234-1237.

HARYCH, I.: Die Einstellung der Bevölkerung zur stationären Betreuung. In: Heilberufe 1972, 24, S. 338-340.

HARYCH, I.: Die gegenwärtige Beziehung der Bevölkerung zu den ambulant tätigen Ärzten, zum ambulanten Gesundheitswesen und ihre Stellung zum Bereichsarzt, Berlin 1973.

HARYCH, I.: Kommunikation und Patientenzufriedenheit. In: HÜTTNER, H. et al. (Hrsg.), Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit*. 2. Aufl., Berlin 1982, S. 66-89.

HARYCH, I. et al.: Patientenzufriedenheit: *Teil I*. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1972a, 66, S. 682-687.

HARYCH, I. et al.: Patientenzufriedenheit: *Teil II*. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1972b, 66, S. 741-747

HARYCH, I. et al.: Du und Dein Arzt. *Eine Vorstudie*, Berlin 1973.

HARYCH, I. & SIPPLY, A.: Briefkasten auf der Station? In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihrer Grenzgebiete 1989, 39, S. 299.

HASELMANN, S.: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – *systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch*, Göttingen 2008.

HASENJÄGER, M. & HERTEL, A.: Fragebogenlayout… „das Auge isst mit"! In: planung & analyse 2004, 6, S. 57-64.

HASKARD, K.B. et al.: The Provider's Voice: *Patient Satisfaction and the Content-filtered Speech of Nurses and Physicians in Primary Medical Care*. In: Journal of Nonverbal Behaviour 2008, 32, H.1, S. 1-20.

HASKRAD-ZOLNIEREK, K.B. et al.: Development and Validation of the Physician-Patient Humour Rating Scale. In: Journal of Health Psychology 2009, 14, S. 1163-1173.

HASLER, G. et al.: Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: *the role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change*. In: Canadian Journal of Psychiatry 2004, 49, S. 315-321.

HASLOCK, I.: Quality of care and patient satisfaction. In: British Journal of Rheumatology 1996, 35, S. 382-384.

HASSE, R. & KRÜCKEN, G.: Was leistet der organisationssoziologische Neo-Institutionalismus? *Eine theoretische Auseinadersetzung mit besonderer Berücksichtigung des wissenschaftlichen Wandels*. In: Soziale Systeme 1996, 2, S. 91-112.

HASSE, R. & KRÜCKEN, G.: Neo-Institutionalismus, Bielefeld 1999.

HAU, T. et al.: Die Initalphase in der klinischen Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1984, 29, S. 271-281.

HAUBL, R.: Neidisch sind immer nur die anderen. *Über die Unfähigkeit, zufrieden zu sein*, 3. Aufl., München 2003.

HAUBROCK, M. / MEINERS, N. & ALBERS, F.: Krankenhaus Marketing, Stuttgart 1998.

HAUBROCK, M. & SCHÄR, W.: Patientenzufriedenheit als Element des Marketings. In: Management im Gesundheitswesen 2001, 6, S. 13-18.

HAUG, S. et al.: Kommunikation und Gruppenevaluation in Internet-Chat-Nachsorgegruppen unterschiedlicher Größe. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2005, 41, S. 379-393.

HAUKE, E.: Die Qualität der Krankenhausleistung aus der Sicht des Patienten. In: KRZCAL, A. (Hrsg.), Festschrift für Michael Hoffmann. Beiträge zur *Praxis des Krankenhausmanagements,* Wien 1992, S. 43-56.

HAUPT, K.: Bewertung und Beurteilung von Fragebogen durch Gruppendiskussionen. In: Context 1995, 16, S. I-IX.

HAUPT, K.: Bewertung und Beurteilung von Fragebogen durch Gruppendiskussionen. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 35-45.

HAUSER, J.R.& CLAUSING, D.: Wenn die Stimme des Kunden bis in die Produktion vordringen soll. In: HOMBURG, C. / SIMON, H. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 56-75.

HAUSER, R. & HAUSER, H.: Die kommende Gesellschaft. *Handbuch für die soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit*, München & Wuppertal 1971.

HAUSTEIN, K.-O.: „Neue" Wege in der Medizin – Der Patient als Kunde oder plumpe „Abzocke"?. In: Ärzteblatt Thüringen 2002, 13, H. 2, 137-138.

HAVASSY, B.E. / HALL, S.M. & WASSERMAN, D.A.: Social support and relapse: *commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarett smokers*. In: Addictive Behaviours 1991, 16, S. 235-246.

HAWKINS, E.J. / BAER, J.S. & KIVLAHAN, D.R.: Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. In: Journal of Substance Abuse Treatment 2008, 35, S. 207-216.

HAWTHORNE, G.: Review of Patient Satisfaction Measures, Canberra 2006.

HAYEK, F.A. von: Die Anmaßung von Wissen. In: Ordo 1973, 26, S. 12-21.

HAYEK, F.A. von: Die Verfassung der Freiheit, Tübingen 1991.

HAYS, R.D. & WARE, J.E.: My Medical care is better than yours. *Social desirability and patient satisfaction ratings*. In: Medical Care 1986, 24(6), S. 519-524.

HAYS, R.D. et al.: Hospital Quality Trends. *A Short-Form-Patient-Bases Measure*. In: Medical Care 1991, 29, S. 661-668.

HAYS, R. et al.: Psychometric properties of the CAHPS 1.0 Survey Measures. In: Medical Care 1999, 37, S. 22-31.

HEADEY, B. & WEARING, A.: Personality, life events, and subjective well-being: *Toward a dynamic equilibrium model*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1989, 57, S. 731-739.

HEALTH SERVICE RESEARCH GROUP: A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. In: Canadian Medical Association Journal 1992, 146, S. 1727-1731.

HEBOLD, R.: Die Bettenzahl im Krankenzimmer einer Frauenklinik: *Wunsch und Realität*, Heidelberg 1973.

HECKER,K. & GRUNWALD, W.: Über die Beziehung zwischen Arbeits- und Freizeitzufriedenheit. In: Soziale Welt 1980, 6, S. 353-368.

HECKHAUSEN, J.: Wo hängen die süßen Trauben? *Entwicklungs- und motivationspsychologische Überlegungen zur Funktionalität des Bereuens.* In: Psychologische Rundschau 2000, 51, S. 123-134.

HECKMANN, F.: Max Weber als empirischer Sozialforscher. In: Zeitschrift für Soziologie 1979, 8, S. 50-62.

HEEG, S.: Zur Bedeutung des architektonischen Milieus in der stationären Psychotherapie und Rehabilitation. In: ZIELKE, M. & STURM, J. (Hrsg.), Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim 1994, S. 85-106.

HEESCH, S.: Konsequenzen eines subjekttheoretischen Ansatzes für die soziale Arbeit in der Psychiatrie, Hannover 2001.

HEESEN, C. et al.: Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – *Schlagworte oder Wegweiser?* In: Neurologie & Rehabilitation 2006, 12 (4), S. 232-238.

HEFTNER, E. & HÖLLER, H.: Sozial-ökologische Untersuchung des therapeutischen Milieus in einem modernen Rehabilitationszentrum. In: Rehabilitation 1978, S. 216-224.

HEGEL, G.W.F.: Ästhetik, 2. Aufl. Berlin 1985.

HEGEL, G.W.F.: Phänomenologie des Geistes, 6. Aufl., Frankfurt/M. 1998a.

HEGEL, G.W.F.: Wissenschaft der Logik I, Frankfurt/M. 1998b.

HEGEL, G.W.F.: Grundlinien der Philosophie des Rechts, Frankfurt/M. 2000.

HEIDEGGER, M.: Ansprache zum Heimatabend, 700 Jahre Stadt Meßkirch, Meßkirch 1962.

HEIDEGGER, M.: Die Grundbegriffe der Metaphysik, Freiburger Vorlesung vom WS 1929/30, Bd. 29/30 Gesamtausgabe, Hrsg. v. Hermann, W., Frankfurt/M. 1975a.

HEIDEGGER, M.: Ontologie. *Hermeneutik der Faktizität*, Freiburger Vorlesung von 1923, Bd. 63 Gesamtausgabe, Hrsg. v. Hermann, W., Frankfurt/M. 1975b.

HEIDEGGER, M.: Gelassenheit, 10.Aufl., Pfullingen 1992.

HEIDEGGER, M.: Die Frage nach der Technik. In: Ders., Vorträge und Aufsätze, Frankfurt/M. 2000a, S. 5-36.

HEIDEGGER, M.: Was heißt Denken?. In: Ders., Vorträge und Aufsätze, Frankfurt/M. 2000b, S. 127-144.

HEIDEGGER, M.: Bauen Wohnen Denken. In: Ders., Vorträge und Aufsätze, Frankfurt/M. 2000c, S. 145-164.

HEIDEGGER, M.: Das Ding. In: Ders., Vorträge und Aufsätze, Frankfurt/M. 2000,d S. 165-188.

HEIDEGGER, M.: »... dichterisch wohnet der Mensch «. In: Ders., Vorträge und Aufsätze, Frankfurt/M. 2000e, S. 189-208.

HEIDEGGER, M.: Sein und Zeit, 17. Aufl., Tübingen 2001.

HEIGEL-EVERS, A.: Das Anhedoniekonzept für das Verständnis süchtigen Verhaltens. In: HEIMANN, H.(Hrsg.), Anhedonie. *Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*, Stuttgart 1990, S. 83-95.

HEIGEL-EVERS, A. & HENNBERG-MÖNCH, U.: Arbeitsbeziehung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1989, 25, S. 217-229.

HEILBRUN, A.B.: Effects on Briefing upon Client Satisfaction with the Counselling Contact. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1972, 38, S. 50-56.

HEINE, H.: Die schlesischen Weber. In: Ders, Werke und Briefe in zehn Bänden, *Band 2*, Berlin und Wimar 1972, S. 343-345.

HEINE, R.W. & TROSMAN, H.: Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in the continuance of psychotherapy. In: Psychiatry 1960, 23, S. 275-278.

HEINRICH, E.: Unsere Patienten und wir. *Psychologische Grundlagen und ihre praktische Auswertung für den Erfolg in der zahnärztlichen Praxis*, München 1933.

HEINRICH, K.: Fragen nach dem möglichen Nutzen der Soziologie für die Psychiatrie. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 24-28.

HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980a.

HEINRICH, K. & MÜLLER, U.: Vorbemerkungen. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980b, S. 9-17.

HEISER, C.: Das Motiv des Wartens bei Ingeborg Bachmann, München 2007.

HEITKAMP, U.: Wahnsinn. *Meine Reise durch die Psychiatrie der Republik*, Frankfurt/M. 1989.

HEKELE, K.: Sich am Jugendlichen orientieren. *Ein Handlungsmodell für subjektorientierte Soziale Arbeit*, Weinheim und München 2005.

HEKKING, K.: Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen – *Modegag oder ein Weg zu mehr Servicequalität?* In: SCHUBER, H.-J. & ZINK, K.J. (Hrsg.), Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen, Neuwied und Berlin 1997, S. 207-218.

HELFERLICH, C.: Die Qualität qualitativer Daten. *Manual für die Durchführung qualitativer Interviews,* 2. Aufl., Wiesbaden 2005.

HELLER, A.: Das Alltagsleben. *Versuch einer Erklärung der individuellen Reproduktion*, Frankfurt/M. 1978.

HELLER, A.: Theorie der Gefühle, Hamburg 1980.

HELLER, D.: Eye movments in reading. In: GRONER, R. & FRAISSE, P. (Hrsg.), Cognition and Exe Movments, Berlin 1982, S. 139-154.

HELLER, E.: Die romantische Erwartung. In: Ders. (Hrsg.), Die Reise der Kunst ins Innere und andere Essays, Frankfurt/M. 1966, S. 89-103.

HEIM, E.: Therapeutische Gemeinschaft. I*: Prinzipien und Anwendung*. In: Praktische Psychiatrie 1973a, H.1, S. 3-15.

HEIM, E.: Therapeutische Gemeinschaft. *II: Erfahrungsberichte über den Aufbau der therapeutischen Gemeinschaft*. In: Praktische Psychiatrie 1973b, H.2, S. 16-29.

HEIM, E.: Therapeutische Gemeinschaft: *Verändertes Rollenverständnis*. In: Psychiatrische Praxis 1976, 3, S. 15-31.

HEIM, E.: Aufbauschritte einer therapeutischen Gemeinschaft in der psychiatrischen Klinik. In: Psychiatrische Praxis 1978, 5, S. 14-24.

HEIM, E. (Hrsg.): Milieu-Therapie: *Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik*, Bern 1978b.

HEINECKEN, E. & SPÄTH, G.: Situative und differentiell-psychologische Determinanten der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie 1980, 21, S. 289-294.

HEINEMANN-KNOCH, M. / KNOCH, T. & KORTE, E.: Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: *Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein?* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006, 39, S. 413-417.

HEINS, V.: Max Weber zur Einführung, Frankfurt/M. 1990.

HEINZE, M. & PRIEBE, S.: Zum Bedürfnisbegriff in der psychiatrischen Forschung. In: Fundamenta Psychiatrica 1995, 9, S. 52-60.

HEINZE, T. & THIEMANN, F.: Kommunikative Validierung und das Problem der Geltungsbegründung. In: Zeitschrift für Pädagogik 1982, 27, S. 635-642.

HEIßLER,M.: Vom Objekt zum Subjekt – *Können psychiatrische Abteilungen Chronifizierung verhindern, ihre eigene und die der anderen?* In: KRISOR, M., PFANNKUCHEN, H. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.): Gemeinde, Alltag, Ressourcen – *Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie*, Lengerich 2001, S. 152-168.

HEITLER, J.B.: Preparatory Techniques in Initiating Expressive Psychotherapy with Lower-Class, Unsophisticated Patients. In: Psychological Bulletin 1976, 83, S. 339-352.

HEITMANN, M. & HERRMANN, A.: Die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess als Determinante der Kundenbindung. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2007, 59, S. 530-566.

HELBIG, S. et al.: Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. In: Verhaltenstherapie 2004, 14, S. 294-302.

HELBIG, S. & HOYER, J.: Hilft wenig viel? *Eine Minimalintervention für Patienten während der Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie*. In: Verhaltenstherapie 2007, 17, S. 109-115.

HELLBRÜGGE, T.: Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten. In: OPITZ, H. & SCHMID, F. (Hrsg.), Handbuch der Kinderheilkunde, *Band III*, Berlin 1966, S. 384 – 404

HELLPACH, W.: Geopsyche. *Die Menschenseele unter dem Einfluss von Wetter und Klima, Boden und Landschaft*. 8. Aufl., Stuttgart 1977.

HELM, S.: Kundenempfehlung als Marketingstrategie, Wiesbaden 2000

HELMBOLD, N.B.: Bewertung struktureller Komponenten anhand der Patientenzufriedenheit in den Bundeswehrkrankenhäusern Ulm und Bad Zwischenahn, Köln 2003.

HELMIG, B.: Patientenzufriedenheit messen und managen: *Ein Leitfaden für das Tagesgeschäft*. In: f&w im Krankenhaus 1997, 14, S. 112-120.

HELMIG, B. & TSCHEULIN, D.K.: Krankenhausmanagement in der deutschsprachigen betriebswirtschaftlichen Forschung – *Eine Bestandsaufnahme*. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1998, 68, S. 83-110.

HELMIG, B. & TSCHEULIN, D.K.: Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2000, 70, S. 105-122.

HELMIG, B. & DIETRICH, M.: Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen. In: Die Betriebswirtschaft 2001, 61, S. 319-334.

HELSON, H.: Adaption-Level as a Basis for a Quantitative Theory of Frames of Reference. In: Psychological Review 1948, 55, S. 294-313.

HELWIG, I.: Wie beurteilen unsere Patienten die Lukas-Klinik. *Auswertung einer Patientenbefragung,* Arlesheim 1997.

HEMPRICH, R.D. & KISKER, K.P.: Die „Herren der Klinik" und die Patienten. *Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station*. In: Der Nervenarzt 1968, 39 (10), S. 432-441. Wiederabgedruckt in der Zeitschrift ‚Sozialpsychiatrische Informationen' 1999, 29 (2), S. 31-40

HELLPACH, W.: Rezension von: *Adolf Levenstein: Die Arbeiterfrage*. In: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 1913, 36, S. 829-838.

HELOU, A.E.: Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit in der Anästhesie als Beitrag zur Qualitätssicherung an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, Jena 2003.

HENBEST, R. & STEWART, M.: Patient-centredness in the consultation. In: Journal of Family Practice 1990, 7, S. 28-33.

HENDIRKS, A.A.J.: Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? In: International Journal for Quality in Health Care 2006, 18, S. 152-158.

HENKEL, D.: Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In: Dies. (Hrsg.), Sucht und Armut. *Alkohol, Tabak, illegale Drogen*, Opladen 1998, S. 101-136.

HENKEL, D.: Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhanges von Sucht und Arbeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Arbeit. *Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener* Störungen in der Arbeitswelt, Freiburg 2001, S. 9-30.

HENGEL, D.: Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: *Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen*. In: HENKEL, D. & ZEMLIN, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. *Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt/M. 2008, S. 10-70.

HENKEL, D. / DORNBUSCH, P. & ZEMLIN, U.: Prädikatoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: *Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation*. In: Suchttherapie 2005, 6, S. 165-175.

HENKEL, D.& ZEMLIN, U.: Arbeitslosigkeit und Suchtbehandlung: *Neue empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis der medizinischen Rehabilitation*. In: Sucht aktuell 2006, H. 1, S. 49-57.

HENNING, T.: Beziehungsqualität: *Kundenzufriedenheit und mehr im Zentrum des Beziehungsmarketing*. In: Marktforschung & Marketing 1996, 40, S. 142-148.

HENNING-THURAU, T.: Beschwerdezufriedenheit: *Empirische Analyse der Wirkungen und Determinanten einer Schlüsselgröße des Beziehungsmarketing*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1999, 2, S. 214-240.

HENNING-THURAU, T.: „Word-of-Mouse": *Warum Kunden anderen Kunden im Internet zuhören*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 2004, 1, S. 52-75.

HENNING-THURAU, T. & HANSEN, U.: Kundenartikulation im Internet – *Virtuelle Meinungsplattformen als Herausforderung für das Marketing*. In: Die Betriebswirtschaft 2001, 60, S. 560-580.

HENRICH, G. & de JONG, R.: Skala zur Erfassung des therapeutischen Klimas und des Therapieprogramms (SEKT): *Zielsetzung, Ergebnisse und Interpretationshinweise*, München 1976.

HENRICH, H. / de JONG, R. / MAI, N. & REVENSTORF, D.: Aspekte des therapeutischen Klimas – *Entwicklung eines Fragebogens*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1979, S. 42-45.

HENRICH, G. & HERSCHBACH, P.: Questions on Life Satisfaction (FLZM) – *A short questionnaire for assessing subjective quality of life*. In: European Journal of Psychological Assessment 2000, 16(3), S. 150-159.

HENRICH, G. / HERSCHBACH, P. & SCHÄFER, I.: Fragen zur Patientenzufriedenheit (FPZ) – *Die Entwicklung eines Fragebogens*. In: Zeitschrift für medizinische Psychologie 2001, 4, S. 147-158.

HENRICH, R.: Teamdynamik und Patientenzufriedenheit – *ein Beitrag zur Stellung der Psychiatrischen Tagesklinik*, Hannover 1997.

HENSEN, P. et al.: Nutzerorientierung im Krankenhaus: *Integrativer Ansatz zur Erfassung der Patientenperspektive für Qualitätsverbesserungen*. In: Aktuelle Dermatologie 2006, 32, S. 99-107.

HENSEN, P. et al.: Umsetzung und Akzeptanz von Verbesserungsmaßnahmen im Krankenhaus aus der Mitarbeiterperspektive. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007, 12, S. 352-359.

HENTSCHEL, B.: Die Messung wahrgenommener Dienstleistungsqualität mit SERVQUAL – *Eine kritische Auseinandersetzung*. In: Marketing ZFP 1990, 4, S. 230-240.

HENTSCHEL, B.: Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: *vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz*, Wiesbaden 1992.

HENTSCHEL, B.: Multiattributive Messung von Dienstleistungsqualität. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methode, Erfahrungen. Wiesbaden 1995, S. 347-378.

HENTSCHEL, U.: Zur therapeutischen Allianz. In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990, S. 71-98.

HENTSCHEL, U.: Die therapeutische Allianz. *Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze*. In: Psychotherapeut 2005a, 5, S. 305-317.

HENTSCHEL, U.: Die therapeutische Allianz. *Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten*. In: Psychotherapeut 2005b, 6, S. 385-394.

HERBERG, D. et al.: Neuer Wortschatz: *Neologismen der 90er Jahre in Deutschland*, Berlin 2004.

HERDER, J.G.: Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit, Leipzig 1841.

HERDER, J.G.: Zufriedenheit. In: Ders., Werke. *Erster Theil: Gedichte*, Berlin 1879, S. 495-496.

HERDER-DORNREICH, P. & KÖTZ, W.: Zur Dienstleistungsökonomik, Berlin 1972.

HERDIECKERHOFF, E.: Symptomspezifische psychoanalytische Differenzialdiagnostik von psychischer Abhängigkeit und Sucht. In: Materialien Psychoanalyse 1987, 13, S. 67-111.

HERDING, S.: Entwicklung und erste Anwendung eines Trainingsprogramms zur Rückfallprävention: *Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartungen alkoholabhängiger Patienten,* unveröffentlichte Diplomarbeit, Münster 1999.

HERKNER, H.: Die Bedeutung der Arbeitsfreude in Theorie und Praxis der Volkswirtschaft. In: Neue Zeit- und Streitfragen 1905, 3, S. 1-36.

HERKNER, H.: Rezension von: *Adolf Levenstein: Die Arbeiterfrage*. In: Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik 1913, 99, S. 698-702.

HERKNER, H.: Die Arbeiterfrage. *1.Bd: Arbeiterfrage und Sozialreform*, Berlin 1921.

HERMER, M.: Kundenorientierung in Psychiatrie und Psychotherapie – *Zur Metamorphose von Patienten in Kunden*. In: LAIREITER, A.-N. & VOGEL, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. *Ein Werkstattbuch*, Tübingen 1998, S. 747-767.

HERMER, M.: Erlernte Inkompetenz – *von der defizitfixierten zur ressourcenorientierten Psychotherapie*. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1996, 28, H. 3, S. 377-392.

HERMES, M. & VOLK, W.: Hinweise zur Brauchbarkeit des Stuttgarter Bogens (SB) in psychotherapeutischen Gruppen. In: Gruppendynamik 1982, 13, S. 173-177.

HEROLD-WEISS, U.: Wenn Dir ein Ziegel auf den Kopf fällt…In: FINZEN, A. (Hrsg.), Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, München 1974, 114-177.

HERRINGER, N.: Empowerment – oder: *Wie Menschen Regie über ihr Leben gewinnen.* In: Sozialmagazin 1995, 20, H.3, S. 34-40.

HERRINGER, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. *Eine Einführung*, Stuttgart 1997.

HERRMANN, A. & JOHNSON, M.D.: Kundenzufriedenheit als Bestimmungsfaktor der Kundenbindung. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1991, 51, S. 579-598.

HERRMANN, A. / NIETSCH, R.v. & HUBER, F.: Referenzpunktbezogenheit, Verlustaversion und abnehmende Sensitivität bei Kundenzufriedenheitsurteilen. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1998, 68, S. 1225-1244.

HERRMANN, A. / HUBER, F. & WRICKE, M.: Herausbildung von Zufriedenheitsurteilen bei Alternativbetrachtungen. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1999, 51, S. 677-692.

HERRMANN, A. & SEILHEIMER, C.: Erklärungsansätze zur Dynamik des Vergleichsmaßstabes im Rahmen des Lücken-Modells der Kundenzufriedenheit. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 2000, 29, S. 14-39.

HERRMANN, A. / WRICKE, M. & HUBER, F.: Kundenzufriedenheit durch Preisfairness. In: Marketing ZFP 2000, 2, S. 131-143.

HERRMANN, A. / HUBER, F. & SEILHEIMER, C.: Die Qual der Wahl: *Die Bedeutung des Regret bei Kaufentscheidungen.* In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2003, 55, S. 224-249.

HERRMANN, K. et al.: Behandlungserfolg und Zufriedenheit chronischer Schmerzpatienten-/innen in Einrichtungen der Speziellen Schmerztherapie. In: Das Gesundheitswesen 2005, 67, S. 570.

HERRMANN, M.: Freier Wille ohne Wunschkritik. *Autonomie als Zustimmung zum eigenen Wünschen.* In: BETZLER, M. & GUCKES, B. (Hrsg.), Autonomes Handeln. *Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt*, Berlin 2000, S. 153-166.

HERSCHBACH, P.: Das „Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. *Wovon hängt unser Wohlbefinden ab?* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 141-150.

HERTING, B.: Geschichte des Psychiatrie-Films. *1: Krankheitsbilder.* In: Psychologie heute 1981a, H.3, S. 82-85.

HERTING, B.: Geschichte des Psychiatrie-Films. *2: Dokumente der Anklage.* In: Psychologie heute 1981b, H.4, S. 79-81.

HERTING, B.: Psychisch Kranke in den Medien – *exemplarisch dargestellt am Medium Film.* In: KAGELMANN, J. & ZIMMERMANN, R. (Hrsg.), Massenmedien und Behinderte. *Im besten Falle Mitlied?* Weinheim 1982, S. 25-46.

HERWIG-LEMPP, J.: Von der Sucht zur Selbstbestimmung. *Drogenkonsumenten als Subjekte*, Dortmund 1994.

HERZBERG, F.H. et al.: Job attitudes: *Review of research and opinion*, Pittsburgh 1957.

HERZBERG, F.H. / MAUSNER, B.M. & SNYDERMAN, B.B.: The motivation to work, New York 1959.

HERZOG, A.: Stimme und Persönlichkeit. In: Zeitschrift für Psychologie 1933, 130, S. 300-379.

HERZOG, T.: Pflegepersonal, Patienten und Angehörige – Untersuchungen zum affektiven Klima auf psychiatrischen Stationen: *ein Beitrag zur Bestimmung von Wirkfaktoren des therapeutischen Milieus in der Allgemeinkrankenhaus-Psychiatrie*, Heidelberg 1989.

HESS, E.H.: Das sprechende Auge. *Die Pupille verrät verborgene Reaktionen*, München 1977.

HESS, H.: Affektives Erleben im Gruppenprozeß und Therapieerfolg. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1992, 42, S. 120-126.

HESS, H.: Zwei Verfahren zur Einschätzung der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie: *Die Behandlungseinschätzung nach Froese und die Bewertungsskala nach Böttcher und Ott*. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996, S. 142-158.

HESS-DIEBÄCKER, D. et al.: Soteria und ambulante Psychosebegleitung – *Lernprozess einer Münsteraner Initiativgruppe*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2002, H.2, S. 21-26.

HESSE, A. & SCHREYÖGG, J.: Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketings für Krankenhäuser – *eine explorative Analyse*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007, 12, S. 310-314.

HESSE, C.: Intensivtherapie aus Patienten-Sicht, Magdeburg 1989.

HESSE, F.W. et al.: Experimentelle Induktion emotionaler Zustände – *Alternativen zur Velten-Methode*. In: Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie 1992, 34, S. 559-580.

HESSE, H.: Demian. *Die Geschichte von Emil Sinclairs Jugend*, Frankfurt/M. 1974a.

HESSE, H.: Steppenwolf. *Erzählung*, Frankfurt/M. 1974b.

HESSE, H.: Das Glasperlenspiel. *Versuch einer Lebensbeschreibung des Magister Ludi Josef Knecht*, Frankfurt/M. 2000.

HESSEN, C. et al.: Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – *Schlagworte oder Wegweiser?* In: Neurologie & Rehabilitation 2006, 4, S. 232-238.

HEYMER, A.: »Schnelles Brauenheben« im Kontext verschiedener sozialer Interaktionen. In: Homo 1981, 32, S. 252-260.

HICKSON, G.B. et al.: Factors that prompted families to file malpractice claims following perinatal injuries. In: Journal of the American Medical Association 1992, 267, S. 1359-1363.

HICKSON, G.B. / CLAYTON, E.W. & ENTMANN, S.S.: Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. In: Journal of the American Medical Association 1994, 272, S. 1583-1587.

HIBBELER, B.: Pflegeheime. Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt 2005, 102, A2576-A2757.

HIEBER, A. et al.: Die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen und ihr Einfluss auf die erlebte Stadtteilverbundenheit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005, 38, S. 293-300.

HILDEBRAND, R.: Qualitätsmanagement. In: f&w im Krankenhaus, 1995a, H.1, S. 31-42.

HILDEBRAND, R.: Benchmarking. In: f&w im Krankenhaus, 1995b, H.3, S. 244-250.

HILDEBRANDT, B. et al.: Patienten sehen Kliniken positiv, aber: *Probleme an den Schnittstellen nach außen – Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser 1996*. In: Krankenhaus Umschau 1996, 12, S. 904-909.

HILDEBRANDT, B. / HILDEBRANDT, H. & GRÜBER, J.: Wohin geht die Reise? *Worauf sollten sich Krankenhäuser bereits jetzt in Sachen Patientenbefragung und -orientierung für die nächsten Jahre einstellen?* In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999, S. 265-268.

HILDEBRANDT, H.: Wer fragt gewinnt. In: Unser Patient als Kunde. Referate der Veranstaltung vom 10.4.1997 im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek, Hamburg 1997, S. 13-24.

HILDEBRANDT, H. / BEXFIELDT, H. & BESSNER, G.: Krankenhäuser in Deutschland: *Ein Vergleich. Qualität, Organisation und Patientenzufriedenheit in Allgemeinkrankenhäusern*, Sankt Augustin 1996.

HILDEBRANDT, H. & MÜLLER, M.: Stellen Sie Ihren Patienten die richtigen Fragen! *Einladung in den KU-Benchmark-Club, Patienten-Monitor*. In: Krankenhaus Umschau 1998, 12, S. 914-915.

HILDEBRANDT, H. & MARTINI, O.: Weshalb müssen Krankenhäuser wissen, wie ihre Patienten sie beurteilen? In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999a, S. 13-55.

HILDEBRANDT, H. / NICKEL, S. & TROJAN, A.: Planung, Methodik und Durchführung der DAK-Patientenbefragung. In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999, S. 56-82.

HILDEBRANDT, H. & STURM, H.: Wie antworteten die Hamburger DAK-Patienten auf die Fragen? In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999b, S. 83-152.

HILDEBRANDT, H. & NICKEL, S.: Krankenhäuser im Vergleich – anonymisiert. In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999, S. 138-152.

HILDEBRANDT, H. & MARTINI, O.: Von Patientenbefragungen zur Patientencharta. In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999c, S. 212-233.

HILDEBRANDT, H. et al.: Befragungs-Leitfaden für die Praxis. In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999d, S. 234-254.

HILDEBRANDT, H. & MÜLLER, M.: Angebot zur Teilnahme an einem Benchmark-Club: *Patientenmonitor – Kliniken im Vergleich. Wie sich Krankenhäuser von Patienten beraten lassen können.* In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999, S. 255-258.

HILDEBRANDT, H. et al.: Was können Patientenbefragungen, was können sie nicht? In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999e, S. 259-264.

HILDEBRANDT, H. / LEBER, C. & WEILANDT, B.: Ku-Benchmark-Vlub Patienten-Monitor: *Wahlleistungen – Was wollen Patienten?*. In: Krankenhaus Umschau 2001, 7, S. 537-541.

HILDEBRANDT, H-A. & OHLMEIER, D.: Ein analytisch-sozialpsychologisches Konzept der Suchtentwicklung. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2006, 29, S. 23-35.

HILDEBRANDT, L. (Hrsg.): Probleme und Trends in der Marketing-Forschung, Stuttgart 1998, S. 73-93.

HILDEBRANDT GESUNDHEITSCONSULT GmbH: Patienten-Monitor.
URL:http://www.gesundheitsconsult.de/pn/praesentation.pdf
[Stand 07.02.2006]

HILDENBRAND, B.: Der Alltag als Therapie. In: HOFFMANN, W. & LAUFS, B. (Hrsg.), Der Alltag der Psychiatrie, Regensburg 1991, S. 39-50.

HILDENBRAND, B.: „Zumutung" und „Zumutbarkeit" als Kategorien psychiatrischer Praxis. In: KRISOR, M. (Hrsg.), Dem Menschen begegnen – *Zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie*, Regensburg 1997, S. 21-48.

HILDENBRAND, B.: Soziologie und Psychiatrie – *Beobachtungen und Ausblick eines kritisch-freundlichen Begleiters.* In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Psychiatrie auf dem Weg: Von der Anstalt zum Menschen, Lengerich 2004, S. 225-233.

HILDENBRAND, B.: „Zumutbarkeit" als zentrale Kategorie therapeutischen Handelns. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 2005, 23, S. 4-9.

HILGE, T. & SCHWOON, D.R.: Trinkmotive und Therapiemotivation. In: Suchtgefahren 1990, 36, S. 151-165.

HILPERT, H.: Die Krise der therapeutischen Gemeinschaft in Großbritannien. Der Nervenarzt 1976, 47, S. 460-463.

HIELSCHER, T.: Unsicherheit, Erwartungen und die Hypothese rationaler Erwartungen, Berlin 1998.

HIMMEL, W. & LIPPERT-URBANKE, E.: Medikament verordnet, Patient zufrieden? *Ergebnisse einer Befragung in zehn Allgemeinpraxen.* In: Zeitschrift für Allgemeine Medizin 1994, 70, S. 99-103.

HIMMEL, W. & KOCHEN, M.M.: Optimierung der Schizophreniebehandlung in der Allgemeinarztpraxis. *Schlussbericht*, Göttingen 2003.
URL:http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/Dateien/Schlussbericht_22121_ Goettingen_2003.pdf
[Stand: 21.09.2009]

HINRICHS, P.: Um die Seele des Arbeiters. *Arbeitspsychologie, Industrie- und Betriebssoziologie in Deutschland 1871-1945*, Köln 1981.

HINRICHS, P. & LOTHAR, P.: Industrieller Friede? *Arbeitswissenschaft, Rationalisierung und Arbeiterbewegung in der Weimarer Republik*, Köln 1976.

HINSHAW, A.S. & ATWOOD, J.R.: A Patient Satisfaction Instrument: *Precision by Replication.* In: Nursing Research 1982, 31, S. 170-175.

HINSHAW, A.S. et al.: The Use of Predicting Modelling to Test Nursing Practice Outcomes. In: Nursing Research 1983, 31, S. 35-45.

HINTERHUBER, H.H. / HANDLBAUER, G. & MATZLER, K.: Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen. *Eigene Potenziale erkennen, entwickeln, umsetzen.* 2. Aufl., München 2003.

HINZ, A.: Organisationsformen von Beratung. In: RAUSCH, A. / HINZ, A. & WAGNER, R.F. (Hrsg.), Modul Beratungspsychologie, Stuttgart 2008, S. 205-250.

HINZ, A. et al.: Zur psychometrischen Qualität des Lebensqualitätsfragebogens Nottingham Health Profile (NHP) in der Allgemeinbevölkerung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2003, 53, S. 353-358.

HINZ, G.: Institutionelle Aspekte der Psychosenbehandlung: *Das Konzept der „Psychothérapie Institutionelle" in Frankreich*, Stuttgart 1984.

HIPPLER, H.J.: Schriftliche Umfragen bei repräsentativen Bevölkerungsstichproben oder: *Wie erreicht man 78%?* In: KAASE, M. & KÜCHLER, M. (Hrsg.), Herausforderungen der empirischen Sozialforschung, Mannheim 1985, S. 71-74.

HIPPLER, H.J.: Methodische Aspekte schriftlicher Befragungen: *Probleme und Forschungsperspektiven.* In: planung & analyse 1988, 6, S. 244-248.

HIPPLER, H.J. & SEIDEL, K.: Schriftliche Befragung bei allgemeinen Bevölkerungsstichproben. *Untersuchungen zur Dillmanschen „Total Design Method".* In: ZUMA-Nachrichten 1985, 16, S. 39-56.

HIPPLER, H.-J. et al. : Der Einfluss numerischer Werte auf die Bedeutung verbaler Skalenpunkte. In: ZUMA-Nachrichten 1986, Nr. 28, S. 54-63.

HIRSCHBERGER, J.: Geschichte der Philosophie. Band I, Frankfurt/M. 2000a.

HIRSCHBERGER, J.: Geschichte der Philosophie. Band II, Frankfurt/M. 2000b.

HIRSCHMANN, A.O.: Engagement und Enttäuschung. *Über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl,* Frankfurt/M. 1984.

HITCHINGS, S. / ALLOTEY, J. & PITTROF, R.: Do sexual heath staff know what patients want from services? In: International Journal of STD & AIDS 2010, 21, S. 202-204.

HITZLER, R.: Den Gegen-Stand verstehen. *Zur Idee des Individuellen in der Sozialwissenschaft.* In: Soziale Welt 1982, 33, S. 136-156

HITZLER, R.: Existenzialer Skeptizismus. In: HECKMANN, F. & WINTER, P. (Hrsg.), 21. Deutscher Soziologentag in Bamberg 1982. *Beiträge der Sektions- und Ad hoc-Gruppen.* Opladen 1983, S. 803-805

HITZLER, R.: Existenzialer Skeptizismus. V*orschläge zu einem protosoziologischen Orientierungsrahmen.* In: Sociologia Internationalis 1984, 22, S. 197-215.

HITZLER, R.: Die Attitüde der künstlichen Dummheit. *Zum Verhältnis von Soziologie und Alltag.* In: Sozialwissenschaftliche Informationen 1986, 15, S. 53-59

HITZLER, R.: Dummheit als Methode. *Eine dramatologische Textinterpretation.* In: GARZ, D. & KRAIMER, K. (Hrsg.), Qualitativ-empirische Sozialforschung, Opladen 1991, S. 295-318

HITZLER, R.: Perspektivenwechsel. *Über künstliche Dummheit, Lebensweltanalyse und Allgemeine Soziologie.* In: Soziologie (Mitteilungsblatt der DGS) 1997, H. 4, S. 5-18

HITZLER, R.: Künstliche Dummheit. *Zur Differenz von alltäglichem und soziologischem Wissen.* In: FRANZ, H. et al. (Hrsg.), Wissensgesellschaft. *Transformationen im Verhältnis von Wissenschaft und Alltag.* Bielefeld (IWT-Paper 25) 2001, S. 157-169

HJORTDAHL, P. & LAERUM, E.: Continuity of care in general practice: *effect on patient satisfaction.* In: British Medical Journal 1992, 304, S. 1287-1290.

HJORTSJÖ, C.-H.: Man's Face and Mimic Language, Malmö 1969.

HOCHE, A.: Langeweile. In: Ders., Aus der Werkstatt, München 1935, S. 38-56.

HOCHMANN, J.: Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie, Frankfurt/M. 1971.

HOCHSCHILD, A.R.: Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. In: American Journal of Psychology 1979, 84, S. 551-575.

HOCHSCHILD, A.R.: Das gekaufte Herz. *Zur Kommerzialisierung der Gefühle*, Frankfurt/M. 1990.

HODGKINSON, L.: Smilie Therapy, London 1991.

HÖCK, K.: Gruppenpsychotherapieforschung, Leipzig 1982.

HÖFER, E. & STREICHER, H.-J.: Patientenaufklärung. *Untersuchungen zur Interaktion an chirurgischen Patienten.* In: Deutsch Medizinische Wochenschrift 1980, 105, S. 694-701.

HÖFFE, W.L.: Über Beziehungen von Sprachmelodie und Lautstärke. In: Phonetica 1960, 5, S. 129-159.

HÖGEMANN, B.: Konstruktion und Analyse eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit, unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Münster, Münster 1999.

HÖGER, D.: Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. *Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. In: GwG Zeitschrift 1995, 100, S. 47-54.

HÖGER, D.: Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten*. In: Psychotherapeut 1999, 3, S. 159-166.

HÖGER, D.: BFKE – *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen*. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 38-42.

HÖGER, D.: BIKEB – *Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen*. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 47-50.

HÖGER, D. & ECKERT, J.: Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). *Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session-Outcome" bei Psychotherapien*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1997, 26(2), S. 129-137.

HÖGER, D. & BUSCHKÄMPER, D.: Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. *Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen*. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 2002, 23, S. 83-98.

HOEHN-SARIC, R. et al.: Systematic preparation of patients for psychotherapy. *I. Effects on therapy behaviour and outcome*. In: Journal of Psychiatric Research 1964, 2, S. 267-281.

HÖHNER, J. & SCHAPER, C.: Vom Kundenfrust zur Kundenlust. *Mystery Research als Instrument zur Messung der Servicequalität am Point-of-Sale*. In: planung & analyse 2004, 31, S. 32-37.

HÖLD, R.: Zur Transkription von Audiodaten. In: BUBER, R. & HOLZMÜLLER, H.H. (Hrsg.), Qualitative Marktforschung. *Konzepte – Methoden – Analysen*, 2. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 655-665.

HÖLDERLIN, F.: Hyperion oder der Eremit in Griechenland, Stuttgart 1998.

HÖLDERLIN, F.: Die Zufriedenheit. In: Ders., Sämtliche Werke in 6 Bänden. Band 2, Stuttgart 1953, S. 284-286.

HÖLDKE, B. / O'CONNOR, A. & VOLLANS, E.: Die "Decision Conflict Skala" (DCS) – *ein standardisiertes Instrument zur Qualitätssicherung von Patientenentscheidungen*. In: Das Gesundheitswesen 2002, 64, A81.

HÖLLING, I.: Über die Unmöglichkeit der Psychiatrie-Betroffenen-Position. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001, S. 255-264.

HÖNER, L.: Zwischenmenschliche Beziehungen und Behandlungserfolg bei psychiatrischen Patienten. *Eine Befragung von Patienten und Personal*, Zürich 1984.

HÖLZER, M. et al.: Der Einfluss des Settings auf die therapeutische Verbalisierung von Affekten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1994, 44, S. 382-389.

HÖLZING, J.A.: Die Kano-Theorie der Kundenzufriedenheitsmessung. *Eine theoretische und empirische Überprüfung*, Mannheim 2007.

HÖRMANN, F.: Der Mystery Patient. *Werkzeug zur Evaluation und Optimierung der Dienstleistungsqualität.* In: Krankenhaus Umschau 2005, 74, S. 314-316.

HÖRMANN, H.: Theoretische Grundlagen der projektiven Verfahren. In: GROFFMANN, K.J. & MICHEL, L. (Hrsg.), Grundlagen psychologischer Diagnostik, Göttingen 1982, S. 173-247.

HOERMANN, S. et al.: Aufklärungsbedürfnisse chirurgischer Patienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2001, 51, S. 56-61.

HÖß, R.: Kommandant in Auschwitz: *Autobiographische Aufzeichnungen*, 8. Aufl., München 1981.

HOFF, R.A. et al.: Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at veterans affairs hospital. In: Psychiatric Services 1999, 50, S. 680-685.

HOFSTÄTTER, P.R.: Was man vom Psychologen erwartet. In: HARDESTY, F.P. & EYFERTH, K. (Hrsg.), Forderungen an die Psychologie, Bern 1963, S. 252-271.

HOFSTÄTTER, P.R.: Bedingungen der Zufriedenheit, Osnabrück 1986.

HOFMANN, H.: Die „psychothérapie institutionelle". *Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich*, Frankfurt/M.1983.

HOFMANN, H.: Beiträge »institutioneller Psychotherapie« zur Gemeindepsychiatrie. In: KRISOR,M. (Hrsg.), Gemeindepsychiatrisches Gespräch, Erlangen 1989, S. 47-52.

HOFMANN, H.: Das Krankenhaus als therapeutische Institution. In: WERNER, W. (Hrsg.), Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. *Psychiatrie im sozialen Kontext*, Hamburg 2003, S. 4-22.

HOFMANN, H. & LEDOUX, M.: Psychotherapie in der Institution – *Anregungen aus der „psychotherapie institutionelle"*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1982, 12, S. 82-89.

HOFF, P.: Das Subjekt als Objekt – historische Betrachtungen aus aktuellem Anlass. In: BOCK, T. / DÖRNER, K. & NABER, D. (Hrsg.), Anstöße – *Zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Bonn 2004, S. 111-121.

HOFFMANN, H.: Problemkreis Patient und Krankenhaus aus der Sicht des Arztes. In: Krankenhaus Umschau 1991, 5, S. 393-400.

HOFFMANN, K. & PRIEBE, S.: Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – *Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs"*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1996, 64, S. 473-481.

HOFFMANN, K. et al.: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertungen langzeithospitalisierter Patienten. *Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie.* In: Psychiatrische Praxis 1997, 24, S. 221-226.

HOFFMANN, K.-M.: Der Patient, das (un-)bekannte Wesen – *Die subjektive Sicht der Nutzer*. In: Psychiatrische Praxis 2004, 31, Supplement 2, S. 262-268.

HOFFMANN, E.T.A.: Die Abenteuer der Silvester-Nacht. In: Ders., Nachtstücke. *Fantasiestücke in Callots Manier*, Darmstadt 1979, S. 256-283.

HOFFMANN, J.A.: Zwei Bücher von der Zufriedenheit nach Anleitung der Vernunft- und Glaubensgründe verfasst, Frankfurt/M. 1972.

HOFFMANN, K.-M.: Der Patient, das (un-)bekannte Wesen – *Die subjektive Sicht der Nutzer*. In: Psychiatrische Praxis 2004, 31, S. 263-268.

HOFFMANN, S.O. & HOCHAPFEL, G.: Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, 4. erw. Aufl., Stuttgart 1991.

HOFFMANN, W. / DSCHIETZIG, W. & HANDREG, W.: Standardisierte anonyme Patientenbefragungen im Bereich der stationären medizinischen Betreuung in allen Einrichtungen eines Bezirkes als Leistungsinstrument im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und Grenzgebiete 1984, 30(7), S. 365-371.

HOFFMANN-RICHTER, U.: Psychiatrie in der Zeitung. *Urteile und Vorurte*ile, Bonn 2000.

HOFFMANN-RIEM, C.: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – *der Datengewinn*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1989, 32, S. 339-372.

HOGARTH, W.: Die Analyse der Schönheit, Dresden 1995.

HOHMANN, P.M.: Kontrolle und Zufriedenheit in Beziehungen. *Zur Struktur und Bedeutung subjektiver Kontrolle in der Partnerschaft*, Münster 1988.

HOLCOMB, W.R. et al.: The development and construct validation of a consumer satisfaction questionnaire for psychiatric inpatients. In: Evaluation and Program Planning 1989, 12, S. 189-194.

HOLCOMB, W.R. et al.: Outcomes of inpatients treated on a psychiatric unit and a substance abuse treatment unit. In: Psychiatric Services 1997, 48, S. 699-704.

HOLCOMB, W.R. et al.: Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. In: Psychiatric Services 1998, 49, S. 929-934.

HOLBROOK, M.B.: Situation-Specific Ideal Points and Usage of Multiple Dissimilar Brands. In: Research in Marketing 1984, 7, S. 93-112.

HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F.: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. *Eine sozialpsychiatrische Untersuchung*, Frankfurt/M. 1975.

HOLLMANN, S. et al.: Qualitätssicherung durch Rückmeldung. *Erfahrungen mit dem Ansatz des Partizipativen Produktivitätsmanagements (PPM)*. In: Psychiatrische Pflege 2001, 7, S. 214-218.

HOLM, K.: Die Mitarbeiterbefragung, Hamburg 1982.

HOLM-HADULLA, R.M.: Die therapeutische Beziehung. In: Psychotherapeut 2000, 45, S. 124-136.

HOLZKAMP, K.: Grundlagen der Psychologie, Frankfurt/M. 1985.

HOLZKAMP, K.: Lernen. *Subjektwissenschaftliche Grundlegung*, Frankfurt/M. 1993.

HOLZKAMP, K.: Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept. In: Das Argument 1995, 212, S. 817-846.

HOLZWARTH, H.P.: Permanente Patientenbefragung im Krankenhaus Bietigheim. In: Das Krankenhaus 1979, 71, H.9, S. 343-344.

HOMANS, G.C.: Elementarformen sozialen Verhaltens, Köln und Opladen 1968.

HOMBURG, C.: Baldrige Award. *Die Botschaften der Sieger*. In: Absatzwirtschaft 1994, 37, S. 102-108.

HOMBURG, C.: Optimierung der Kundenzufriedenheit durch Total Quality Management. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 233-244.

HOMBURG, C. & RUDOLPH, B: Wie zufrieden sind Ihre Kunden tatsächlich? *Kundenzufriedenheit richtig messen und managen – kein Buch mit sieben Siegeln*. In: Harvard Manager 1995, 17, S. 43-50.

HOMBURG, C. & WERNER, H.: Ein Meßsystem für Kundenzufriedenheit. In: Absatzwirtschaft 1996, 38, S. 92-100.

HOMBURG, C. & RUDOLPH, B: Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: HOMBURG, C. & SIMON, H. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 31-51.

HOMBURG, C. & WERNER, H.: Messung und Management von Kundenzufriedenheit. In: Marktforschung & Management 1998, 20, S. 131-135.

HOMBURG, C. / GIERING, A. & HENTSCHEL, F.: Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Die Betriebswirtschaft 1999, 59, S. 174-195.

HOMBURG, C. & KEBBEL, P.: Involvement als Determinante der Qualitätswahrnehmung von Dienstleistungen. In: Die Betriebswirtschaft 2000a, 61, S. 42-59.

HOMBURG, C. & KEBBEL, P.: Komplexität als Determinante der Qualitätswahrnehmung von Dienstleistungen. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2000b, 53, S. 478-499.

HOMBURG, C. & GIERING, A.: *Kundenzufriedenheit: Ein Garant für Kundenloyalität?* In: Absatzwirtschaft 2000, 43, S. 82-91.

HOMBURG, C. & STOCK, R.: Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. *Bestandsaufnahme und Entwicklung eines theoretischen Untersuchungsrahmens*. In: Die Unternehmung 2001a, 55, S. 377-400.

HOMBURG, C. & STOCK, R.: Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit – *Eine dyadische Analyse*. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2001b, 71, S. 789-806.

HOMBURG, C. / FASSNACHT, M. & WERNER, H.: Operationalisierung von Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: BRUHN, M. (Hrsg.), Handbuch Kundenbindungsmanagement. *Strategien und Instrumente für den erfolgreichen CRM*, 4. Aufl., Wiesbaden 2003, S. 553-575.

HOMBURG, C. / SIEBEN, F. & STOCK, R.: Einflussgrößen des Kundenrückgewinnungserfolgs. *Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde im Dienstleistungsbereich.* In: Marketing ZFP 2004, 26, S. 25-41.

HOMBURG, C. & KOSCHATE, N.: Wie reagieren Kunden auf Preiserhöhungen*? Eine Untersuchung zur Rolle von wahrgenommener Fairness des Preisanstieges und Kundenzufriedenheit.* In: Marketing ZFP 2004, 26, S. 316-329.

HOMBURG, C. & STOCK-HOMBURG, R.: Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 17-51.

HOMBURG, C. & BUCERIUS, M.: Kundenzufriedenheit als Managementaufgabe. In: HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 53-89.

HOMBURG, C. & KLARMANN, M.: Die indirekte Wichtigkeitsbestimmung im Rahmen von Kundenzufriedenheitsuntersuchungen: *Probleme und Lösungsansätze.* In: HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 225-260.

HOMBURG, C. / BECKER, A. & HENTSCHEL, F.: Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: BRUHN, M. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Handbuch Kundenbindungsmanagement. *Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM,* 6. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 103-134.

HONER, A.: Das explorative Interview. *Zur Rekonstruktion der Relevanzen von Expertinnen und anderen Leuten.* In: Schweizerische Zeitung für Soziologie 1994, 20, S. 623-640.

HONERMANN, H.: Selbstorganisation in psychotherapeutischen Veränderungsprozessen. *Eine kombinierte Prozess-Outcome-Studie im Kontext stationärer Psychotherapie*, Münster 2001.

HONNETH, A.: Integrität und Mißachtung. *Grundmotive einer Moral der Anerkennung.* In: Merkur 1990, 44, S. 1043-1054.

HONNETH, A.: Kampf um Anerkennung. *Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*, Frankfurt/M. 1992.

HONNETH, A.: Die soziale Dynamik von Mißachtung. *Zur Ortsbestimmung einer kritischen Gesellschaftstheorie.* In: Leviathan 1994, 22, S. 78-93.

HONNETH, A.: Verdinglichung. *Eine anerkennungstheoretische Studie*, Frankfurt/M. 2005.

HOOPMANN, M. et al.: Therapiewechsel und Patientenzufriedenheit. *Eine Untersuchung über die Einschätzung niedersächsischer Hausärzte zu den Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetztes.* In: HAASE, I. / DIERKS, M.L. & SCHWARTZ, F.W., Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. *Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens*, Stankt Augustin 1995, S. 135-144.

HOPE, R et al.: Determinants of Outpatients Satisfaction with Therapists. In: Journal of Psychotherapy Practice and Research 1995, 4, S. 43-51.

HOPF, C.: Die Pseudo-Exploration – *Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung*. In: Zeitschrift für Soziologie 1978, 7, S. 97-115.

HOPF, C.: Norm und Interpretation. In: Zeitschrift für Soziologie 1982, 11, S. 309-327.

HOPF, C.: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. *Ein Überblick*. In: FLICK, U. et al. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung. *Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen,* 2. Aufl., Weinheim 1995, S. 177-185.

HOPF, C.: Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In: STROBL, R. & BÖTTGER, A. (Hrsg.) Wahre Geschichten? *Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*, Baden-Baden 1996, S. 9-22.

HOPKINSON, J.B. & HALLETT, C.E.: Patients' perceptions of hospice day care: *a phenomenological study*. In: International Journal of Nursing Studies 2001, 38, S. 117-125.

HOPP, F.-P.: Qualitätscontrolling im Krankenhaus. *Die Gewinnung von Qualitätsindikatoren durch Befragungen zur Patientenzufriedenheit*, Bayreuth 2000.

HOPP, F.-P.: Patientenbefragung: Zufriedenheit ist relativ. *Unterschiede müssen neutralisiert werden*. In: Krankenhausumschau 2002, 8, S. 631-634.

HORAZ: Sämtliche Werke, Stuttgart 2006.

HORE, B.: Life events and alcoholic relapse. In: British Journal of Addiction 1971a, 66, S. 83-88.

HORE, B.D.: Factors in alcoholic relapse. In: British Journal of Addiction 1971b, 66, S. 89-96.

HORENSTEIN, D. & HOUSTON, B.K.: The Expectation-Reality Discrepancy and Premature Termination from Psychotherapy. In: Journal of Clinical Psychology 1976, 32, S. 373-378.

HORKHEIMER, M. (Hrsg.): Studien über Autorität und Familie, Paris 1936.

HORKHEIMER, M.: Zur Kritik der instrumentellen Vernunft, Frankfurt/M. 1974.

HORMUTH, S. E. & LALLI, M.: Eine Skala zur Erfassung der bereichsspezifischen Selbstzufriedenheit. In: Diagnostica 1988, 34, S. 148-166.

HORN, K.: Psychiatrie und Subjektivierung. In: STROTZKA, H.: Soziologie als Therapie. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 52-65.

HORNEFFER, E.: Der Weg zur Arbeitsfreude, Berlin 1928.

HORNEY, K.: Neurose und menschliches Wachstum. *Das Ringen um Selbstverwirklichung*, 3. Aufl., Frankfurt/M. 1988.

HORNTHAL, S. & AMELANG, M.: Wer nicht höflich ist, muss zahlen. In: Psychologie heute 1978, H. 3, S. 29-32.

HORNTRICH, J.: Der kranke Mensch: Patient oder Kunde?. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2002, H.2, S. 52-57.

HORNUNG, W.: Psychoeduktion und Psychopharmakotherapie. *Zur Kooperation schizophrener Patienten*, Stuttgart 1998.

HORVARTH, A. & GREENBERG, L.S.: The development of a Working Alliance Inventory. In: GREENBERG, L.S. & PINSOF, W.M. (Hrsg.), The psychotherapeutic process: *a research handbook,* New York 1986, S. 527-556.

HORVARTH, A. & GREENBERG, L.S.: The development and validation of the Working Alliance Inventory. In: Journal of Counselling Psychology 1989, 36, S. 223-233.

HORVATH, A. & SYMONDS, B.D.: Relationship between working alliance and treatment outcome in psychotherapy: *a meta-analysis*. In: Journal of Counselling and Clinical Psychotherapy 1991, 61, S. 561-573.

HORVATH, A. & LUBORSKY, L.: The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. In: Journal of Counselling and Clinical Psychotherapy 1993, 61(4), S. 561-573.

HOSSENFELDER, M.: Philosophie als Lehre vom glücklichen Leben. *Antiker und neuzeitlicher Glücksbegriff*. In: BELLEBAUM, A. (Hrsg.), Glück und Zufriedenheit. *Ein Symposion*, Opladen 1992, S. 13-31.

HOSSENFELDER, M.: Die Rolle des Glücksbegriffs in der Moralphilosophie. *Das Vorbild der Antike*. In: SCHIMMER, J. (Hrsg.), Glück und Ethik, Würzburg 1998, S. 169-187.

HOSSER, D. & BECKURTS, D.: Empathie und Delinquenz. Forschungsbericht Nr. 96, Hannover 2005.

HOSSINGER, H.-P.: Pretests in der Marktforschung. *Die Validität von Pretestverfahren der Marktforschung unter besonderer Berücksichtigung der Tachistoskopie*, Würzburg 1982.

HOUSE, J.S. & KAHN, R.L.: Measures and concepts of social support. In: COHEN, S. & SYME, S.L. (Hrsg.), Social support and health, Orlando 1985, S. 83-108.

HOYE, W.J.: Die Bedrohung der Zufriedenheit. *Zur Frage nach dem Glück*. In: ANGENENDT, A. & VORGRIMLER, H. (Hrsg.), Sie wandern von Kraft zu Kraft. *Aufbrüche – Wege Begegnungen*, Berlin 1993, S. 341-353.

HOYER, J.: Kognitive Konflikte bei Alkoholpatienten und Abstinenten Alkoholikern. In: Sucht 1995, 41, S. 252-264.

HOYER, J.: Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit: *Konstrukt und erste Ergebnisse zu seiner Erfassung,* Frankfurt/M. 1996.

HOYER, J.: Der Fragebogen zur Dysfunktionalen und Funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS): *Theoretisches Konzept und Befunde zur Reliabilität und Validität*. In: Diagnostica 2000a, 46, S. 140-148.

HOYER, J.: Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit, Heidelberg 2000b.

HOYER, J.: Der Fragebogen zur dysfunktionalen und funktionalen Selbstaufmerksamkeit (DFS). In: GLÖCKNER-RIST, A. / RIST, F. & KÜFNER, H. (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 3.00. Mannheim 2003a.

HOYER, J.: Stadien der Veränderung: *Modell, Anwendungsmöglichkeit und Perspektiven im Suchtbereich.* In: Suchttherapie 2003, 4, S. 140-145.

HOYER, J. & KLEIN, A.: Self-refection and well-being: *Is there a healthy amount of introspection?* In: Psychological Reports 2000a 86, S. 135-141.

HOYER, J. & BECKER, E.S.: Verhaltenstherapie des Sich-Sorgens und Grübelns. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2000b 32, S. 213-222.

HOYER, J. / HEIDENREICH, T. & FECHT, J.: Selbstaufmerksamkeit und ihre Veränderung bei stationären Alkoholpatienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 2000, S. 105-117.

HOYER, J. & KUNST, H.: Selbstaufmerksamkeit und «Selbst-Kenntnis» im SAM-Fragebogen. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 2001, 22, S. 111-117.

HOYER, J. / JACOBI, F. & LEIBING, E.: Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In: LEIBING, E. / HILLER, W. & SUTZ, S.K.D. (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, München 2003, Bd.3, S. 85-102.

HRABAL, V.: Erwartungen der Patienten an die Arzt-Patient-Beziehung und Zufriedenheit mit den Ärzten unter dem Gesichtspunkt ihrer Krankheitstheorien und des Krankheitsverhaltens vor Inanspruchnahme des Systems, Ulm 2003.

HRABAL, V. & ZENZ, H.: Behandlungswünsche und Therapieerwartungen der Patienten. In: BRÄHLER, E. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.), Psychologie und Soziologie in der Medizin, Gießen 1996, S. 75-76.

HRABAL, V. / SCHÜPPEL, R. & ZENZ, H.: Krankheitsverhalten und Arzt-Patient-Beziehungserwartungen bei Medizinstudenten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2000, 50, S. 301-307.

HRIBEK, G.: Messung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung. *Entwicklung multiattributiver Messinstrumente für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen,* Passau 1999.

HRIBEK, G. & SCHMALEN, H.: Konzeptualisierung und Operationalisierung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung. *Entwicklung multiattributiver Messinstrumente für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen.* In: Marketing 2000, H.3, S. 208-226.

HSER, Y.I. et al.: Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. In: Psychiatric Services 2004, 55, S. 767-774.

HSU, L.K.G. / RIDLEY, C. & HINDE, R.: How psychiatric patients view their own treatment: *a study of 50 day hospital patients.* In: International Journal of Social Psychiatry 1983, 29, S. 60-64.

HUBER, D.: Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. *Eine prospektive Feldstudie.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2003, 32, S. 85-93.

HUBER, J. et al.: Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie. *Eine methodologische Pilotstudie.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2008, 41, S. 124-131.

HUBER, S.: Zum psychologischen Konstrukt der „Zufriedenheit". *Messansätze und Modellanalysen*, Inaugural-Diss., Universität Mannheim 1983.

HÜBNER, E. & HÜBNER, F.-P.: Zur sozialen Qualität der medizinischen Betreuung im Krankenhaus: *eine Analyse anhand von Patientenmeinungen unter besonderer Berücksichtigung sozialer Bedürfnisse*, Berlin 1976 (DDR).

HUDETZ, K. & DUSCHA, A.: Reaktionen auf Kundenanfragen per E-Mail. *Eine zentrale Aufgabe für Handlungsunternehmen.* In: Der Betriebswirt 2007, H. 4, S. 18-25.

HUDLER, T. et al.: Die drei Dimensionen der Patientenzufriedenheit. In: Managend Care 2000, 7, S. 33-36.

HÜNTING, W. & GRANDJEAN, E.: Sitzverhalten und subjektives Wohlbefinden auf schwenkbaren und fixierten Formsitzen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1976, 30, S. 161-164.

HÜPPE, M. et al.: Beurteilung der perioperativen Periode durch den Patienten. In: Anaesthesist 2000, 49, S. 613-623.

HÜTTNER, H.: Patientenzufriedenheit und Krankenschwester. In: HÜTTNER, H. et al. (Hrsg.), Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit.* 2. Aufl., Berlin 1982, S. 30-52.

HÜTTNER, H. et al.(Hrsg.): Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit.* 2. Aufl., Berlin 1982.

HUF, A.: Psychotherapeutische Wirkfaktoren, Weinheim 1992.

HUFELAND, C.W.: Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern. Frankfurt/. 1995.

HUGHES, A.: Schulung von Psychiatriebetroffenen. In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, S. 368-377.

HUGO, V.: Der lachende Mann, Berlin 1925.

HUI, M.K. / DUBÉ, L. & CHEBAT, J.C.: The impact of music on consumers' reactions to waiting services. In: Journal of Retailing 1997, 73, S. 87-104.

HULL, C.H. / NIE, N.H.: SPSS 9.0. Statistikprogramm – System für die Sozialwissenschaft, Stuttgart/New York 1983.

HULL, J.G.: The self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. In: Journal of Abnormal Psychology 1981, 90, S. 586-600.

HULL, J.G. et al.: Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. In: Journal of Personality and Social Psychology 1983, 44, S. 461-473.

HULL, J.G. & YOUNG, R.D.: Self-consciousness, self-esteem, and success-failure as determinants of alcohol consumption. In: Journal of Personality and Social Psychology 1983, 44, S. 1097-1109.

HULL, J.G. / YOUNG, R.D. & JOURILES, E.: Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: *Predicting patterns of use and abuse*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1986, 47, S. 790-796

HULL, J.M.: Im Dunkeln Sehen. *Erfahrungen eines Blinden*, München 1992.

HULKA, B.S. et al.: Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. In: Medical Care 1970, 8, S. 429-436.

HULKA, B.S. et al.: Satisfaction with medical care in a low income population. In: Journal of Chronic Diseases 1971, 24, S. 661-673.

HULKA, B.S. et al.: Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: *A Community Perspective*. In: Medical Care 1975, 13, S. 648-656.

HUNGER, H.G. & GARZINSKY, B.: Patientenbefragung im Kreiskrankenhauses Greiz. In: ALBRECHT, D.M. & TÖPFER, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagegemt im Krankenhaus. *15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken*, Berlin 2006a, S. 202-218.

HUNGER, H.G. & GARZINSKY, B.: Befragung der Einweiser des Kreiskrankenhauses Greiz. In: ALBRECHT, D.M. & TÖPFER, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagegement im Krankenhaus. *15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken*, Berlin 2006b, S. 225-233.

HUNSLEY, J. et al.: Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. In: Psychotherapy 1999, 36, S. 380-388.

HUNSTEIN, D.: Messung der Patientenzufriedenheit. *Konzept der Zufriedenheit zur Evaluation von Kundenorientierung und Versorgungsqualität wird häufig überschätzt*. In: Balk-Info, H.38, 1999, S. 34-36.

HUNZINGER, H.: Untersuchung über Erfahrungen ehemaliger psychiatrischer Patienten vor, während und nach einem Aufenthalt in der Universitäts-Nervenklinik Freiburg: *wie sehen die Betroffenen ihre Umgebung. Eine Pilotstudie*, Freiburg 1985.

HUPPERTZ, J.W.: Measuring components of equity in the marketplace: *perceptions of inputs and outcomes by satisfied and dissatisfied customers*. In: DAY, R.L. & HUNT, H.K (Hrsg.), New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour, Bloomington 1979, S. 140-143.

HUPPMANN, G.: Milieuschäden intramural untergebrachter Geisteskranker: *eine historiographisch-medizinpsychologische Studie zum "Anstaltssyndrom"*. In: HUPPMANN, G.& LIPPS, B. (Hrsg.), Prolegomena einer medizinischen Psychologie der Hoffnung, Würzburg 2006.

HUPPMANN, G. & HOFFMANN, V.: Zur historischen Entwicklung der Medizinischen Psychologie in Deutschland. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1977, 3, S. 145-168.

HURRELMANN, K.: Das Modell des produktiv realtitätenverarbeitenden Subjekts in der Sozialisationsforschung. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 1983, 3, S. 91-103.

HURRELMANN, K. & LASSER, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch *für Lehre, Forschung und Praxis*, Weinheim 1993.

HURTH, E.: Mythos Arzt? 2. Aufl., Driesen 2008.

HUSSERL, E.: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. *Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, Husserliana Band III, Den Haag 1950.

HUSSERL, E.: Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie, Hamburg 1977.

HUSSERL, E.: Arbeiten an den Phänomenen. *Ausgewählte Schriften,* Frankfurt/M. 1993.

HUSTON, J.L. & BURTON, D.C.: Patient satisfaction with multispeciality interactive teleconsultations. In: Journal of Telemedicine and Telecare 1997, 3, S. 205-208.

HUTTER, H.P. et al.: Determinanten der Zufriedenheit von Patienten mit der Betreuung durch die Umweltmedizinische Beratungsstelle der Stadt Wien. In: Gesundheitswesen 2001, 63, S. 238-241.

HUTZELL, R.R. & PETERSON, T.J.: Use of the Life Purpose Questionnaire with an Alcoholic Population. In: Substance Use & Misuse 1986, 21, S. 51-57.

HUXLEY, A.: Eiland, 3. Aufl., München 1984.

HUXLEY, A.: Die Pforten der Wahrnehmung. *Himmel und Hölle. Erfahrungen mit Drogen*, 16. Aufl., München 1994.

HUXLEY, A.: Schöne neue Welt. *Ein Roman der Zukunft*, 59. Aufl., Frankfurt/M. 2001.

HUXLEY, P. & MOHAMAD, H.: The development of a general satisfaction questionnaire for use in program evaluation. In: Social Work & Social Sciences Review 1991, 3, S. 63-74.

HUXLEY, P. & WARNER, R.: Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. In: Hospital and Community Psychiatry 1992, 43, S. 799-802.

HYDE, R. W. & SOLOMON, H.D.: Patient Government: *a new form of group therapy*. In: Digest of Neurologie and Psychiatry 1950, 18, S. 207-218.

HYRKÄS, K. / PAUNONEN, M. & LAIPPALA, P.: Patient satisfaction and research-related problems (Part 1). *Problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis.* In: Journal of Nursing Management 2000, 8, S. 227-236.

HYRKÄS, K. & PAUNONEN, M.: Patient satisfaction and research-related probelms (Part 2). *Is triangulation the answer?* In: Journal of Nursing Management 2000, 8, S. 237-245.

IAFFALDANO, M.T. & MUSCHINSKY, P.M.: Job satisfaction and job performance, a meta-analysis. In: Psychological Bulletin 1985, 97, S. 251-273.

IDING, H.: Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. *Qualitative Fallenstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus*, Opladen 2000.

IDING, H.: Macht in der Organisationsberatung. *Eine qualitative Fallstudie in einem ostdeutschen Krankenhaus.* In: Organisationsberatung, Supervison, Coaching 2001, 8, S. 7-24.

IDING, H.: Beratung im Krankenhaus – Macht meint Strukturen in Organisationen. In: SAAKE, I. & VOGD, W. (Hrsg.), Moderne Mythen der Medizin. *Studien zur organisierten Krankenbehandlung,* Wiesbaden 2008.

IGERSKY, S. & SCHMACKE, N.: Und wo bleiben die Patienten...? *Eine Analyse von Arzt- und Krankenhausserien im deutschen Fernsehen.* In: JAZBINSEK, D. (Hrsg.), Gesundheitskommunikation, Wiesbaden 2000, S. 129-147.

IGERSKY,S. & SCHMACKE, N.: Dr. Brinkmanns Erben. In: Psychologie heute 2001, 2, S. 60-63.

IMBER, S. et al.: Social class and duration of psychotherapy. In: Journal of Clinical Psychology 1955, 11, S. 281-284.

IMBRE, P. & WOLF, S.: Attitudes of patients and personnel toward mental hospitals. In: Journal of Clinical Psychology 1962, 28, S. 232-234.

INFRATEST: Gesundheitsforschung. *Das Arztbild in der Öffentlichkeit*, München 1978.

INFRATEST: Das Arztbild in der Bevölkerung. *Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*, München 1979.

INMAN, J.J. / DYER, J.S. & JIA, J.: A Generalized Model of Disappointment and Regret Effects on Post-choice Valuation. In: Marketing Science 1997, 16, S. 97-111.

INMAN, J.J. & ZEELENBERG, M.: „Wow, I Could've Had a V8!": *The Role of Regret in Consumer Choice*, Tilburg 1998.

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT (INFAS): Zur Humanität im Krankenhaus. *Endbericht*, Bonn und Bad Godesberg 1980a.

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT (INFAS): Zur Humanität im Krankenhaus. *Materialband Anhang 1. Dimensionen der Humanität im Krankenhaus. Ein theoretischer Ansatz*, Bonn und Bad Godesberg 1980b.

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT (INFAS): Zur Humanität im Krankenhaus. *Materialband Anhang 2. Fallstudien*, Bonn und Bad Godesberg 1980c.

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT (INFAS): Zur Humanität im Krankenhaus. *Materialband Anhang 3. Tabellenanhang zu den Repräsentativerhebungen*, Bonn / Bad Godesberg 1980d.

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE IN ALLENSBACH: Das Image des deutschen Krankenhauses, Allensbach 1970.

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE IN ALLENSBACH: Krankenhaus und Zeitgeist. *Meinungen und Erfahrungen in vergleichender demoskopischer Analyse 1970-1978*, Allensbach 1978.

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE IN ALLENSBACH: Menschen im Krankenhaus. *Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern über drei Jahrzehnte*, Allensbach 1988.

ILLHARDT, F.J.: Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkung auf die therapeutische Beziehung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1995, 8, S. 9-16.

ILLICH, I.: Die Nemesis der Medizin. *Von den Grenzen des Gesundheitswesens,* Reinbek 1981.

ILLICH, I.: Entmündigende Expertenherrschaft. In: Ders. et al. (Hrsg.), Entmündigung durch Experten. *Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*, Reibek 1979, S. 7-35.

ILLICH, I.: Gesundheit in eigener Verantwortung, Danke, nein. Universitas 5 (1991), S. 490-496.

INGELHART, R.: Lebensqualität: *Eine Generationenfrage.* In: Psychologie heute 1979, 9, S. 24-29.

INGRAM, R.E.: Self-focused attention in clinical disorders: *Review and a conceptual model.* In: Psychological Bulletin 1990, 107, S. 156-176.

INNERKOFLER, A.: Das unzufriedene Christkind: *Ein Weihnachtsspiel*, Salzburg 1929.

INNES, A. (Hrsg.): Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. *Anwendung und Erfahrung mit Kidwoods personenzentriertem Ansatz*, Bern 2004.

IONESCO, E.: Die Nashörner. *Schauspiel in drei Akten*, 24. Aufl., Frankfurt/M. 2009.

IONESCO, E.: Die Stühle / Der neue Mieter, Stuttgart 2001.

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE: Zur Reform der Krankenversicherung. *Gutachten über die Einstellung der Bevölkerung*, Allenbach am Bodensee 1958.

INUI, T.S. et al.: Outcome-based doctor-patient interaction analysis: *I Comparison of techniques.* In: Medical Care 1982, 20, S. 535-549.

IPSEN, D.: Das Konstrukt Zufriedenheit. In: Soziale Welt 1978, 29, S. 44-53.

ISEN, A.M.: Success, Failure, Attention, and Reaction to Others: *The Warm Glow of Success.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1970, 15, S. 294-301.

ISEN, A.M. & LEVIN, P.F.: Effect of Feeling Good on Helping: *Cookies and Kindness.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1972, 21, S. 384-388.

ISEN, A.M. / HORN, N. & ROSENHAN, D.L.: Effects of success and failure on children's generosity. In: Journal of Personality and Social Psychology 1973, 27, S. 239-247.

ISEN, A.M. / CLARK, M. & SCHWARTZ, M.F.: Duration of the effect of good mood on helping: *»Footprints on the sands of time«.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1976, 34, S. 385-393.

ISEN, A.M. et al.: Affect, accessibility of material in memory and behaviour: *A cognitive loop?* In: Journal of Personality and Social Psychology 1978, 36, S. 1-12.

ISEN, A.M. / DAUBMAN, K.A. & NOWICKI, G.P.: Positive affect facilitates creative problem solving. In: Journal of Personality and Social Psychology 1987, 52, S. 1122-1131.

ISEN, A.M. / ROSENZWEIG, A.S. & YOUNG, M.J.: The influence of positive affect on clinical problem solving. In: Medical Decision Making 1991, 11, S. 221-227.

ISFORT, J. / FLOER, B. & BUTZLAFF, M.: »Shared Decision Making« – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2004. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2004, S. 88-100.

ISFORT, J. / REDAÈLLI,M. & BUTZLAFF, M.: Die Entwicklung der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007, S. 76-94.

ISHIKAWA, H. et al.: Physician–patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. In: Social Science & Medicine 2002, 55, S. 301-311.

ISRAEL, J.: Der Begriff Entfremdung. *Makrosoziologische Untersuchung von Marx bis zur Soziologie der Gegenwart*, Reinbek 1972.

IZARD, C.D.: Die Emotion des Menschen. *Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*, Weinheim und Basel 1981.

IZUMI, K.: Psychological phenomena and building design. In: Building Research, the Journal of the Building Research Institute 1965, 2, S. 9-11.

IZUMI, K.: Perceptual Factors in the Design of Environments for Mentally Ill. In: Hospital & Community Psychiatry 1976, 11, S. 802-806.

JACK, M.: FERMES – Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, Göttingen 2007.

JACKE, C.O.: Evaluation der Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Untersuchung und Behandlung unter psychosozialen Gesichtspunkten. *Eine empirische Studie für das Qualitätsmanagement der Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Erlangen,* Aachen 2005.

JACKSON, J.: Hospital Description Questionnaire Eugene, Oregon 1960.

JACKSON, J.: Toward a comparative study of mental hospitals: *characteristics of the treatment environment Reprinted.* In: WESSEN, A.F. (Hrsg.), The psychiatric hospital as a social system, Springfield 1964.

JACKSON, J.: Factors of the treatment environment. In: Archives of General Psychiatry 1969, 21, S. 39-45.

JACKSON, L. / CHAMBERLIN, J. & KROENKE, K.: Predictors of patient satisfaction. In: Social Science and Medicine 2001, 52, S. 609-620.

JACOB, G.: Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation. *Eine Studie zur Konstruktvalidität*, Regensburg 2002.

JACOB, G. & BENGEL, J.: Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: *Eine kritische Bestandsaufnahme.* Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 48, 2000, S. 280-301.

JACOB, G. & BENGEL, J.: Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: *Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit*. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2002, 23, S. 401-418.

JACOB, G. & BENGEL, J.: Die Perspektive der Patienten. In: HÄRTER, M. et al. (Hrsg.), Qualitätsmangement in der Psychotherapie. *Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen 2003, S. 119-132.

JACOB, T. / FEIRING, C. & ANDERSON, C.: Factor analysis of data on the Barrett-Lennard-Relationship Inventory form married couples. In: Psychological Reports 1980, 47 (2), S. 619-626.

JACOBS, D. et al.: Preparation for treatment of the disadvantaged patient: *Effects on disposition and outcome*. In: American Journal of Orthopsychiatry 1972, 42, S. 666-674.

JACOBSON, F.N.: The voice of the patients: *an early report*. In: Mental Hygiene 1956, 40 (4), S. 551-554.

JADOW, W.A. / ROSCHIN, W.P. & SDRAWOMYSLOW, A.G.: Faktoren, die die allgemeine Arbeitszufriedenheit bedingen. In: FÜRSTENBERG, F. (Hrsg.), Industriesoziologie II. *Die Entwicklung der Arbeits- und Betriebssoziologie seit dem Zweiten Weltkrieg*, Neuwied 1974, S. 63-86.

JÄCKEL, M.: Einführung in die Konsumsoziologie. *Fragestellungen – Kontroversen – Beispieltexte*, Wiesbaden 2004.

JÄCKEL, M.: The Paradox of Choice. *Konsumentenentscheidungen auf ambivalenten Märkten*. In: Ders. (Hrsg.), Ambivalenzen des Konsums und der werblichen Kommunikation, Wiesbaden 2007, S. 161-186.

JÄCKEL, M.: „daß dieses Alles nicht alles ist." *Über den Zusammenhang von Werbung, Konsum und Zufriedenheit*. In: THOMAS, T. (Hrsg.), Medienkultur und soziales Handeln, Wiesbaden 2008, S. 239-257.

JAECKEL, M. & WIESNER, S.: Studien zur »unsichtbaren Schranke« bei psychisch Kranken. In: Sozialpsychiatrie 1967, 2, S. 100-106.

JAECKEL, M. & WIESNER, S.: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit, Stuttgart 1970.

JÄHRING, C. & KOCH, U.: Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses – *Eine empirische Untersuchung*. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 36-57.

JAEGER, H. & BOVELET, J. (Hrsg.): Krankenhaus ohne Angst. *Befürchtungen, Bedürfnisse und Wünsche von (zukünftigen) Patienten, Angehörigen und Besuchern. Eine Studie von Vivantes in Zusammenarbeit mit Sinus Sociovision,* Berlin 2007.

JÄGER, M. & MAIWALD, M.P.: Aufklärung chirurgischer Patienten. In: Psychosozial 1981, 4, S. 23-26.

JÄGER, R.: Konstruktion einer Ratingskala mit Smilies als symbolische Marken. In: Diagnostica 2004, 50, S. 31-38.

JAENSCH, E.R.: Grundformen menschlichen Seins, Berlin 1929.

JAHNKE, I. / FRIEDRICH, H-J. & HÜPPE, M.: Die Lübecker Fragebogen-Doppelkarte zur Erfassung der Patientenzufriedenheit: *Wie differenziert sollte eine Auswertung für das Qualitätsmanagement erfolgen*? In: FOCUS MUL 2002, 19(2), S. 82-91.

JAHODA, M. / LAZARSFELD, P.L. & ZEISEL, H.: Die Arbeitslosen von Marienthal. *Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*, Frankfurt/M. 1975.

JAMES, W.: Über eine bestimmte Blindheit des Menschen. In: Ders., Essays über Glaube und Ethik, Gütersloh 1948, S. 248-270.

JANICH, N.: „Wir warten auf die Lok. Bitte haben Sie etwas Geduld." *Konversationsmaximen bei Bahndurchsagen, einer Form der Unternehmen-Kunden-Kommunikation*. In: CRIJNS, R. & THALHEIM, J. (Hrsg.), Kooperation und Effizienz in der Unternehmenskommunikation, Wiesbaden 2006, S. 85-102.

JANISSE, M.P. & PEAVLER, W.S.: Wenn Gefühle ins Auge gehen. In: Psychologie heute 1976, 2, S. 35-39.

JANKE, L. / BACKMUND, M. & SEYFARTH-METZGER, I.: Patientenbefragung auf der Drogenentzugsstation – Villa. *Bericht aus dem Qualitätsprojekt zur Patientenzufriedenheit*. In: Qualität in der Gesundheitsversorgung, Newsletter der GQMG 1999, 1(6).

JANKE, L. / BACKMUND, M. & SEYFARTH-METZGER, I.: Patientenbefragung auf der Drogenentzugsstation. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 243-248.

JANKE, W. / ERDMANN, G. & KALLUS, K.W.: Stressverarbeitungsfragebogen (SVF), Göttingen 1985.

JANSEN, V. & BEDEN, M.: Arbeitszeugnisse – *Richtig deuten – perfekt formulieren*, München 2006.

JANSSEN, C. et al.: How to improve satisfaction with hospital stay of severely injured patients. In: Lagenbeck's Archives of Surgery 2007, 392, S. 747-760.

JANSSEN, J.: Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten. *Untersuchungen über das Verhältnis des Kranken zu Ärzten und Pflegepersonals Sicht des Krankenhauspatienten*, Münster 1976.

JASPERS, K.: Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung, Universitas 1953, 11, S. 1121-1131.

JASPERS, K.: Philosophie. *Band I: Weltorientierung*, München 1965a.

JASPERS, K.: Philosophie. *Band II: Existenzerhellung*, München 1965b.

JASPERS, K.: Philosophie. *Band III: Metaphysik*, München 1965c.

JASPERS, K.: Einsamkeit. In: Ders., Das Wagnis der Freiheit. *Gesammelte Aufsätze zur Philosophie*, München 1996a, S. 11-30.

JASPERS, K.: Die Kraft der Hoffnung. In: Ders., Das Wagnis der Freiheit. *Gesammelte Aufsätze zur Philosophie*, München 1996b, S. 212-224.

JASPERS, K.: Die geistige Situation der Zeit, 9. Aufl., Berlin und Leipzig 1998.

JASPERS, K.: Was ist der Mensch? *Philosophisches Denken für alle*, München 2000.

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisatzition, Patient Satisfaction Questionnaire. In: Quality Review Bulletin 1989, 15(6), S. 174-175.

JELEN, S. / LANGEN, W. & TEMPEL, G.: Katamnestische Erhebungen über seelisch-geistige Erfahrungen während der Behandlung auf einer operativ-traumatologischen Intensivstation. In: Praktische Anästhesie, Wiederbelebung und Intensivtherapie 1979, 14, S. 210-216.

JELEN, S. / KOLB, E. & TEMPEL, G.: Intensivbehandlung im Erleben des Patienten. In: SCHARA, J. (Hrsg.), Humane Intensivtherapie, Erlangen 1982, S. 134-143.

JENS, W.: Nachdenken über die Freude. In: HEIMANN, H.(Hrsg.), Anhedonie. *Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*, Stuttgart 1990, S. 1-10.

JENUELL-SCHIEFER, B. & JANIG, H.: Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. *Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2004, 37, S. 393-401.

JERVIS, G.: Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Frankfurt/M. 1978.

JESCHKE, H.A.: Patientenbefragung im Krankenhausvergleich. In: f&w im Krankenhaus 1989, 5, S. 370-372.

JESCHKE, H.A. & LANG, J.R.(Hrsg.): Rehabilitation im Umbruch. *Entwicklungschancen und Zukunftsrisiken,* Kulmbach 1997.

JESCHKE, K.: Stichwort Mund-Werbung. In: DILLER, H. (Hrsg.): Vahlens großes Marketing Lexikon, München 1992, S. 796-797.

JESPERSON, M.: Das Hotel Magnus Stenbock. *Ein nutzerkontrolliertes Haus in Helsingborg*. In: KEMPKER, K. (Hrsg.), Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus, Berlin 1998, S. 71-76.

JESPERSON, M.: Das nutzerkontrollierte Hotel Magnus Stenbock in Helsingborg. In: Psychosoziale Umschau 2003, 18 (3), S. 39-40.

JESPERSON, M.: Hotel Magnus Stenbock – *Ein nutzerkontrolliertes Haus in Helsingborg /Schweden*. In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007a, S. 166-173.

JESPERSON, M.: Der personenbezogene Ombudsmann in Skåne. *Eine nutzerkontrollierte Dienstleistung mit persönlichen Agenten*. In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007b, S. 311-316.

JOBBER, D. / SAUNDERS, J. & MITCHELL, V.-W.: Prepaid Monetary Incentive Effects on Mail Survey Response. In: Journal of Business Research 2004, 57, S. 21-25.

JOBST, D. et al.: Anliegen und Wünsche gesunder Patienten – wie gehen Hausärzte damit um. *Eine Fokusgruppenanalyse über nichtkrankheitsbezogene Patientenanliegen und Beratungsanlässe*. In: Das Gesundheitswesen 2007, 69, S. 607-611.

JOHANSSON, H. & EKLUND, M.: Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 2003, 17, S. 339-346.

JOHN, J.: Patient Satisfaction: *The Impact of Past Experience*. In: Journal of Health Care Marketing 1992, 12 (9), S. 56-64.

JOHNSON, C.G. et al.: Does physician uncertainty affect patient satisfaction. In: Journal of General Internal Medicine 1988, 3, S. 144-149.

JOHNSON, J.E. & LEVENTHAL, H.: Effects of accurate expectations and behavioural instructions on reactions during a noxious medical examination. In: Journal of Personality and Social Psychology 1974, 29, S. 710-718.

JOHNSTON, M. & VÖGELE, C.: Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? *Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung*. In: SCHMIDT, L.R. (Hrsg.), Psychologische Aspekte Medizinischer Maßnahmen Erwachsener, Berlin 1992, S. 215-246.

JOHNSTON, R.: The Zone of Tolerance. In: International Journal of Service Industry Management 1995a, 6, S. 46-61.

JOHNSTON, R.: The Determinants of Service Quality: *Satisfiers and Dissatisfiers*. In: International Journal of Service Industry Management 1995b, 6, S. 53-71.

JONAS, R. / OBERDALHOFF, H.E. & SCHULZ, H.H.: Die Besucherfrequenz an psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankenhäusern. In: Soziale Psychiatrie 1969, 4, S. 69-75.

JONAS, K. & EDER-JONAS, R.: Rückfälle Alkoholabhängiger aus der Sicht der Theorie des geplanten Verhaltens. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHNELL, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall: *Brennpunkte bundesdeutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 52-60.

JONASCH, K. / SCHWARZ, R. & BUHR, H.J.: Zum Prozeß der Aufklärung bei Carcinompatienten in einer chirurgischen Klinik. In: Der Chirurg 1989, 60, S. 404-469.

JONAS-KLEMM, S. & NIETHAMMER, C.: Integration der Mitarbeiter- und Patientenperspektive in das Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie 2005, 20, S. 42-51.

JONES, B.T. & MC MAHON, J.: Negative alcohol expectancy predicts post-treatment abstinence survivorship. In: Addiction 1994a, 89, S. 1653-1665.

JONES, B.T. & MC MAHON, J.: Negative and positive alcohol expectancies as predicators of abstinence after discharge from a residential treatment program: *a one-month and three-month follow-up study in men*. In: Journal of Studies on Alcohol 1994, 55, S. 543-548.

JONES, B.T. & MC MAHON, J.: Changes in alcohol expectations during treatment relate to subsequent abstinence survivorship. In: British Journal of Clinical Psychology 1996, 35, S. 229-234.

JONES, M.: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. *Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie*, Bern 1976.

JONES, M.: Von der therapeutischen Gemeinschaft zum offenen System. In: HEIM, E. (Hrsg.), Milieu-Therapie: *Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik*, Bern 1978, S. 22-30.

JONES, R.B. et al.: How do we measure consumer opinions of outpatient clinics? In: Public health 1993, 107, S. 235-241.

JONES, S.S. / POWER, R. & DALE, A.: The Patient's Charter: *Drug User's View on the "Ideal" Methadone Programme*. In: Addiction Research & Theory 1994, 1, S. 323-334.

JONKER, J. et al.: Gender-role stereotypes and interpersonal behaviour how addicted inpatients view their ideal male and female therapist. In: Journal of Substance Abuse Treatment 2000, 19, S. 307-312.

JOOS, S. et al.: Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. In: Public Health Reports 1993, 108, S. 751-759.

JOOS, S. et al.: Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. In: Journal of General International Medicine 1996, 11, S. 147-155.

JOOSTEN, E.A. et al.: Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. In: Psychotherapy & Psychosomatics 2008, 74, S. 219-226.

JORDAN, I.: Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. *Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende*, Frankfurt/M. 2007.

JORM, A.F.: Diary of a Pseudopatient in Callan Park Psychiatric Hospital, Canberra 1973.

JOYCE, A.S. & KWONG, A.: Prozessmethoden in der Gruppenpsychotherapie. In: TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 171-178.

JUCHLI, L.: Was kranke Menschen brauchen. *Hilfen für eine ganzheitliche Pflege*, Freiburg 1988.

JUCKEL, G.: Mimik und Emotionalität – *am Beispiel depressiver Patienten*. In: psychoneuro 2005, 31, S. 379-384.

JUCKEL, G. / MERGEL, R. & HEGERL, U.: Bewegungsanalysen und ihre Anwendung in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Praxis 2005, Supplement 1, S. 31-37.

JUCKEN, H.: Patientenzufriedenheit: *Messen und Vergleichen mit System*. In: Schweizer Spital 1996, 11, S. 19-22.

JUDGE, K. & SOLOMON, M.: Public Opinion and the National Health Service: *Patterns and Perspectives in Consumer Satisfaction*. In: Journal of Social Policy 1993, 22, H. 3, S. 299-237.

JÜLCH, F. et al.: Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Sucht 2003, 49, S. 19-27.

JÜNEMANN, I.M.: Das unzufriedene Engelchen: *ein heitres Spiel*, Warendorf 1924.

JÜNEMANN, S.: Was erwarten pflegende Angehörige von Angehörigenberatung, ambulanter Pflege, Tagespflege und Angehörigengruppen? In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2004, 17, S. 225-237.

JÜNGER, E.: Auf den Mammorklippen, 3. Aufl., Frankfurt/M. 1985.

JÜNGER, E.: Das Abenteuerliche Herz. *Erste Fassung: Aufzeichnungen bei Tag und Nacht*, Stuttgart 1987.

JÜNGER, E.: Die Schere, Stuttgart 1990.

JÜNGER, E.: Der Waldgang, 12. Aufl., Stuttgart 2007.

JÜNGER, E.: Annäherungen. *Drogen und Rausch*, Stuttgart 2008.

JÜRGENS, U. & PLOOG, D.: Zur Evolution der Stimme. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982, S. 20-38.

JÜTTEMANN, G.: Psyche und Subjekt. *Für eine Psychologie jenseits von Dogma und Mythos,* Reinbek 1992.

JUHRA, C. et al.: Internes Qualitätsmanagement: *Patientenbefragung in einer urologischen Universitätsklinik*. In: Urologe 2005, 44, S. 1463-1468.

JULI, D.: Umgang mit Beschwerden und Reklamationen. In: ZIELKE,M. & STURM, J. (Hrsg.), Handbuch der stationären Verhaltenstherapie, München 1994, S. 950-957.

JUN, M. / PETERSON, R.T. & ZSIDISIN, G.A.: The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: *Focus Group Interview Results*. In: Health Care Management Review 1998, 23, S. 81-96.

JUNG, H.: Grundlagen zur Messung von Kundenzufriedenheit. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 141-161.

JUNG, H. & KOHLBACHER, J.: CSM: Customer Satisfaction Measurement – *Ein neuer Trend und seine Bedeutung für die betriebliche Marktforschung.* In: planung & analyse 1992, 5, S. 5-11.

JUNG, H.P. / WENSIG, M. & GROL, R.: What makes a good general practitioner: *do patients and doctors have different views?* In: British Journal of General Practice 1997, 47, S. 805-809.

JUNGBLUT-WISCHMANN, P.: Kunden in weißen Kitteln – *wie bilden sich zuweisende Ärzte ihre Meinung über Kliniken?* In: Krankenhaus-Umschau 1996, 9, S. 676-679.

JUNGBLUT-WISCHMANN, P.: Der Kunde „Patient": Ansätze zur Erreichung von Kundenzufriedenheit. In: VON EIFF, W. (Hrsg.), Krankenhausbetriebsvergleich, Neuwied 2000, S. 281-296.

JUNGHANS, G.: Was der Patient vom Haus- und Familienarzt erwartet. In: Der praktische Arzt 1976, 2, S. 219-223.

JUNGKUNZ, G. / KHATACLI, A. & GSELL, W.: Wie beurteilen psychiatrische Patienten ihre Behandlung in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Psychopharmakotherapie 1999, 6, S. 8-14.

JURCZYK, K. & RERRICH, M.: Einführung: Alltägliche Lebensführung: *Der Ort, wo „alles zusammenkommt".* In: Dies. (Hrsg.), Die Arbeit des Alltags. *Beiträge zu einer Soziologie der alltäglichen Lebensführung*, Freiburg 1993, S. 11-45.

KAAPKE, A. & HUDETZ,K.: Der Einsatz des Kano-Modells zur Ermittlung von Indikatoren der Kundenzufriedenheit – *dargestellt am Beispiel der Anforderungen von Senioren an Reisebüros*. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 1998, 3, S. 267

KAAS, K. & RUNOW, H.: Wie befriedigend sind die Ergebnisse der Forschung zur Verbraucherzufriedenheit? In: Die Betriebswirtschaft 1984, 3, S. 451-460.

KAAS, K. & RUNOW, H.: Wie befriedigend sind die Ergebnisse der Forschung zur Verbraucherzufriedenheit? In: HANSEN, U. & SCHOENHEIT, I. (Hrsg.), Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten, Frankfurt/M. 1987, S. 79-98.

KAAS, K. & BUSCH, A.: Inspektions-, Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften. *Theoretische Konzeption und empirische Validierung*. In: Marketing ZFP 1996, H.4, S. 243-252.

KAAS, K.: Marketing als Bewältigung von Informations- und Unsicherheitsproblematik im Markt. In: Die Betriebswirtschaft 1990, 50, S. 539-548.

KÄCHELE, H.: Der psychogene Tod in der medizinischen Literatur. *Teil I*. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin 1970a, 16, S. 105-129.

KÄCHELE, H.: Der psychogene Tod in der medizinischen Literatur. *Teil II*. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin 1970b, 16, S. 202-222.

KÄCHELE, H. / WOLFSTELLER, H. & HÖSSLE, I.: Psychotherapie im Rückblick. *Patienten kommentieren ihre Behandlung*. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1985, S. 309-317.

KÄCHELE, H. & HOHAGE, R.: Das therapeutische Zusammenspiel missglückt. In: BUCHHEIM, P. / CIERPKA,M. & SEIFERT, T., Lindauer Texte. *Texte zur psychologischen Fort- und Weiterbildung*, Berlin 1996, S. 37-55.

KÄHLER, W.-M.: SPSS für Windows. *Datenanalyse unter Windows*, Braunschweig / Wiesbaden 1994.

KÄLIN, P.: Einzel- und Gemeinschaftspraxen aus Patientensicht: eine vergleichende, nicht repräsentative Patientenbefragung im Kanton Zürich, Zürich 1986.

KÄMMERER-RÜTTEN, U.: Nutzerrolle und Nutzerperspektive in der Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1999, 4, S. 38-43.

KÄPPELI, S.: Patienten interpretieren problematische Spitalerfahrungen: *Eine Pilotstudie*. In: Pflege 1991, 4, H.3, S. 199-205.

KÄSLIN, S.: Nonverbales Verhalten in Gesprächen: *Veränderungsmessung mit Prozessmodellen*, Zürich 1983.

KÄSSNER-REITLER, R.: Vergleichende Beobachtungen über Patientenaussagen in Anamnese und Gruppengespräch. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppenanalyse 1979, S. 68-75.

KÄSTNER, A.G.: Die Zufriedenheit. In: Ders., Gesammelte poetische und prosaische schönheitswissenschaftliche Werke, Teil 2, Berlin 1841, S. 50-51.

KÄSTNER, E.: Die unzufriedene Straßenbahn. In: Ders., Kurz und Bündig. *Epigramme*, 5. Aufl., München 1999, S. 41.

KAFKA, F.: Tagebücher. *Band 3: 1914-1923*, Frankfurt/M. 1994.

KAGELMANN, H.J.: 'Guten tag! Wer von Ihnen ist Napoleon?' *Psychologen, Psychiater und 'Irre' in Comics.* In: Psychologie heute 1975, H.2, S. 62-72.

KAGERMEIER, A.: Versorgungszufriedenheit und Konsumentenverhalten. *Bedeutung subjektiver Einstellungen für die Einkaufsorientierung.* In: Erdkunde 1991, 45, S. 127-134.

KAHLE, W. / LEONHARDT, H. & PLATZER, W.: Taschenatlas der Anatomie: *Bd.1. Bewegungsapparat*, 3. Aufl., Stuttgart 1979.

KAHLERT, A. & BSNe: Bedürfnisse von Patienten mit einer bipolaren Erkrankung während des stationären Aufenthaltes. In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, Supp. 1, S. 7-11.

KAHNEMAN, D. et al.: Toward National Well-Being Accounts. In: American Economic Review 2004, 94, S. 3-12.

KAHNEMAN, D. et al.: Would you be happier if you were richer? *A focusing illusion.* In: Science 2006, 312, S. 1908-1910.

KAHRS, M. & SCHULZ, T.: Medizinische Versorgung und Patientenbedürfnisse. *Eine empirische Studie zu Patientenerfahrungen und -perspektiven im ambulanten Bereich,* Berlin 2003.

KAINZ, F.: Pessimistische Dichtung. In: MERKER, P. & STAMMLER, W. (Hrsg.), Reallexikon der deutschen Literaturgeschichte, Berlin 1926, Band 1, S. 663-676.

KAISER, W. et al.: Interviewereffekte bei der Erhebung subjektiver Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Betreuung im Betreuten Wohnen. In: Psychiatrische Praxis 1998, 25, S. 142-148.

KAISER, W. & PRIEBE, S.: The impact of the interviewer-interviewee relationship on subjective quality of life ratings in schizophrenia patients. In: International Journal of Social Psychiatry 1999, 45, S. 292-301.

KALLERT, T.W.: Patienten mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer psychiatrischen Klinikbehandlung. In: Psychiatrische Praxis 1991, 18, S. 178-185.

KALLERT, T.W.: Versorgungsbedarf und subjektive Sichtweisen schizophrener Patienten in gemeindepsychiatrischer Betreuung. *Evaluationsstudie im Jahr nach Klinikentlassung in der Region Dresden,* Darmstadt 2000.

KALLERT, T.W.: Versorgungsbedarf schizophrener Patienten während gemeindepsychiatrischer Betreuung – *Exemplifizierung eines Konzepts anhand von Fallbeispielen.* In: Fundamenta Psychiatrica 2002, 16, S. 92-100.

KALLERT, T.W. et al.: Versorgungserwartungen an die im Freistaat Sachsen neu etablierten Sozialpsychiatrischen Dienste. *Sichtweisen von niedergelassenen Nervenärzten, Ärzten in psychiatrischen Kliniken und Mitarbeitern Sozial-psychiatrischer Dienste im Vergleich.* In: Rehabilitation 1998, 37, S. 181-191.

KALLERT, T.W. & LEIßE, M.: Betreuungsbedürfnisse schizophrener Patienten im Jahr nach Klinikentlassung in der Versorgungsregion Dresden. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2000a, 68, S. 176-187.

KALLERT, T.W. & LEIßE, M.: Bewertung eines gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebotes durch schizophrene Patienten. In: Nervenheilkunde 2000b, 19, S. 508-516.

KALLERT, T.W. & LEIßE, M.: Rehabilitationsvorstellungen gemeindepsychiatrisch betreuter schizophrener Patienten. In: Rehabilitation 2000c, 39, S. 268-275.

KALLERT, T.W. & LEIßE, M.: Gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedarf schizophren Erkrankter: *Ein brauchbares Konzept für die regionale Psychiatrieplanung?* In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2000d, 68, S. 363-379.

KALLERT, T.W. & SCHÜTZWOHL, M.: Randomisierte kontrollierte Studien in der psychiatrischen Versorgungsforschung: *Probleme der Durchführungspraxis*. In: Fortschritte Neurologie Psychiatrie 2002a, 70, S. 647-656.

KALLERT, T.W. & SCHÜTZWOHL, M.: Wirkfaktoren der Behandlung in psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht. *Überlegungen zu daraus abzuleitenden Behadlungsmodalitäten*. In: Krankenhauspsychiatrie 2002b, 13, S. 46-53.

KALLERT, T.W. & LEIßE, M.: Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 3, S. 10-16.

KALLINA, U. et al.: Was meinen die Kunden? *Ergebnisse einer Befragung von PatientInnen einer Fachklinik*. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Das Beste für den Suchtkranken. *Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien,* Geesthacht 1997, S. 205-220.

KALMAN, T.P. et al.: A controlled study of satisfaction among psychobiology research patients. In: American Journal of Psychiatry 1982, 139, S. 344-347.

KALMAN, T.P.: An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. In: Hospital and community psychiatry 1983, 34, S. 48-54.

KALTENBACH, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management,* 2. Aufl., Melsungen 1993.

KAMES, H.: Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). In: Integrative Therapie 1992, 4, S. 363-386.

KAMISKE, G.F. et al.: Quality Function Deployment – oder das systematische Überbringen der Kundenwünsche. In: Marketing ZFP 1994, 3, S. 181-190.

KAMMERER, E. / GRUENEBERG, B. & GOEBEL, D.: Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1984, 33, S. 141-148.

KAMMERER, E. & GOEBEL, D.: Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1985, 34, S. 123-133.

KAMPER, D.: Das Ich, das sich gesetzt hat. *Vom Gewinn der Autonomie und vom Verlust der Souveränität.* In: EICKHOFF, H. (Hrsg.), sitzen. *Eine Betrachtung der bestuhlten Gesellschaft*, Frankfurt/M.1997, S. 37-49.

KAMPITS, P.: Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patient-Beziehung, Passau 1996.

URL:http://www.klinik-angermuehle.de/buch/buchband/a-band2a.htm
[Stand 14.08.2007]

KANE, R.L. / MACIEJEWSKI, M. & FINCH, M.: The relationship of patient satisfaction with medical care and clinical outcome. In: Medical Care 1997, 35, H.7, S. 14-30.

KANFER, F.H. / REINECKE, H. & SCHMELZER, D.: Selbstmanagement-Therapie. *Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis*, 4. Aufl. Heidelberg 2006.

KANNING, P.: Die Psychologie der Personenwahrnehmung, Göttingen 1999.

KANNING, U.P. & BERGMANN, N.: Bedeutung sozialer Kompetenzen für die Kundenzufriedenheit: *Zwei Studien*. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2006, 50, S. 148-154.

KANT, I.: Kritik der reinen Vernunft, Stuttgart 1966.

KANT, I.: Mutmaßlicher Anfang der Menschengeschichte. In: Ders. Schriften zur Geschichtsphilosophie 1974a, S. 67-84.

KANT, I.: Das Ende aller Dinge. In: Ders., Schriften zur Geschichtsphilosophie, Stuttgart 1974b, S. 166-182.

KANT, I.: Kritik der praktischen Vernunft, Stuttgart 1998.

KANT, I.: Über den Gemeinspruch: *Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis*. In: Ders., Schriften zur Geschichtsphilosophie, Stuttgart 1999, S. 118-165.

KANT, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Stuttgart 2000.

KANT, I.: Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik, die als Wissenschaft wird auftreten können, Stuttgart 2001.

KANT, I.: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Hamburg 2003.

KANT, I.: Die Metaphysik der Sitten, Stuttgart 1990.

KANZOW, U.: Woran kranken die Krankenhäuser. In: Deutsches Ärzteblatt 1980, S. 1981-1990.

KAPLAN, S. et al.: Patient participation in medical care. *Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes*. In: Journal of General Internal Medicine 1988, 3, S. 448-457.

KAPLAN, S. et al.: Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. In: med Care 1989, 27, S. 110-127.

KAPP, A. & PROPP, J.: Client Satisfaction Methods: *Input from Parents with Child in Foster Care*. In: Child and Adolescent Social Work Journal 2002, 19, S. 227-245.

KAPP, F.: Zorn in Partnerschaften. *Ein Vergleich des Ärger- und Konfliktverhaltens bei zufriedenen und unzufriedenen Paaren unter Berücksichtigung subjektiver Theorien*, Heidelberg 2001.

KAPP-STEHEN, G. et al.: Patientenzufriedenheit mit der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der Johannes-Gutenberg-Universität Main. In: Psychiatrische Pflege 2001, 7, S. 10-15.

KAPPUS, R.: Vorerwartungen der Patienten auf das Erstinterview ("Wartezimmerperspektive"), Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten und deren Beziehung zum Ausgang des psychoanalytischen Erstinterviews – *Eine Untersuchung bei psycho-neurotischen Patienten*, Ulm 1982.

KARMINSKI, F. & KARMINSKI, H.: Einführung in Methoden und Probleme der Umfrageforschung, Wien 1978.

KAROTSCH, D.: Qualität ist, was der Kunde dafür hält. In: Altenpflege 1997, 8, S. 36-41.

KARTEN, N.: Vom Umgang mit Erwartungen. *Wie man Kunden begegnet, die alles wollen und das besser, schneller, sofort!* Bonn 2004.

KARZMARK, P. / GREENFIELD, T. & CROSS, H.: The relationship between level of adjustment and expectations for therapy. In: Journal of Clinical Psychology 1983, 39, S. 930-932.

KASARBADA, N.D. et al.: Do patients' perceptions of heir counsellors influence outcomes of drug treatment? In: Journal of Substance Abuse Treatment 2002, 23, S. 327-334.

KASPER, H.: Der Innovationsprozeß in Abhängigkeit von der psycho-sozialen Konstellation von Managern und deren Arbeitszufriedenheit – *Ergebnisse einer empirischen Studie*. In: Psychologie und Praxis 1985, 29, S. 52-61.

KASPER, J. & MÜHLHAUSER, I.: Kooperative Pharmakotherapie. In: DOMSCHKE, W. et al. (Hrsg.), Therapiehandbuch, München 2003.

KASPER, J. / KUCH, C. & HEESEN, C.: Shared decision-making als Interaktionsstil. *Eine konstruktivistische Perspektive*. In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003, S. 34-45.

KASL, S.V.: Issues in Patient Adherence to Health Care Regimes. In: Journal of Human Stress 1975, 1, S. 5-17.

KASSNER, R.: Die Verwandlung. *Physiognomische Studien Band 4*, Pfullingen 1978.

KAST, V.: Freude, Inspiration, Hoffnung. Düsseldorf 1997.

KAST, V.: Mit Verena Kast die Lebensfreude einladen, Freiburg 2006.

KAST, V.: Freuden-Biographie: *Die Freude der Kindheit wieder erleben*. In: FRANK, R. (Hrsg.), Therapieziel Wohlbefinden. *Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, Berlin 2007a, S. 119-130.

KAST, V.: Zur Bedeutung der Freudenbiographie im Alter. In: Zeitschrift für Psychotherapie im Alter 2007b, 4, S. 89-102.

KASTEN, E. et al.: Auswirkungen der Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen auf das Arzt-Patient-Verhältnis. *Ergebnisse einer Pilotstudie*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1997, H.1, S. 38-44.

KASTELER, J. / KANE, R.L. & OLSEN, D.M.: Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behaviour. In: Journal of Health and Social Behaviour 1976, 17, S. 328-339.

KATZ, E.C. et al.: Role induction: *A method for enhancing early retention in outpatient drug-free treatment*. In: Journal of consulting and clinical psychology 2004, 72, S. 227-234.

KATZ, E.C. et al.: Impact of role induction on long-term drug treatment outcomes. In: Journal of Addictive Diseases 2007, 26, S. 91-90.

KATZ, J.: The Slient World of Doctor and Patient, New York 1984.

KATZ, K.L. / LARSON, B.M. & LARSON, R.C.: Prescription for the waiting-in-line blues: Entertain, enlighten and engage. In: Sloan Management Review 1991, 32, S. 44-53.

KATZ, M. & ZIMBARDO, P.: Sympathische Patienten werden besser "behandelt". In: Psychologie heute 1977, 7, S. 38-47.

KATZ, R.: Informationsquellen der Konsumenten, Wiesbaden 1983.

KAUDER, V. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. *Psychosoziale Arbeitshilfen 11*, 4. Aufl., Bonn 2004.

KAUF, S. & MEERWEIN, F.: Der medizinpsychologische Dienst einer medizinischen Klinik im Urteil der Patienten. In: Schweizer medizinische Wochenschrift 1977, 107 (4), S. 122-126.

KAUFMANN, J.C.: Das verstehende Interview. *Theorie und Praxis*, Konstanz 1999.

KAUPEN-HAAS, H.: Rezension zu Eliot Freidson, Patients' View of Medical Practice. A *Study of Subscribers to a Prepaid Medical Plan in the Bronx,* New York 1961. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1965, 17, S. 385-388.

KAUPEN-HAAS, H. (Hrsg.): Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln-Opladen 1968.

KAUTSKY, R.: Sterben in Krankenhäusern. *Aufzeichnungen über einen Tod*, Freiburg 1976.

KAYSER, H. et al. (Hrsg.), Gruppenarbeit in der Psychiatrie. *Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*, Stuttgart 1973.

KEATING, N.L. et al.: Treatment decision making in early-stage breast cancer: *should surgeons match patients' desired level involvement?* In: Journal of Clinical Oncology 2002, 20, S. 1473-1479.

KEITH, R.A.: Patient Satisfaction and Rehabilitation Services. In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1998, 79, S. 1122-1128.

KEILHACKER, M.: Sprechweise und Persönlichkeit. In: Zeitschrift für Angewandte Psychologie und Charakterkunde 1940, 59, S. 215-241.

KELLE, U.: Die Bedeutung theoretischen Vorwissens in der Methodologie der Grunded Theory. In: STROBL, R. & BÖTTGER, A. (Hrsg.) Wahre Geschichten? *Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*, Baden-Baden 1996, S. 23-47.

KELLE, U.: Empirisch begründete Theoriebildung. *Zur Logik und Methodologie qualitativer Sozialforschung*. Weinheim 1998.

KELLE, U.: Quantität und Qualität in der sozialwissenschaftlichen Methodologie – *Ein Plädoyer für eine integrative sozialwissenschaftliche Methodenlehre (fast) 50 Jahre nach Paul Lazarsfelds und Allen Bartons ersten diesbezüglichen Vorschlägen*. In: ENGEL, U. (Hrsg.): Praxisrelevanz der Methodenausbildung, Bonn 2002, S. 215-229

KELLE, U.: "Kundenorientierung" in der Altenpflege? *Potemkinsche Dörfer sozialpolitischen Qualitätsmanagements*. In: PROKLA 146, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 2007, 37, S. 113-128.

KELLE, U.: Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: *Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*, Wiesbaden 2008.

KELLE, U. & ERZBERGER, C.: Qualitativ vs. Quantitativ? *Wider den Traditionalismus methodologischer Paradigmen*. In: Soziologie 1998, 3, S. 45-54.

KELLE, U. & ERZBERGER, C.: Integration qualitativer und quantitativer Methoden: *methodologische Modelle und ihre Bedeutung für die Forschungspraxis*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1999, 51, S. 509-531.

KELLE, U. & KLUGE, S.: Validitätskonzepte und Validierungsstrategien bei der Integration qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden. In: Dies. (Hrsg.), Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung: *Integration qualitativer und quantitative Verfahren in der Lebenslauf und Biographieforschung*, Weinheim und München 2001, S. 135-166

KELLE, U. & NIGGEMANN, C.: „Weil ich doch vor zwei Jahren schon einmal verhört worden bin ..." – *Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern*. In: MOTEL-KLINGENBIEL, A. & KELLE, U. (Hrsg.), Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie, Opladen 2002, S. 99-131.

KELLE, U. / NIGGEMANN, C. & METJE, B.: Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: AMANN, A. & KOLLAND, F. (Hrsg.), Das erzwungene Paradies des Alters? Wiesbaden 2008, S. 163-193.

KELLER, F. et al.: Patientenzufriedenheit mit der stationären Depressionsbehandlung. In: Krankenhauspsychiatrie 2000, 11, S. 25-28.

KELLER, F. et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung ersterkrankter und chronisch depressiver Patienten. In: Krankenhauspsychiatrie 2001, 12, Sonderheft 1, S. 50-56.

KELLER, F. et al.: Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. In: Nervenheilkunde 2003, 22 (1), S. 40-46.

KELLER, F. et al.: Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: *Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens*. In: Krankenhauspsychiatrie 2004, 15, S. 3-8.

KELLER, F. et al.: Behandlungsbewertung von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. In: Zeitschrift der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2006, 34 (5), S. 367-376.

KELLER, H. & ROTHMUND, H.: Zur Genese von Beziehungen zwischen Mutter und Kind I: *Blickkontakt und Blickkontaktvermeidung in den ersten 3 Lebensmonaten*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1981, 10, S. 195-220.

KELLER, K.: Die Erwartungen des Patienten vom Allgemeinarzt aus psychologischer Sicht. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1980, 3, S. 165-169.

KELLERMANN-MÜHLHOFF, P.: Die Wiederholungsbefragung – ein Instrument der internen Qualitätssicherung. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 131-138.

KELLAM, G. / SCHMELZER, J. & BERMAN, A.: Variations in the atmosphere of psychiatric wards. In: Archiv of General Psychiatry 1966, 14, S. 561-570.

KELLER, G.: Lied der Zerrissenen. In: Ders., Sämtliche Werke und ausgewählte Briefe, 3. Aufl., München 1958, Band 3, S. 27-28.

KELLY, G.A.: Die Psychologie der persönlichen Konstrukte, Paderborn 1986.

KELLY, H.H.: The effect of expectations upon first impressions of persons. In: American Psychologist 1949, 4, S. 252.

KELLY, H.H.: The warm-could variable in first impressions of persons. In: Journal of Personality 1950, 18, S. 431-439.

KELLY, W.D. & FRIESEN, S.R.: Do cancer patients want to be told? In: Surgery 1950, 27, S. 822-826.

KELMAN, H.: Kairos: *The auspicious moment*. In: American Journal of Psychoanalysis 1969, 29, S. 58-83.

KELM-KAHL, I.: Patientenzufriedenheit. *Befragungen sind leicht, zuverlässige Auswertungen schwierig*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2003, 8, S. 322.

KELSTRUP, A. et al.: Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. In: Acta Psychiatrica Scandinavia 1993, 87, S. 374-379.

KEMPF, H.-D.: Jetzt sitzen Sie richtig, Reinbek 1997.

KEMPKER, K.: Was ist das Weglaufhaus. In: Dies. (Hrsg.), Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus, Berlin 1998, S. 13-23.

KEMPPAINEN, J.K.: The critical incident technique and nursing care quality research. In: Journal of Advanced Nursing 2000, 32, S. 1264-1271.

KENNEDY, J.R. & THIRKELL, P.C.: An Extended Perspective on the Antecedents of Satisfaction. In: *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour* 1988, H.1, S. 2-9

KENNY, D.T.: Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. In: Psychology and Health 1995, 10, S. 427-437.

KENRICK, D. / GUTIERESS, S. & GOLDBERG, L.: Influence of Popular Erotica on Judgements of Strangers and Mates. In: Journal of Experimental Social Psychology 1989, 25, S. 159-167.

KENRICK, D. et al.: Effects of Physical Attractiveness on Affect and Perceptual Judgments. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1993, 19, S. 195-199.

KENT, G. et al.: Patient reactions to met and unmet psychological need: *A critical incident analysis*. In: Patient Education and Counselling 1996, 28, S. 187-190.

KERN, H.: Empirische Sozialforschung. *Ursprünge, Ansätze, Entwicklungslinien*. München 1982.

KERN, H. & SCHUHMANN, M.: Industriearbeit und Arbeiterbewusstsein, Frankfurt/M.1970.

KERN, P.: Meinem Leben einen Sinn geben. In: Suchtgefahren 1986, 32, S. 254-268.

KERN, P.: Eine „Sinn-Gruppe" als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung von Suchtkranken. In: Sucht 1992, 38, S. 173-179.

KERURISH, A. / WICKINGS, I. & TARRANT, P.: Information from patients as a managemet tool – *Empowering managers to improve the quality of care*. In: Hospital and Health Services Review 1988, 84, H.2, S. 64-67.

KERSTING, A. et al.: Wirkfaktoren ambulanter Gruppentherapie. *Zur prädikativen Validität des Gruppenerfahrungsbogens (GEB)*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 294-301.

KESRTING, F.-W.: Psychiatrie-Reform und '68. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 165-182.

KESRING, T.: Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Anästhesie. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 1991, 32, S. 308-314.

KESEY, K.: Einer flog über das Kuckucksnest, 24. Aufl., Reinbek 2004.

KESSEL, R.: Patients' memory for medical information. In: Journal of the royal society of medicine 2003, 96, S. 219-222.

KEUNE, H.: Rechte und Pflichten des Patienten im Krankenhaus. In: HÜTTNER, H. et al. (Hrsg.), Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit*. 2. Aufl., Berlin 1982, S. 90-198.

KEUPP, H.: Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: *Empowerment in der psychosozialen Praxis*. In: Verhaltenstherapie und psychosozialer Praxis 1993, 25, S. 365-381.

KEUPP, H.: Von der „fürsorglichen Belagerung" zur „eigenen Stimme" der Betroffenen. *Ein Vierteljahrhundert Psychiatriereform*. In: GEISLINGER, R. (Hrsg.), Experten in eigener Sache. *Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*, München 1998, S. 19-30.

KEUPP, H.: Ohne Angst verschieden sein können. *Von der fürsorglichen Belagerung zum Empowerment*. In: BOCK, T. & WEIGAND, H. (Hrsg.), Hand-werks-buch Psychiatrie, Bonn 1998, S. 76-92.

KEUPP, H. et al.: Identitätskonstruktionen. *Das Patchwork der Identitäten in der Postmoderne,* Reinbek 2002.

KEYSERLINGK, H.v.: Der immer wiederkehrende Patient. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1991, H.2, S. 9-13.

KHAZAELI, A.: Wie Patienten im psychiatrischen Krankenhaus selbst über die medikamentöse Behandlung urteilen, Würzburg 1998.

KICK, H.: Antipsychiatrie um 1900: *Zur Tradition des Konflikts zwischen Psychiatrie und Presseberichterstattung.* In: Der Nervenarzt 1982, 53, S. 299-300.

KICK, H.: Antipsychiatrie und die Krise im Selbstverständnis der Psychiatrie. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1990, 58, S. 367-374.

KIEL, E.: Gutes Image durch zufriedene Kunden. In: Heilberufe 1997, 49, S. 24-26.

KIERKEGAARD, S.: Entweder-Oder. *Ein Lebensfragment*, Jena 1932.

KIERKEGAARD, S.: Der Begriff der Angst / Die Krankheit zum Tode, Wiesbaden 2005.

KIESER, A.: Max Webers Analyse der Bürokratie. In: KIESER, A. (Hrsg.), Organisationstheorien, 2. Aufl., Stuttgart u.a. 1995, S. 31-56.

KIESERLING, A.: Klatsch: *Die Moral der Gesellschaft in der Interaktion unter Anwesenden*. In: Soziale Systeme 1998, 4, S. 387-413.

KIESEWETTER, M.: Die Einstellung psychiatrischer Klinikpatienten zur industriellen Arbeitstherapie und zur Ergotherapie. In: Psychiatrische Praxis 1976, 3, S. 36-44.

KIEßLING, J. & ZIMMERMANN, J.: Analyse und Stellung des Arztes zu Aspekten des Interesses am Krankheitsgeschehen, der Information und Compliance seiner chronisch kranken Patienten: *Eine Ärzteexploration*, Leipzig 1987.

KIETZ, G.: Der Ausdrucksgehalt des menschlichen Ganges, 3. Aufl., Leipzig 1956.

KIETZ, G.: Gang und Seele, München 1966.

KILIAN, R.: Ist Lebensqualität messbar? *Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie.* In: Psychiatrische Praxis 1995, 22, S. 97-101.

KILIAN, R. et al.: Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. *Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU*. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, Sonderheft 2, S. 79-83.

KILIAN, R. et al.: Die Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung integrativer Gesundheitsversorgungsprogramme durch die Patienten (BiGPAT). In: Gesundheitswesen 2009, 71, S. 460-468.

KIM, S.S. / KAPLOWITZ, S. & JOHNSTON, M.V.: The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. In: Evaluation & the Health Professions 2004, 27 (3), S. 237-51.

KINDERMANN, L.: Zur Biographie des Patienten und zu seinem Befinden und Verhalten im Krankenhaus, Kiel 1972.

KING, J.A. & SMITH, C.G.: The treatment milieu and prediction of mental hospital effectiveness. In: Journal of Health and Social Behaviour 1972, 13, S. 180-194.

KINNERSLEY, P. et al.: A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. In: Family Practice 1996, S. 41-51.

KINNERSLEY, P. et al.: The patient-centndness of consultations and outcome in primary care. In: British Journal of General Practice 1999, 49, S. 711-716.

KIPPHARDT, H.: März, Reinbek 1978.

KIRCHHOFF, R.: Vom Ausdruck des Menschenblicks. In: Studium Generale 1960, 13, S. 585-606.

KIRCHHOFF, S. et al. (Hrsg.): „Machen wir doch einen Fragebogen", Opladen 2000.

KIRCHHOFF, S. et al.: Fragebogen. *Datenbasis. Konstruktion. Auswertung*, 2.Aufl., Opladen 2001.

KIRCHLER, E.: Zufriedenheit unterm gemeinsamen Dach. *Ein Überblick über sozialpsychologische Untersuchungen zur Ehequalität.* In: Gruppendynamik 1989, 20, S. 75-94.

KIRCHLER, E. / SOBOTKA, R. & RODLER, C.: Zufriedenheit und Commitment von Bankkunden – *Eine Anwendung des Investmentmodells.* In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 2002, 4, S. 366-386.

KIRN, S. & KÜMMERLING, U.: Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten: *ein prozeßorientierter Ansatz zur Ermittlung der Zufriedenheit aus Sicht der Krankenhausärzte, der niedergelassenen Ärzte und Patienten.* Ilmenau 1998.

KIRPAL, T.: Spiritualität in der Pflege: *Eine Begriffsanalyse.* In: Psychiatrische Pflege 2004, 10, S. 185-191.

KISCH, E.-M. & THILO, A.: Die Zufriedenheit von Patienten im Krankenhaus. *Eine empirische Untersuchung*, Hannover 1991.

KISKER, K.P.: Erfahrungen und Methodisches zur Gruppenbildung im psychiatrischen Krankenhaus. In: Nervenarzt 1960, 31, S. 392-402.

KISKER, K.P.: Medizin und Sozialwissenschaft. In: Medizin, Mensch und Gesellschaft 1982, 7, S. 248-255.

KIßGEN, R. & SCHLEIFFER, R.: Zur Spezifitätshypothese eines Theory-of-Mind Defizits beim Frühkindlichen Autismus. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2002, 30, S. 29-40.

KITZIG, H.P.: Chronisch psychisch krank – Bedürfnisse und Wünsche der Patienten. In: BORSI, G.M. (Hrsg.), Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag, Göttingen 2006, S. 67-75.

KIVLAHAN, D.R. / DONAVAN, D.M. & WALKER, R.D.: Predictors of relapse: *interaction of drinking-related locus of control and reasons for drinking.* In: Addictive Behaviours 1983, 8, S. 273-276.

KLAIBERG, A. / BRÄHLER, E. & SCHUMACHER, J.: Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In: BEBERICH, H. & BRÄHLER, E. (Hrsg.), Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte, Gießen 2001, S. 105-127.

KLAIBERG, A et al.: Was beeinflusst die Zufriedenheit von Frauen mit ihrer Sexualität und Partnerschaft. In: Der Gynäkologe 2001, 34, S. 254-265.

KLÄUI, C.: Die psychiatrische Behandlung in den Augen austretender Patienten, Zürich 1982.

KLAGES, L.: Vom kosmogonischen Eros, 3. Aufl., Jena 1930.

KLAGES, L.: Vom Wesen des Rhythmus, 2. Aufl., Zürich 1944.

KLAGES, L.: Geist als Widersacher der Seele, 6. Aufl., Bonn 1981.

KLAGES, U.: Eine Clusteranalyse von Alkoholismuspatienten auf der Basis von Persönlichkeitsvariablen, sozialer Unsicherheit und Kontrollorientierung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1984, 32, S. 260-270.

KLANT, M. / SCHULZE-WESLARN, A. & WALCH, J.: Grundkurs Kunst 1. *Themen aus: Malerei – Grafik – Fotografie*, Hannover 1988.

KLANT, M. & WALCH, J.: Grundkurs Kunst 2. *Themen aus: Plastik – Skulptur –Objekt*, Hannover 1990.

KLAPP, B.F.: Psychosoziale Intensivmdeizin. *Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde*, Berlin u.a. 1985.

KLAPP, B.F. & SCHEER, J.W.: Die intensivmedizinische Behandlung im Erleben von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. In: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1978, 84, S. 1512-1515.

KLAPP, B.F. / SCHEER, J. & GLASER, E.: Die internistische Intensivbehandlung in der Einschätzung der Patienten, ein Vergleich cardialer und nicht-cardialen Patienten. In: Intensivmedizin 1979, 16, S. 153-158.

KLAPP, B.F. et al.: Kommunikationsbedürfnis und -realisation der Patienten im Verlauf der internistisch-intensiv-medizinischen Behandlung. In: TEWES, U. (Hrsg.), Angewandte Medizinpsychologie, Frankfurt/M. 1984, S. 208-221.

KLAPPROTT, J.: Einführung in die psychologische Methodik, Stuttgart 1975.

KLASMANN, J.: Über die Stimme zum Selbst. In: Psychologie heute 1995, 11, S. 24-27.

KLAUER, K.C.: Kontrafaktisches Denken. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006a, S. 314-321.

KLAUER, K.C.: Kognitive Balance und Konsistenz. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006b, S. 380-387.

KLAUS, G. & BUHR, M.: Philosophisches Wörterbuch. Band I+II, 6. Aufl., Leipzig 1969.

KLAUSEGGER, C. & SCHARITZER, D.: Der Bürger als Kunde. *Spezifika öffentlicher Kundenbeziehungen am Beispiel einer Analyse der Kundenzufriedenheit bei Finanzämtern.* In: Jahrbuch für Absatz- und Verbraucherforschung 2000, 3, S. 280-300.

KLEE, E.: Wenn Patienten den Mund aufmachen… In Frankfurt haben Patienten ihre Psychiater kritisiert. *Die Folgen: Repressalien.* In: Psychologie heute 1977, 4, S. 36-44.

KLEE, E.: Psychiatrie-Report, Frankfurt/M. 1978.

KLEE, E.: "Die Hölle von Ückermünde". *Deutschlands entlegenste Psychiatrie*. In: Ders., Irrsinn Ost – Irrsinn West. *Psychiatrie in Deutschland*, Frankfurt/M. 1993, S. 9-20.

KLEEBERG, U.R. et al.: Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: *results of the PASQOC-study*. In: Supportive Care in Cancer 2005, 13, S. 303-310.

KLEIN, H.E. & CORDING, C.: Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. In: Krankenhauspsychiatrie 1995, 6, S. 156-159.

KLEIN, K.: Ereignisorientierte Patientenbefragung – *Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation*, Freiburg 2005.

KLEIN, M.: Modelle und Ergebnisse der Rückfallforschung im Bereich Alkoholismus. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1989, 5, S. 41-49.

KLEIN, M. & KELLNER, K.: Interaktion zwischen Intensivpatienten. *Vergleich verschiedener Intensivstationen*. In: Zeitschrift für Praktische Anästhesie und Wiederbelebung 1979, 14, S. 406-411.

KLEIN, M. et al.: Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: *Theorie, Diagnostik und Klassifikation*. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 38-50.

KLEIN, S.: Die Glücksformel oder Wie die guten Gefühle entstehen, Reinbek 2003.

KLEIN, S. & PORST, R.: Mail Survey. *Ein Literaturbericht*. ZUMA-Technischer Bericht 10/2000, Mannheim 2000.

KLEIN, T. & SALASKE, I.: Das Altenheimsurvey: *Ergebnisse einer Befragung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. In: Evangelische Impulse 1996, 8, S. 26-28.

KLEIN, W.: »Sie sehen mir alle mit freundlichen Gesichtern entgegen« Die Beziehung zwischen Patienten und Krankenschwestern im Saarbrücker Bürgerhospital in der Mitte des 19. Jahrhunderts. In: Medizin, Mensch und Geschichte 2002, 21, S. 63-92.

KLEINBECK, U.: Berufserfolg – Berufszufriedenheit – Berufliche Entwicklung. In: SEIFERT, K.H. / ECKHARDT, H.-H. & JAIDE, W. (Hrsg.), Handbuch der Berufspsychologie, Göttingen 1977, S. 345-396.

KLEINING, G.: Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1982, 34, S. 224-253.

KLEINSORGE, I.K. & KÖNIG, H.F.: The silent customers: *Measuring customer satisfaction in nursing homes*. In: Journal of Health Care Marketing 1991, 11, S. 2-13.

KLEIST, E.C.v.: Die Unzufriedenheit der Menschen. In: Ders., Sämtliche Werke, Stuttgart 1971, S. 57-61.

KLEIST, H.v.: Brandenburger Ausgabe, Hrsg. v. Reuß, R. & Staengle, P., Frankfurt/M. 1988.

KLEIST, H.v.: Über das Marionettentheater. *Aufsätze und Anekdoten*, Frankfurt/M. 1980.

KLEIST, H.v.: Aufsatz, den sicheren Weg des Glücks zu finden und ungestört – auch unter den größten Drangsalen des Lebens – ihn zu geniessen. In: Ders., Sämtliche Werke und Briefe, Bd.1, München 1952a, S. 301-315.

KLEIST, H.v.: Über die allmähliche Verfertigung des Gedankens beim Reden. In: Ders., Sämtliche Werke und Briefe, Bd.1, München 1952b, S. 319-325.

KLEIST, H.v.: Michael Kohlhaas. *Aus einer alten Chronik*, Stuttgart 1982.

KLEMENT, H.: Langfristig zufriedene Nüchternheit – ein erstrebenswertes Ziel für Alkoholabhängige. In: KÖRKEL, J. (Hrsg.), Rückfall muss keine Katastrophe sein. *Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer,* 5. Aufl., Wuppertal 2006, S. 49-58.

KLEMMERT, O.: „Experte aus Betroffenheit" – *Wird im neuen Jahrhundert die Tür zu einer alternativen Professionalität aufgestoßen?* In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2001, 32, S. 83-104.

KLEMPERER, D.: Qualität in der Medizin – *Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen.* In: DAMKOWSKI, W. / GÖRRES, S. & LUCKEY, K. (Hrsg.), Patienten im Gesundheitssystem. *Patientenunterstützung und -beratung*, Augsburg 1995, S. 189-216.

KLEMPERER, D.: Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen. In: Managed Care 2003a, 7, S. 9-11.

KLEMPERER, D.: Arzt-Patient-Beziehung: *Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden.* In: Deutsches Ärzteblatt 2003b, 12, A753-A756.

KLEMPERER, D.: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. *Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*, Berlin 2003c.

KLEMPERER, D.: Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Teil 1: Modell der Arzt-Patient-Beziehung.* In: Balint 2005a, 6, S. 71-79.

KLEMPERER, D.: Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligung.* In: Balint 2005b, 6, S. 115-123.

KLEMPERER, D.: Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe? In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005, S. 132-136.

KLEMPERER, D.: Vom Paternalismus zur Partnerschaft: *Der Arztberuf im Wandel.* In: PUNDT, J. (Hrsg.), Professionalisierung im Gesundheitswesen, Berlin 2006, S. 61-75.

KLEMPERER, D. & ROSENWIRTH, M.: Shared Decision Making: *Konzepte, Voraussetzungen und politische Implikationen. Ein Chartbook*, Gütersloh 2005.

KLEMPERER, D. & ROSENWIRTH, M.: Erstes Hintergrundpapier zum SDM-Chartbook. *Was ist Shared Decision Making?*
URL:http://www.patient-im-mittelpunkt.de/2005-07HGP1.pdf
[Stand 01.11.2006a]

KLEMPERER, D. & ROSENWIRTH, M.: Zweites Hintergrundpapier zum SDM-Chartbook: *Die Sicht der Patienten.*
URL:http://www.patient-im-mittelpunkt.de/2005-07HGP2.pdf
[Stand 01.11.2006b]

KLEMPERER, D. & ROSENWIRTH, M.: Drittes Hintergrundpapier zum SDM-Chartbook: *Die Sicht der Ärzte.*
URL:http://www.patient-im-mittelpunkt.de/2005-07HGP3.pdf
[Stand 01.11.2006c]

KLENDAUER, R. et al.: Fairness und Gerechtigkeit. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 187-195.

KLESSE, R.: Gespräche mit psychiatrischen Patienten: *eine Darstellung der Situation von Patienten in der Klinik, deren Erfahrungen mit und Erwartungen an die Psychiatrie*, Erlangen-Nürnberg 1993.

KLESSIG, J. et al.: Evaluation humanistic attributes of internal medicine residents. In: Journal of General Internal Medicine 1989, 4, S. 514-521.

KLEVE, H.: Soziale Arbeit und Ambivalenz. *Fragmente einer Theorie postmoderner Professionalität.* In: Neue Praxis 1999a, 4, S. 368-382.

KLEVE, H.: Die produktiven Ambivalenzen der Sozialarbeit. *Sozialarbeitswissenschaft im Spiegel eines Berliner Diskurses.* In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1999b, 1, S. 23-29.

KLEVE, H.: Soziale Arbeit und Ambivalenz. *Fragmente einer Theorie postmoderner Professionalität.* In: Neue Praxis 1999c, 4, S. 360-382.

KLEVE, H.: Zwei Logiken des Helfens. *Ambivalenz- und systemtheoretische Betrachtungen.* In: Soziale Arbeit 2003, 6, S. 220-227.

KLEVE, H.: Ambivalenzreflexive Theoriegenese in der Sozialen Arbeit – oder: *Vom Staunen über die Selbstverständlichkeiten der anderen.* In: Zeitschrift für Sozialpädagogik 2004, 3, S. 286-300.

KLEVE, H.: Soziale Arbeit zwischen Moderne und Postmoderne. *Steigerung der Ambivalenzlastigkeit.* In: Forum sozial 2005, 1, S. 23-24.

KLEVE, H.: Ambivalenz, System und Erfolg. *Provokationen postmoderner Sozialarbeit,* Heidelberg 2007a.

KLEVE, H.: Das Tetralemma: *Ein Modell zur Reflexion und Bewältigung sozialarbeiterischer Ambivalenzen.* In: Siegen: Sozial 2007b, 1, S. 47-51.

KLEVE, H.: „Auf gleicher Augenhöhe" – *Vom autoritären zum dialogisch-kooperativen Implementieren.* In: Sozialmagazin 2007c, 9, S. 24-29.

KLINDTWORTH, K. et al.: Qualitätsmanagement auf einer Palliativstation – *welchen Beitrag können qualitative Interviews mit Patienten und ihren Angehörigen leisten?* In: Palliativmedizin 2010, 11, S. 180-187.

KLINGEMANN, H.: Der soziale Kontext von Autoremissionen bei problematischem Alkoholkonsum. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1988, 13, S. 123-131.

KLINGENBERG, A. / BAHRS, O. & SZECENYI, J.: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? *Erste Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie*. In: Zeitschrift für Allgemein Medizin 1996a, 72, S. 180-186.

KLINGENBERG, A. / BAHRS, O. & SZECENYI, J.: Welche Hinweise können Patienten zu Verbesserungen in der Praxis geben? *Eine Pilotstudie in einer Landpraxis*. In: Zeitschrift für Allgemein Medizin 1996b, 72, S. 677-680.

KLINGENBERG, A. / BAHRS, O. & SZECENYI, J.: Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. *Kontinuierliche Qualitätsförderung durch Einbeziehung der Patientenperspektive*. In: Die Ersatzkasse 1996c, 76, S. 137-139.

KLINGENBERG, A. / BAHRS, O. & SZECENYI, J.: Patientenerwartungen an den Hausarzt: *Unterschiede in den alten und neuen Bundesländern*. In: Die Ortskrankenkasse 1997, 79, S. 29-32.

KLINGENBERG, A. & SZECENYI, J.: Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? *Rückmeldungen von Hausärztinnen und Hausärzten zu einer »Patientenbefragung zur Pharmakotherapie«*. In: Zeitschrift für Allgemein Medizin 1998a, 74, S. 769-772.

KLINGENBERG, A. & SZECENYI, J.: „Nicht jeder Arztbesuch erfordert ein Rezept". *Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Arzneimitteltherapie*. AQUA-Materialien, Band V, Göttingen 1998b.

KLINGENBERG, A. / BAHRS, O. & SZECENYI, J.: „Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen?" *Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung häuslicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP)*. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 1999, 93, 437-445.

KLINGENBERG, A. et al.: Wie bewerten Patienten ihre zahnärztliche Versorgung? *Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten bei niedergelassenen Zahnärzten*. In: Das Gesundheitswesen 2008, 70, S. 525-531.

KLINGER, M. et al.: Erste Erfahrungen mit der Lübecker Fragebogen-Doppelkarte von Patienten(un)zufriedenheit.
URL:http://www.medizininfo.de/quality/html/dokutext8.html
[Stand 15.11.2005]

KLOPFER, W.G. / WYLIE & HILLSON, J.S.: Attitudes toward mental hospitals. In: Journal of Clinical Psychology 1956, 12, S. 361-365.

KLOSE, J. / LITSCH, M. & NIEMEYER, M.: Krankenversicherungskarte: Heilsbringer und/oder Teufelswerk? *Stand des Wissens um die Auswirkungen der Krankenversicherungskarte auf das Verhalten von Anbietern und Nachfragern im Gesundheitswesen*, Bonn 1999.

KLOTZ, T. et al.: Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. In: Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift (DMW), 121Jg., 1996, Nr. 28/29, S. 889-895.

KLUGE: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, 21 Aufl., Berlin 2002.

KLUGE, A. & SCHILLING, J.: Organisationales Lernen und lernende Organisation – *ein Überblick zum Stand von Theorie und Empirie*. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2000, 44, S. 179-191.

KLUXEN, W.: Glück und Glücksteilhabe. *Zur Rezeption der aristotelischen Glückslehre bei Thomas von Aquin.* In: BIEN, G. (Hrsg.), Die Frage nach dem Glück, Freiburg 1978, S. 77-91.

KNÄPPLE, A. & DANNER, K.P.: Die Zufriedenheit er-kunden. In: Forum Sozialstation 1997, 21, S. 36-39.

KNERR, A.: Messung der Patientenzufriedenheit – *Eine systematische Übersicht über Aufbau und Gütekriterien von Erhebungsinstrumenten*, Halle 2005.

KNOBLICH, B. & STEGMÜLLER, B.: Zufriedenheit der Patienten im Klinikum Göttingen – *eine empirische Untersuchung.* In: Krankenhaus Umschau 1989, 1, S. 28-29.

KNOP, B.: Die Analyse der Zufriedenheit mit der Dienstleistung in Krankenhäusern auf Basis zufriedenheitstheoretischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung leistungsspezifischer Besonderheiten – *Ein konzeptioneller Ansatz*, Bonn 2002.

KNORR-CETINA, K.: Spielarten des Konstruktivismus. In: Soziale Welt 1989, 40, S. 86-96.

KNORR-CETINA, K.: Die Fabrikation von Erkenntnis. *Zur Anthropologie der Naturwissenschaft,* 2. Aufl., Frankfurt/M. 2002a.

KNORR-CETINA, K.: Wissenskulturen. *Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen,* Frankfurt/M. 2002b.

KNUDSEN, H.C. et al.: Translation and cross-cultural adaption of outcome measurements for schizophrenia. In: British Journal of Psychiatry 2000, 177 (suppl 39), S. 8-14.

KNUF, A.: Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001a, S. 32-44.

KNUF, A.: Aufklärung und Informationstausch als Empowerment-Strategie. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001b, S. 45-56.

KNUF, A.: Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie. In: Managed Care 2003a, 7, S. 17-19.

KNUF, A.: Gemeinsam mit Betroffenen die Psychiatrie der Zukunft gestalten! In: promente sana aktuell 2003b, H. 3, S. 9-11.

KNUF, A.: Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. *Eine Annäherung an das Recovery-Konzept.* In: Soziale Psychiatrie 2004, Heft 1.

KNUF, A.: Wie werden psychisch kranke Menschen eigentlich wieder gesund? In: pro mente sana aktuell 2005a, Heft 1.

KNUF, A.: Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. In: Soziale Psychiatrie 2005b, 4, S. 41-44.

KNUF, A.: Empowerment-Förderung: *Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit.* In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005c, H. 4, S. 4-7.

KNUF, A.: Die Recovery-Bewegung: *Hoffnung, Sinn, Gesundheit*. In: Psychologie heute 2007, H.9, S. 42-45.

KNUF, A.: Recovery: *Wider den demoralisierenden Pessimismus*. In: Kerbe 2008, S. 8-11.

KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001.

KNUF, A. & BRIDLER, S.: Recovery konkret. In: Psychosoziale Umschau 2008, 4, S. 26-29.

KÜNKEL, F.: Das Wir. *Die Grundbegriffe der Wir-Psychologie*, Darmstadt 1974.

KÜNKEL, F.: Charakter, Krisis und Weltanschauung. *Die Vitale Dialektik als Grundlage der angewandten Charakterkunde*, Leipzig 1935.

KOBASA, S.C.: Stressful life events and health: *An inquiry into hardiness*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1979, 37, S. 1-11.

KOBASA, S.C. / MADDI, S.R. & COVINGTON, S.: Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. In: Journal of Health and Social Behaviour 1981, 22, S. 368-378.

KOBASA, S.C. / MADDI, S.R. & KAHN, S.: Hardiness and health: *A prospective study*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1982, 42, S. 168-177.

KOBASA, S.C. & PUCCETTI, M.C.: Personality and social resources in stress resistance. In: Journal of Personality and Social Psychology 1983, 45, S. 839-850.

KOBJOLL, K.: M&M-Interview: *Kundenzufriedenheit*. In: Marktforschung & Management 1998, 20, S. 128-130.

KOCH, A.: Arbeitermemoiren als sozialwissenschaftliche Erkenntnisquelle. In: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 1919, 61, S. 128-167.

KOCH, J.-J.: Der zufriedene Patient – *Ein Kriterium für die Güte der Versorgung und Pflege im Krankenhaus?* In: PINDING, M.: Krankenpflege in unserer Gesellschaft, Stuttgart 1972, S. 158-168.

KOCH, U.: Das Arzt-Patienten-Verhältnis aus der Sicht des Arztes: *Ein Beitrag zur Lernzielforschung in der Medizin*, Hamburg 1972.

KOCH, U.: Ärztliche Vorstellungen zur medizinischen Ausbildung als Spiegelbild ärztlichen Selbstverständnisses. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1974, 1, S. 50-66.

KOCH, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. *Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. In: Psychologie heute 1975, 1, S. 13-17 und 76.

KOCH, U.: Arzt-Patient-Beziehung: *Normen, Rollen und Einstellungen*. In: DENEKE, F.-W. et al. (Hrsg.), Medizinische Psychologie, Köln 1977, S. 179-203.

KOCH, U. & GRIPPAIN, P.: Das Arzt-Patienten-Verhältnis aus Sicht des Arztes – *Ein Vergleich von zwei Erhebungen aus den Jahren 1971 – 1976*. In: Psycho 1978, 4, S. 404-413.

KOCH-STRAUBE, U.: Fremde Welt Pflegeheim: *Eine ethnologische Studie*, 2. Aufl., Bern 2002.

KOCHLER, W.F. / FOTTLER, M.D. & SWAN, J.E.: Physician-patient satisfaction: *equity in the health service encounter*. In: Medical Care Review 1992, 49 (4), S. 455-484.

KOCI, M.: Sind zufriedene Kunden (eher) unzufrieden oder (eher) zufrieden? *Oder Wenn Umfrageergebnisse auch Unklarheit schaffen*. In: IDT-Blickpunkte 2006, 14, S. 10-12.

KOCK, I.: Management Support System Patientenzufriedenheit als Anwendungsbaustein eines Krankenhausinformationssystems, Dissertation, Leipzig 2003.

KOECHLER, R.: Annäherung an den Kohäsionsbegriff – *Überlegungen aus der Sicht des Praktikers*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1987, 23, S. 56-61.

KOEHLER, W.F. / FOTTLER, M.D. & SWAN, J.E.: Physician-Patient satisfaction: *Equity in the health services encounter*. In: Medical Care Review 1992, 49(4), S. 455-484.

KÖGEL, V.: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Zahnkliniken aus der Sicht der Patienten, Stuttgart 1975.

KÖHLE, K.: Erfahrungen mit einer Schwesterarbeitsgruppe "Patientenzentrierte Medizin". In: SCHWITAJEWSKI, H. & ROHDE, J.J. (Hrsg.), Lehren und Lernen in der Krankenpflege. *Inhalte, Methoden, psycho-soziale Voraussetzungen,* München u.a. 1972, 175-190.

KÖHLE, K. et al.: Psychological aspects in the treatment of leukemia patients in the isolated-bed-system "Life Island". In: Psychotherapy and Psychosomatics 1971, 19, S. 85-91.

KÖHLE, K. et al.: Das Gespräch mit dem Malignomkranken. In: Therapiewoche 1973, S. 2498-2504.

KÖHLE, K. / SIMSONS, C. & KUBANEK, B.: Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: ADLER, R. et al. (Hrsg.): Thure von Uexküll. *Psychosomatische Medizin*, 3. Aufl., München u.a. 1986, S. 1203-1251.

KÖHLER, E. & SCHLEUNING, G.: Der Weg entsteht im Gehen. *Hilfeplanung im therapeutischen Prozess*. In: Kerbe 2004, H. 4, S. 9-12.

KÖHLER, T. & SCHNITZLER, K.: Auswirkungen unterschiedlicher Spezialisierungskonzepte auf die Arbeits- und Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie, Wuppertal 2002.

KOEHLER, W.F. / FOTTLER, M.D. & SWAN, J.E.: Physician-patient satisfaction: *equity in the health services encounter*. In: *Medical Care Review* 1992, 49, S. 455-484.

KOESTLER, A.: Der göttliche Funke. *Der schöpferische Akt in Kunst und Wissenschaft*, Bern u.a. 1966.

KOESTLER, A.: Die Armut der Psychologie. *Der Mensch als Opfer des Versuchs, irrationalem Verhalten mit rationalen Methoden beizukommen,* Bern und München 1980.

KÖLLER, O. & STRAß, B.: Was misst der Kompetenzfragebogen? *Eine Realanalyse der Kurzform des Kompetenzfragebogens von Stäudle*. In: Diagnostica 1994, 40(1), S. 42-60.

KÖLTZOW, R.: Ein psychophyiologischer Ansatz zur Operationalisierung des Kohäsions-Konstrukts für die Analyse von therapeutischen Gruppenprozessen. In: CZOGALIK, D. / EHLERS, W. &

TEUFEL, R. (Hrsg.), Perspektiven der Psychotherapieforschung: *Einzelfall – Gruppe – Institution,* Freiburg 1985, S. 348.

KÖLTZOW, R. & TEUFEL, R.: Untersuchungen zur Faktorenstruktur des Stuttgarter Bogens. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1984, 19, S. 221-230.

KÖNIG, E.: Das Konstruktinterview. In: DERS. & VOLMER, G. (Hrsg.), Systemisch denken und handeln. *Personale Systemtheorie in Erwachsenenbildung und Organisationsberatung: Methoden*, Weinheim und Basel 2005, S. 83-117.

KÖNIG, K.: Arbeitsbeziehungen in der analytischen Gruppenpsychotherapie – *Konzept und Technik*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1974, 9, S. 237-266.

KÖNIG, K.: Arbeitsbeziehungen in analytischen Gruppen. In: GEIGL-EVERS, A. & STREECK, U. (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. *Bd. 8: Lewin und die Folgen*, Zürich 1979.

KÖNIG, K.: Abwehrmechanismen, Göttingen und Zürich 1996.

KÖNIG, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. *Band 14, Religion – Bildung – Medizin,* 2., völlig neubearb. Aufl., Stuttgart 1979.

KÖNIG, R. (Hrsg.): Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966.

KÖNIG, R. & SACHSE, R.: Die Therapie-Optimismus-Skala: *Analyse eines Stunden-Erhebungs-Bogens*, Bochum 1990.

KÖNIG, R. & TÖNNESMANN, M. (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 4. Aufl. Köln 1970.

KÖNIGSWIESER, R.: Die Auswirkung schockierender Nachrichten: *psychische Bewältigungsmechanismen und Methoden der Überwindung.* In: Der Betriebswirt 1985, 45, H.1, S. 51-61.

KÖNSGEN, D.: Antipsychiatrie. *Von den Auslösern bis zur Gegenwart.* In: Psychiatrische Pflege 2008, 14, S. 252-259.

KÖPCKE-BOHNKE, A.: Ambulante Nachbehandlung Krankenhausentlassener Psychiatriepatienten – *Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*, Hamburg 1979.

KÖRGEL, J.: Der Rückfall von Alkoholabhängigen – *Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des Rückfalls.* In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 1991a, 23, S. 321-337.

KÖRGEL, J. (Hrsg.): Praxis der Rückfallbehandlung. *Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer*, Wuppertal 1991.

KÖRKEL, J. (Hrsg.).: Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?, Berlin 1992.

KÖRKEL, J. (Hrsg.): Rückfall muss keine Katastrophe sein. *Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer,* 5. Aufl., Wuppertal 2006.

KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995.

KÖRKEL, J. & LAUER, G.: Rückfälle Alkoholabhängiger: *Ein Überblick über neue Forschungsergebnisse und -trends.* In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 158-185.

KÖRKEL, J. & SCHINDLER, C.: Der Kurzfragebogen zur Abistenzzuversicht (KAZ-35). *Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger.* In: Sucht 1996, 42, S. 156-166.

KÖRKEL, J. & KRUSE, G.: Mit dem Rückfall leben: *Abstinenz als Allheilmittel?* 3. Aufl., Bonn 1997.

KÖRKEL, J. / SCHINDLER, C. & HANNING, J.: Kurzfragebogen zur Abstinenzzuversicht (KAZ-35). In: GLÖCKNER-RIST, A. / RIST, F. & KÜFNER, H. (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 3.00. Mannheim 2003.

KÖRKEL, J. & WOHLFARTH, R.: Rückfall – ein Vorfall, der kein Zufall ist. *Leitlinien für den Lebensalltag von Alkoholgefährdeten und Alkoholabhängigen.* In: KÖRKEL, J. (Hrsg.), Rückfall muss keine Katastrophe sein. *Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer,* 5. Aufl., Wuppertal 2006, S. 13-48.

KÖRKEL, J.: Burnout in der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen. In: MISSEL, P. & BRAUKMANN, W.(Hrsg.): Burnout in der Suchttherapie, Göttingen 1995.

KÖVESI, E. & MANYI, G.: Patientenzufriedenheit in der Volksrepublik Ungarn. In: Stationäres und ambulantes Gesundheitswesen 1986, 36, S. 46-48.

KÖTTER, H.U.: Handbuch der Unzufriedenheit, München 1999.

KOHLBERG, L.: The claim to moral adequacy of a highest stage of moral judgment. In: The Journal of Philosophy 1973, 70, S. 630-646.

KOHLBERG, L.: Zur kognitiven Entwicklung des Kindes, Frankfurt/M. 1974.

KOHLBERG, L.: Eine Neuinterpretation der Zusammenhänge zwischen der Moralentwicklung in der Kindheit und im Erwachsenenalter. In: DÖBERT, R. / HABERMAS, J. & NUMMER-WINKLER, G. (Hrsg.), Entwicklung des Ichs, 2. Aufl., Athenäum 1980, S. 225-252.

KOHLBERG, L.: Die Psychologie der Moralentwicklung, Frankfurt/M. 1996.

KOHLBERG, L. / BOYD, D. & LEVINE, C.: Wiederkehr der sechsten Stufe. *Gerechtigkeit, Wohlwollen und der Standpunkt der Moral.* In: EDELSTEIN, W. & NUMMER-WINKLER, G. (Hrsg.), Zur Bestimmung der Moral, Frankfurt/M. 1986, S. 205-240.

KOHLI, M.: „Offenes" und „geschlossenes" Interview: *Neue Argumente zu einer alten Kontroverse.* In: Soziale Welt 1978, 9, S. 1-25.

KOHLMANN, T.: Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und Methoden. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* Sankt Augustin 1998, S. 57-68.

KOHN, A.: Mit vereinten Kräften. *Warum Kooperation der Konkurrenz überlegen ist,* Weinheim 1989a.

KOHN, A.: Warum wir helfen. In: Psychologie heute 1989b, H.3, S. 20-22.

KOHN, D. et al.: „Was ist für niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte in ihrer Arbeitsbeziehung zu einer Universitätsklinik wichtig?“. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2008, 102, S. 307-312.

KOHUT, H.: Narzißmus. *Eine Theorie der Psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*, Frankfurt/M. 1976.

KOLAKOWSKI, L.: Kann der Teufel erlöst werden? In: Ders, Leben trotz Geschichte. *Lesbuch*, 2. Aufl., München 1977.

KOLB, S.J. / RACE, K.E. & SEIBERT, J.H.: Psychometric evaluation of an impatient psychiatric care consumer satisfaction survey. In: Journal of Behavioural Health Services & Research 2000, 27, S. 75-86.

KOLCK, C.: Erleben und Folgen von Intensivbehandlung: *eine Patientenbefragung aus der Retrospektive,* Münster 1984.

KOLIP, P. et al.: "Lebenslust statt Krankheitsfrust" – *Implementation und Evaluation eines Programms zur aktiven Patientenbeteiligung in der stationären Rehabilitation chronischer Rückenschmerzpatienten*. In: Rehabilitation 2001, 40, S. 267-274.

KOLL, C.: Die Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle 2001.

KOLLEK, et al.: Kommunikation mit Patienten. In: Pflege 1997, 10, S. 225-240.

KON, I.S.: Freundschaft. *Geschichte und Sozialpsychologie der Freundschaft als soziale Institution und individuelle Beziehung*, Reinbek 1979.

KONOPKA, L. et al.: Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland erfasst? In: Krankenhauspsychiatrie 2001, 12, S. 152-156.

KONRAD, M. / POHL, M. & SOBEL, I.: Die Patientenzufriedenheit in einem ‘Gesundheitsfördernden Krankenhaus‘. In: LÜTHY, A. (Hrsg.), Aktuelle Brennpunkte im Pflegemanagement, Frankfurt/M. 1998, S. 23-66.

KONRAD, M. & GNANNT-KRONER, S.: Hilfeplankonferenz als Herzstück personenzentrierter Umgestaltung. *Was eine Hilfeplankonferenz für die Einrichtungen bedeutet und was sich dabei in der Region ändert*. In: Kerbe 2004, 4, S. 16-19.

KOOLWIJK, J. van: Fragebogenprofile. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1968, 20, S. 780-791.

KOOLWIJK, J. v.: ’Unangenehme Fragen’. *Paradigma für die Reaktion des Befragten im Interview*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1969, 21, S. 864-875.

KOOLWIJK, J. v: Die Befragungsmethode. In: KOOLWIJK, J. v & WIEKEN-MAYSER, M. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. *Bd. 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung*, München/Wien 1974, S. 9-23

KOOP, B. & BUNGARD, W.: Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit im Krankenhaus. In: Wirtschaftspsychologie aktuell 2004, H.4, S. 27-33.

KOOS, E.L.: Metropolis – What City People Think of their Medical Services. In: American Journal of Public Health 1955, 45, S. 1551-1557. Eine deutsche Übersetzung dieses Textes findet sich in: MITSCHERLICH, A. / BROCHER, T. & HORN, K. (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln und Berlin 1970, S. 311-320.

KOPALLE, P.K. & LEHMANN, D.R.: Strategic Management of Expectations. *The Role of Disconfirmation Sensitivity and Perfectionism*. In: Journal of Marketing 2001, 38, S. 386-394.

KOPPENHÖFFER, E.: Therapie und Förderung genussvollen Erlebens und Handelns. In: ZIELKE, M. & MARK, N. (Hrsg.), Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. *Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation*. Berlin 1990, S. 250-263.

KOPPENHÖFFER, E.: Euthymes Erleben im therapeutischen Selbstmanagement-Prozeß. In: REINECKER, H.S. & SCHMELZER, D. (Hrsg.), Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement, Göttingen 1995, S. 199-207.

KOPPENHÖFFER, E.: Die kleine Schule des Genießens. *Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Aktivierung gesundheitsförderlicher Anteile*. In: ZIELKE, M. & STURM, J., Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim 1994, S. 529-532.

KOPPENHÖFFER, E.: Kleine Schule des Genießens. *Ein verhaltenstherapeutischorientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*, Groß Umstadt 2004.

KOPPENHÖFFER, E.: Sinnliche Leidenschaft erfahren – Wohlbefinden durch Sinnesgenüsse erleben. In: FRANK, R. (Hrsg.), Therapieziel Wohlbefinden. *Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, Berlin 2007, S. 145-157.

KOPPENHÖFFER, E. & LUTZ, R.: Depression und Genuß. In: LUTZ, R. (Hrsg.), Genuss und Genießen. *Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*, Weinheim 1983, S. 126-136.

KOPSCH, G.: Begrüßung. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 5-6.

KOPSKE, C.: Was erwartet der Bürger von seinem Hausarzt. In: Das deutsche Gesundheitswesen 1980, 35, S. 922-925.

KORCZAK, D. & PFEFFERKORN, G.: Psychiatrie und öffentliche Meinung. *Empirische Ergebnisse zu Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und psychiatrischen Institutionen*. In: FAUST, V. & HOLE, G. (Hrsg.), Psychiatrie und Massenmedien. *Presse – Funk – Fernsehen – Film*, Stuttgart 1983, S. 69-81.

KORDY, H. & SENF, W.: Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1992, 42, S. 127-133.

KORDY, H. / VON RAD, M. & SENF, W.: Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – *Die Sicht der Patienten*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1990, 40, S. 380-387.

KORF, T.: Empirische Untersuchung zur Zufriedenheit der Patienten mit den heterogenen Therapiebausteinen im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung der WKPP-Warstein. *Projektbericht*, klinikinterne Veröffentl., Warstein 2002.

KORF, T. Patientenzufriedenheit – *Eine empirische Untersuchung zur Zufriedenheit der Patienten nach stationärer Entwöhnungsbehandlung an der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein*, unveröffentlichte Diplomarbeit, Paderborn 2003.

KORLL, M. / DIETRICH, S. & ANGERMEYER, C.: Die Darstellung der Depression in deutschen Tageszeitungen. *Eine Trendanalyse*. In: Psychiatrische Praxis 2003, 30, S. 367-371.

KORNTHEUER, P.: Rumination im Alltag: *Inhalte, Verlauf, Vorhersage und klinische Aspekte gedanklicher Bewältigung,* Frankfurt/M. 2004.

KORSCH, B.M. / GOZZI, E.K. & FRANCIS, V.: Gaps in doctor-patient communication: *I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction*. In: Pediatrics 1968, 42, S. 855-871.

KORSCH, B.M. & NEGRETE, V.: Doctor-patient communications. In: Scientific American 1972, 227, S. 66-74.

KORTE, C.: Customer Satisfaction Measurement. *Kundenzufriedenheitsmessung als Informationsgrundlage des Hersteller- und Handelsmarketing am Beispiel der Automobilwirtschaft*, Frankfurt/M. 1995.

KORUNKA, C. / SCHARITZER, D. & SONNEK, A.: Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit in öffentlichen Organisationen. *Eine Längsschnittstudie bei der Einführung von New Public Management.* In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2003, 47, S. 208-221.

KOSINSKI, A. & RASPE, H.: Patientenzufriedenheit nach einer stationären Rehabilitation: *Unterschiedliche Ergebnisse bei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten?*. In: Das Gesundheitswesen 1998, 60, S. 75-79.

KOSTKA, C. & KOSTKA, S.: Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess, 4. Aufl., München 2008.

KOSTRZEWA, S. & KUTZNER, M.: Was wir noch tun können. *Basale Stimulation in der Sterbebegleitung.* Bern 2003.

KOWAL, S. & O'CONNELL, D.C.: Zur Transkription von Gesprächen. In: FLICK, U. / VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung. *Ein Handbuch*, 7. Aufl., Reinbek 2009, S. 437-447.

KRAAFT, M.: Der Kunde im Fokus: *Kundennähe, Kundenzufriedenheit, Kundenbindung und Kundenwert?* In: Die Betriebswirtschaft 1999, 4, S. 511-530.

KRAAK, B. & NORD-RÜDIGER, D.: Der Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL) als Instrument der Wertforschung. In: KLAGES, H. & KMIECIAK, P. (Hrsg.), Wertewandel und gesellschaftlicher Wandel, Frankfurt/M. 1979, S. 480-484.

KRAAK, B. & NORD-RÜDIGER, D.: Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit, Göttingen 1989.

KRACAUER, S.: Die Wartenden. In: Ders., Das Ornament der Masse, Frankfurt/M. 1977, S. 106-119.

KRÄMER, W.: Statistik verstehen. *Eine Gebrauchsanweisung*, Frankfurt/M. 1992.

KRÄMER, B. et al.: Patientenbefragung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins. In: Das Krankenhaus 1998, S. 202- 207.

KRÄMER, U.: Zu Soziogenese, Verlauf und Therapie der Heroinabhängigekit aus Sicht der Patienten – *eine medizinsoziologische Analyse*, Nürnberg 1986

KRAFT, H.: Das geeignete Krankenzimmerbild – *Ergebnisse einer Patientenbefragung*. Göttingen 1973.

KRAFT, U. et al.: Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1994, 2, S. 216-239.

KRALLMANN, D. & ZIEMANN, A.: Grundkurs Kommunikationswissenschaft, München 2001.

KRAMER, B. / SIMON, M. & KATSCHING, H.: Die Beurteilung psychiatrischer Berufsgruppen durch die Angehörigen. In: Psychiatrische Praxis 1996, 23, S. 29-32.

KRAMPE, H. et al.: Die Therapeutenrotation. *Ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen*. In: Psychotherapeut 2001, 46, S. 232-242.

KRAMPE, W. et al.: Patientenwünsche. *Eine Untersuchung*, Bonn 1973.

KRAMPEN, G.: Über die Beziehung von Berufszufriedenheit und beruflichen Wertorientierungen bei Lehrern. In: Psychologie und Praxis 1978, 22, S. 49-57.

KRAMPEN, G.: Über den Zusammenhang von subjektiver Studienzufriedenheit und Studienzielen bei Fachhochschülern. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1979a, 26, S. 288-304.

KRAMPEN, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. In: Medizinische Psychologie 1979b, 5, S. 39-49.

KRAMPEN, G.: Vergleich der Wertvorstellungen von Psychotherapeuten, Alkoholikern und nichtauffälligen Personen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1979c, 17, S. 146-150.

KRAMPEN, G.: Berufszufriedenheit und Zielorientierung von Lehrern: *Interdependenzanalyse zweier motivationaler Variablenkomplexe*. In: Psychologie und Praxis 1981a, 25, S. 81-90.

KRAMPEN, G.: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen, Göttingen 1981b.

KRAMPEN, G.: STEP. *Stundenbogen für die Allgemeine und Differenzielle Einzelpsychotherapie*, Göttingen 2002.

KRAMPEN, G.: STEP. *Stundenbogen für die Allgemeine und Differenzielle Einzelpsychotherapie*. In: STRAUß, B. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.), Klinische Interviews und Rantingskalen, Göttingen 2005, S. 442-444.

KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978, 7, S. 295-303.

KRAMPEN, G. & SCHWAB, P.: Erziehungsziele und Berufszufriedenheit von Grundschul-, Hauptschul- und Gymnasiallehrern. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 1980, 27, S. 174-177.

KRAMPEN, G. & VON DELIUS, A.: Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und subjektive Befindlichkeit von stationären Patienten. In: Medizinische Psychologie 1981a, 7, 110-126.

KRAMPEN, G. & VON DELIUS, A.: Die Klinik-Umwelt-Skalen (KUS). *Fragebogen zur Erfassung der Stationswahrnehmung von Klinikpatienten*, Trierer psychologische Berichte 1981b, Bd. 8, H. 1.

KRAMPEN, G. & VON DELIUS, A.: Zur direkten Messung subjektiv erlebter gesundheitlicher Veränderungen. In: Medizinische Psychologie 1981c, 7, S. 166-174.

KRAMPEN, G. & OHM, D.: Klinikwahrnehmung und Genesung von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik. In: Rehabilitation 1985, 24, S. 64-68.

KRAMPEN, G. & FISCHER, M.: Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung: *Literaturüberblick und theoretische Bezüge*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1988, 36, S. 100-117.

KRAMPEN, G. & WALD, B.: Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differenziellen Psychotherapie und Beratung. *Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beratung (STEP)*. In: Diagnostica 2001, 47(1), S. 43-50.

KRANICH, C.: Mündigkeit ohne Information ist Illusion! In: Ders. & MÜLLER, C. (Hrsg.), Der mündige Patient – eine Illusion? Frankfurt/M. 1993, 78-81.

KRANICH, C. & VITT, K.D. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren, Frankfurt/M. 2003.

KRATZ, T. & WALLESCH, C.W.: Pathologisches Lachen und Weinen. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2001, 69, S. 353-358.

KRAUS, B.: Konstruktivismus – Kommunikation – Soziale Arbeit. *Radikalkonstruktivistische Betrachtungen zu den Bedingungen des sozialpädagogischen Interaktionsverhältnisses*, Heidelberg 2002.

KRAUS, W.: Zur Analyse instrumenteller Gruppenbedingungen in Assertive-Training-Gruppen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg 1977.

KRAUSE, A. & DUNCKEL, H.: Arbeitsgestaltung und Kundenzufriedenheit. *Auswirkungen der Einführung teilautonomer Gruppenarbeit auf die Kundenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsleistung*. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2003, 47, S. 182-193.

KRAUSE, H. et al.: Nutzerinteressen im Mittelpunkt der Patienten- und Verbraucherberatung. *Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellvorhaben nach § 65 SGB V*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2004, 5, Heft 3, S. 4-8.

KRAUSS, G.M.: Drogenkonsum als Handlung. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1985, 8, Heft 5, S. 23-31.

KRAUSZ, M. & NABER, D.: Integrative Schizophrenietherapie. *Behandlungsphilosophie, Setting und Interventionsstrategie bedürfnisadaptierter Behandungsprogramme*. In: Psychologie im Dialog 2002, 3, S. 262-270.

KRAVITZ, R.L.: Patients' expectations for medical care: *An expanded formulation on review of the literature.* In: Medical Care Research and Review 1996, 53, S. 3-27.

KRAVITZ, R.L.: Patient Satisfaction with Health Care: *Critical Outcome or Trivial Pursuit?* In: Journal of General Internal Medicine 1998, 13, S. 280-282.

KREBS, D. & MATSCHINGER, H.: Richtungseffekte von Itemformulierungen. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 93/15, Mannheim 1993.

KRECH, G.: Die hohe Schule der Dankbarkeit. In: Psychologie heute 2003b, 11, S. 26-29.

KRECH, G.: Die Kraft der Dankbarkeit: *die spirituelle Praxis des Naikan im Alltag,* Berlin 2003b.

KREISELMAIER, J. / PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Der Interviewer im Pretest. *Evaluation der Interviewerleistung und Entwurf eines neuen Pretestkonzepts.* ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 89/14, Mannheim 1989.

KREMER, B.A.I.: Postnästesiologische Patientenzufriedenheit im Vergleich zweier Patientenkollektive, Bonn 2006.

KRENTZ, H. & OLANDT, H.: Zufriedenheit mit Klinik steigt mit dem Alter. In: Gesundheit und Gesellschaft 1999, S. 20-21.

KRENTZ, H. & OLANDT, H.: Messung der Qualitätswahrnehmung von Patienten mit teilleistungsbezogenem Ansatz. In: Gesundheitswesen 2001, 63, S. 530-535.

KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter, 23. Aufl., Berlin 1961.

KRETSCHMER, R. et al.: Zufriedenheitsanalyse stationärer Patienten. *Aufwand und Potenzial einer Fragebogenerhebung in der Unfallchirurgie.* In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 1999, 4, S. 31-36

KREUDER, E.: Herein ohne anzuklopfen, Köln-Lövenich 1981.

KREUTZ, H. & TITSCHER, S.: Die Konstruktion von Fragebögen. In: KOOLWIJK, J. van & WIEKEN-MAYSER, M. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. *Bd. 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung*, München/Wien 1974, S. 24-82.

KRICHEL, M.: Erzähltheorie und Comics.
URL: http://www.comicforschung.de/tagungen/06nov/06nov_kirchel.pdf
[Stand 15.06.2008]

KRISCHKE, N. / NIEBRÜGGE, S. & PETERMANN, F.: Stationäre onkologische Rehabilitation: *Veränderungen der Lebensqualität, Programmevaluation und -beurteilung von Krebspatienten.* In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1996a, 35, S. 186-193.

KRISCHKE, N. et al.: Prädikatoren für den Erfolg stationärer medizinischer onkologischer Rehabilitation. In: Prävention und Rehabilitation 1996b, 8, S. 109-117.

KRISHNAN, S. & VALLE, V.: Dissatisfaction Attributions and Consumer Complaint Behaviour. In: WILKIE, W. (Hrsg.), Advances in Consumer Research, Ann Arbour, MI, 1979, S. 445-449.

KRISOR, M.: Psychothérapie institutionelle und Gemeindepsychiatrie – *Theoretische Voraussetzungen und Alltagspraxis*. In: Fragmente. *Schriftenreihe zur Psychoanalyse* 1991a, 37, S. 107-123.

KRISOR, M.: Psychiatrie der offenen Tür – Institutionelle Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie. In: KRISOR, M. & LEIDNER, O.(Hrsg.), Institutionelle Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie. *Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*. Frankfurt/M. 1991b, S. 107-147.

KRISOR, M.: Der außerstationäre Raum kultiviert den stationären Raum, der stationäre Raum… In: DÖRNER, K. (Hrsg.), Akutpsychiatrie. *Durch Auflösung der Grenzen zum kommunalen Krankenhaus der Zukunft,* Gütersloh 1993, S. 175-204.

KRISOR, M.: Die institutionelle Psychotherapie – ein integrativer Ansatz. In: Psychologische Beiträge 1994a, 36, S. 451-471.

KRISOR, M. (Hrsg.): Dem Menschen begegnen – zur Wiederentdeckung des Subjekts in der Psychiatrie. *Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*, Regensburg 1994b.

KRISOR, M.: Die Negierung des Subjekts als institutioneller Angriff auf das Selbst – *ein Fallbeispiel*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1995a, 25 (1), S. 45-49.

KRISOR, M.: Die soziale Welt der institutionellen Psychotherapie. In: HERMER, M. (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten. *Gesellschaftliche Bedingungen und psychotherapeutische Praxis*, Tübingen 1995b, S. 242-249.

KRISOR, M.: Die Gestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen als ein Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. In: Pro Mente Sana 1997a, 19, S. 55-77.

KRISOR, M.: Menschenbild, Institution und Gewalt. In: Brückenschlag 1997b, 13, S. 128-139.

KRISOR, M.: Menschenbild, Krankheitsbegriff und institutionelle Strukturen. In: Ders. & PFANNKUCH, H. (Hrsg.), Was du nicht willst, das man dir tut.... *Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten*, Lengerich 1997c, S. 63-95.

KRISOR, M.: Das Konzept der französischen 'Psychotherapie institutionelle' und das 'Herner Modell' offener Gemeindepsychiatrie. In: URBAN, M. (Hrsg.), Psychotherapie der Psychosen. *Konzentrische Annäherungen an den Weg der Heilung*, Lengrich 2000, S. 97-121.

KRISOR, M.: Freiheit und Verantwortung in der Psychiatrie – praktische Folgerungen. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2001, H. 2, S. 18-21.

KRISOR, M.: Der Mensch ist nicht nur krank, wenn er krank ist – *Ateliers und Delegierte am St. Marien-Hospital Eickel*. In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Vom Kopf auf die Füße – *Der Mensch ist nicht nur krank, wenn er krank ist*. Lengerich 2003, S. 96-103.

KRISOR, M.: Aufgehoben in der Gemeinde. *Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie*, Bonn 2005.

KRISOR, M. & LEIDNER, O. (Hrsg.): Institutionelle Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie. *Reader zu den Herner gemeindepsychiatrischen Gesprächen*, Frankfurt/M. 1991.

KRISOR, M. & PFANNKUCH, H.: Zur Entwicklung einer autonomie- und subjektorientierten stationären Gemeindepsychiatrie in Herne. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1996, 3, S. 393-414.

KRISOR, M. & PFANNKUCH, H.: Die Mitgestaltung der Institution durch ihre NutzerInnen am Beispiel der stationären Gemeindepsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1997, 27, S. 32-40.

KRISOR, M. & PFANNKUCH, H.: Gewaltfreie Psychiatrie – Das Herner Modell. In: SECKINGER, M. / STEMERT-STRECKER, S. & TEUBER, K. (Hrsg.), Qualität durch Partizipation und Empowerment. *Einmischungen in die Qualitätsdebatte*, Tübingen 2000, S. 55-76.

KRISOR, M., PFANNKUCHEN, H. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.): Gemeinde, Alltag, Ressourcen – *Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie*, Lengerich 2001.

KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.): Vom Kopf auf die Füße – *Der Mensch ist nicht nur krank, wenn er krank ist.* Lengerich 2003.

KRISOR, M & WUNDERLICH, K. (Hrsg.): Psychiatrie auf dem Weg: *Von der Anstalt zum Menschen. 25 Jahre offene Gemeindepsychiatrie St. Marien-Hospital Eickel/Herne*, Lengrich 2004.

KRIZ, D. / SCHMIDT, J. & NÜBLING, R.: Zufriedenheit von Angehörigen mit der Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen: *Entwicklung des Screening-Fragebogens ZUF-A-7.* In: Pflege 2006, 2, S. 88-96.

KRIZ, D. et al.: Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: *Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation.* In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008, 2, S. 67-79

KROEBER-KENETH, L.: Betriebsklima und Freiheitserlebnis. In: Psychologie und Praxis 1957, 1, S. 165-175.

KROEBER-RIEL, W.: Konsumentenverhalten, 5. Aufl., München 1992.

KROEBER-RIEL, W. & WEINBERG, P.: Konsumentenverhalten, 7. Aufl., München 1999.

KRÖN, T.: Zufriedenheit von Patienten mit chronischen Darmerkrankungen in der Allgemeinmedizin. *Eine Patientenbefragung im Rahmen des Kompetenznetzes Darmerkrankungen.* In: Zeitschrift für Allgemeine Medizin 2004, 80, S. 26-32.

KROHNE, H.W. / EL-GIAMAL, M. & VOLZ, C.: Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die präund postoperative Anpassung chirurgischer Patienten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2003, 11, S. 132-142.

KROMREY, H.: Empirische Sozialforschung, 9.Aufl., Opladen 1994.

KROMSCHRÖDER, G.: Ich war einer von ihnen. Enthüllungsreportagen: *Unterwegs als Ladendieb und Neonazi, Asylant und Rocker sowie in anderen Rollen*, Frankfurt/M. 1987.

KROLOW, K.: Im Gehen, Frankfurt/M. 1981.

KRONMÜLLER, K.-T. et al.: Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: *Evaluation einer deutschen Version der Therapeutic Alliance Scale for Children.* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2003, 32(1), S. 14-23.

KROPE, P. / FRIEDRICH, B. & GREFE, S.: Die Kieler Zufriedenheitsstudie. *Evaluation und Intervention auf konstruktiver Grundlage*, Münster u.a. 2002.

KRUCKENBERG, P.: Der Mensch im Mittelpunkt. *Von einem institutions- zu einem personenzentrierten Hilfesystem.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 2000, 30, H.3, S. 17-21.

KRUCKENBERG, P.: Sozialpsychiatrie ist intersubjektive Psychiatrie – oder sie ist keine. In: SCHMIDT-ZADEL, R. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), Die Zukunft hat begonnen. *Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Tagungsbericht Kassel, 03./04. Juni 2003, S. 165-169.

KRUCENBERG, P.: »Mit der Kraft aus den Widersprüchen arbeiten.« *Antworten auf Klaus Dörner*. In: Soziale Psychiatrie 2004, 4, S. 37-40.

KRUCKENBERG, P. / JAGODA, B. & AKTION PSYCISCH KRANKE (Hrsg.): Personalbemessung im komplementären Bereich – *von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation.* Dokumentation zur Informationstagung am 27. und 28. April 1994, Bonn 1994.

KRUCKENBERG, P. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personenbezogene Hilfe in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Bonn, 23./24. April 1997, Köln 1997.

KRÜGER, M et al.: Chronisch psychisch krank. *Wie aus endlicher Krankheit unendliche Behinderung wird.* In: Fundamenta psychiatrica 1994, 8, S. 191-195.

KRÜGER, T. et al.: Orgasmusinduzierte Prolaktinsekretion: *Feedback-Mechanismus für sexuelle Appetenz oder ein reproduktiver Reflex?* In: Sexuologie 2002, 9, S. 26-33.

KRÜGER-BRAND, H.E.: Ärzteimage im Fernsehen: *Abschied vom „Halbgott in Weiß"*. In: Deutsches Ärzteblatt 2003, 100, A2928-A2930.

KRÜGER, H. / VELTIN, A. & ZUMPE, V.: Einleitung. In: KAYSER, H. et al. (Hrsg.), Gruppenarbeit in der Psychiatrie. *Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*, Stuttgart 1973, S. 1-8.

KRUMBOLTZ, J. D. & POTTER, B.: Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen. In: GRAWE, K. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen, München 1980, S. 56-65.

KRUMM, S.: & BECKER, T.: Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, S. 59-66.

KRUPAT, E. / YEAGER, C.M. & PUTNAM, S.: Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. In: Psychology & Health 2000, 15, S. 707-719.

KRUSE, C.: Patientenzufriedenheit als Qualitätssicherung? – *Ergebnisse einer Umfrage an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität Leipzig*, Leipzig 2001.

KRUSE, L.: Crowding – *Dichte und Enge aus sozialpsychologischer Sicht*. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1975, 6, S. 2-30.

KRUSE, L.: Privatheit als Problem und Gegenstand der Psychologie, Bern u.a. 1980.

KRUSE, L. & GRAUMANN, C.F.: Sozialpsychologie des Raumes und der Bewegung. In: HAMMERICH, K. & KLEIN, M. (Hrsg.), Materialien zur Soziologie des Alltags. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Sonderheft 1978, 20, S. 177-219.

KRUTZ, R.: Zum Informationsbedürfnis von Patienten vor der Operation. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1985, 79, S. 1053-1055.

KRUZICH, J. / CLINTON, J.F. & KELBER, S.T.: Personal and environmental influences on nursing home satisfaction. In: The Gerontologist 1992, 32, S. 342-350.

KÜCHLER, M.: Qualitative Sozialforschung – *Modetrend oder Neuanfang*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1980, 32, S. 373-386.

KUCKARTZ, U.: Einführung in die computergestütze Analyse qualitativer Daten, 3. Aufl., Wiesbaden 2010.

KÜBLER, R.: Wissenschaftliche Grundlagen zur Gestaltung einer positiven Atmosphäre im Krankenhaus. In: Der Architekt 1975, 6, S. 264-266.

KÜBLER-ROSS, E.: Interviews mit Sterbenden, München 2001.

KÜSTER, T. (Hrsg.): Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. *Band I: 1800-1914*. Paderborn 1998.

KÜFNER, H.: Die Zeit danach. *Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungsbehandlung und Selbsthilfegruppe*, München 1991.

KÜFNER, H.: Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1995, 24, S. 170-183.

KÜFNER, H.: Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: WATZL, H. & ROCKSTROH, B. (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen 1997, S. 202-218.

KÜFNER, H. / FEUERLEIN, W. & HUBER, M.: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: *Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für die Indikationsstellung und Behandlung*. In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 157-272.

KÜFNER, H. & BÜHRINGER, G.: Alkoholismus. In: HAHLWEG, K. & EHLERS, A. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/II/2: *Klinische Psychologie 2, Psychische Störungen und ihre Behandlungen*, Göttingen 1997.

KÜHN, A. et al.: Erste Ergebnisse einer Evaluierung der psychotherapeutischen Versorgung aus der Patienten- und Psychotherapeutenperspektive. *Teil II: Die Psychotherapeutenperspektive*. In: Pro – Zeitschrift für den Kassenarzt 1998, 9, S. 300-301.

KÜHN, A. et al.: Untersuchungsergebnisse einer Evaluierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Patienten- und der Therapeutenperspektive. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2000, 50, 322.327.

KÜHN, A. et al.: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung motivationaler Bedingungen zur Vorhersage der Therapiemitarbeit von LVA-Versicherten während stationärer medizinischer Rehabilitation – *Erste Ergebnisse der Skalenentwicklung*. In: Die Rehabilitation 2001, 40, S. 165-174.

KÜNZEL-SCHON, M.: Vom ‚Klienten' zum ‚Kunden'? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 1996, 11, S. 6-14.

KÜNZI, B.: EuroPep: *Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Einbezug der Patienten*. In: ManagedCare 1999,1, S. 14-15

KÜNZI, B.: *Quali Doc*: Learning from patients' experiences. IN: OLESEN, F. & JENSEN, PB. Et al.: Kvalitetsudvikling i almen praksis – set i et europaeisk perspekti (Quality improvment in general practoce in Denmark – a European perspektive), Copenhague (DK) 2000.

KÜNZI, B.: Der Patient und die Qualität der ärztlichen Leistung. In: Primary-Care 2002, 2, S. 125-131.

KÜNZLER, A.: Stationäre Drogentherapie: *Unterschiedliche Einschätzung des Therapieprozesses von Therapeut und Klient*. In: Sucht 2003, S. 370-375.

KÜRTEN, C.: Texte zur Patienten-Wirklichkeit, München 1987.

KUNERT, G.: Zufriedenheit. In: HEINRICHS, H.-J. / KRÜGER, M. & WAGENBACH, K. (Hrsg.), Tintenfisch 13. Thema: *Alltag des Wahnsinns*, Berlin 1978, S. 100.

KUFNER, K.: Patientenzufriedenheit in der stationären Tumor-Rehabilitation, Münster 2002.

KUHLMEY, A.: Krankheit und Lebenszufriedenheit im Alter. In: BASLER, H.-D. & KEIL, S.: (Hrsg.), Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. *Marburger Forum zur Gerontologie, Band 6,* Grafschaft 2002, S. 13-28.

KULIK, J.A. & MAHLER, H.I.M.: Stress and Affiliation in a Hospital Setting: *Preoperative Roommate Preferences*. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1989, 15, S. 183-193.

KULIK, J.A. / MOORE, P.J. & MAHLER, H.I.M. Stress and Affiliation: *Hospital Roommate Effects on Preoperative Anxiety and Social Interaction.* In: Health & Psychology 1993, 12, H. 2, S. 118-124.

KULIK, J.A. / MAHLER, H.I.M. & MOORE, P.J.: Social comparison and affiliation under threat: *effects on recovery from major surgery*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1996, 71, S. 967-979.

KULL-SCHLAPPNER: Die Arbeit am Krankenbett aus der Sicht des Patienten. In: Zeitschrift für Krankenpflege (Schweiz) 1969, S. 489-493 und S. 527-535.

KULLA, M.: Untersuchung zur Patienten- und Zuweiserzufriedenheit an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, Würzburg 2004.

KUMMER, J.: Patientenmitbestimmung in der DDR – *Modell in Halle*. In: VILMAR, F. (Hrsg.), Strategien der Demokratisierung. *Band II: Modelle der Praxis*, Darmstadt und Neuwied 1973, S. 323-324.

KUNIN, T.: The construction of a new type of attitude measure. In: Personnel Psychology 1955, 8, S. 65-77.

KUPFER, J.: TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26 (Deutsche Version). In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 366-369.

KUPFER, J. / BROSIG, B. & BRÄHLER, E.: Überprüfung und Validierung der 26-Item Toronto Alexithymie Skala anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2000,46, S. 368-384.

KUPFER, P. & ARNOLD, K.: Medizin in den Medien – Risiko oder Chance? In: LANG, E. & ARNOLD, K. (Hrsg.), Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel, Stuttgart 1996, S. 178-203.

KUPKO, S. & GOTTSCHALL, C.: Psychiatrie im Film. In: Psychologie heute 1976, H. 6, S. 13-19.

KUPSCH, P. & HUFSCHMIED, P.: Wahrgenommenes Risiko und Komplexität der Beurteilungssituation als Determinante der Qualitätsbeurteilung. In: MEFFERT, H. / STEFFENHAGEN, H. & FRETER, H. (Hrsg.), Konsumentenverhalten und Information, Wiesbaden 1979, S. 225-257.

KURELLA, S.: Die Kategorie "Bedürfnis" in der Medizin. *Eine soziologische Analyse der Patientenzufriedenheit*, Berlin 1975.

KURELLA, S.: Die sozialen Bedürfnisse der Patienten. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1976, 70, S. 1240-1242.

KURELLA, S.: The social needs of patients and their satisfaction with medical care: *a survey of medical inpatients in the country hospitals of the German Democratic Republic.* In: Social Science & Medicine 1979, 13A, 6, S. 737-742.

KURELLA, S. & HÜTTNER, H.: Das soziale Wesen des Patienten. In: HÜTTNER, H. et al. (Hrsg.), Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit.* 2. Aufl., Berlin 1982, S. 14-29.

KUSHNER, M.G. / SHER, K.J. & BEITMANN, B.D.: The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. In: American Journal of Psychiatry 1990, 147, S. 685-695.

KUSOMANEN, L. et al.: Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. In: Journal of Advanced Nursing 2006, 55, S. 655-663.

KUTZ, R.: Pilotstudie: *Patientenzufriedenheit im onkologischen Versorgungssystem.*
URL: http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/17302.html
[Stand 15.12.2007]

KURTZ, R. et al.: Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1972, 39, S. 106-115.

KURZ, R.: Schwarzbuch Kapitalismus. *Ein Abgesang auf die Marktwirtschaft*, Frankfurt/M. 1999.

KURZ, W.: Menschenbild und therapeutische Zielsetzung. *Die Bedeutung der Logotherapie für die Suchttherapie*. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.), Sinnfrage und Suchtprobleme. *Menschenbild – Wertorientierung – Therapieziele*, Hamm 1986, S. 21-42.

KÜFNER, H.K.: Der Missvergnügte in der Literatur der deutschen Aufklärung 1688-1759, Würzburg 1960.

KÜHMEL, K.: Arzt des Vertrauens: *Präferenzen schizophrener Patienten für ihre haus- und fachärztliche Betreuung*. Göttingen 2007.

KÜHNE, K.D.: Der Patient der Zukunft zwischen Bedürfnissen und Ansprüchen. In: Heilberufe 1982, 32, S. 168.

KÜHNE, K.D. et al.: Zur sozialen Funktion des Krankenhauses. In: Zeitschrift für Alternsforschung 1987, 6, S. 343.

KUHN, T. S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, 2. Aufl., Frankfurt/M. 1976.

KUHN, W.: Zum Problem des psychischen Hospitalismus erwachsener Patienten, Köln 1985.

KULENKAMPFF, C.: Entbergung, Entgrenzung, Überwältigung als Weisen des Standverlustes. *Zur Anthropologie der paranoiden Psychosen*. In: Der Nervenarzt 1955, 26, S. 89-95.

KULENKAMPFF, C.: Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie. In: Der Nervenarzt 1959, 30, S. 258-287.

KULENKAMPFF, C.: Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande? *Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer: „Irrenhäuser. Kranke klagen an"*. In: Der Nervenarzt 1970, 3, S. 150-152.

KUNDERA, M.: Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins, 37. Aufl., Frankfurt/M. 2006.

KUNDI, M. et al.: Personale Faktoren des Berufserfolgs und der Berufszufriedenheit in Sozialberufen. In: Existenzanalyse 2001, 18, S. 24-30.

KUNERT, G.: Zufriedenheit. In: HEINRICHS, H.-J. / KRÜGER, M. & WALGENBACH, K. (Hrsg.), Tintenfisch 13. Thema: *Alltag des Wahnsinns,* Berlin 1979, S. 100.

KUNSTMANN, W. et al.: Freie Arztwahl in Deutschland – eine historische Perspektive. In: Gesundheitswesen 2000, 64, S. 170-175.

KUNZ, V.: Rational Choice, Frankfurt/M. und New York 2004.

KUNZE, H.: Zeit für einen Paradigmawechsel: *Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexitätsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund*. In: KRUCKENBERG, P. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), Personenbezogene Hilfe in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Bonn, 23./24. April 1997, Köln 1997.

KUNZE, H.: Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. In: psycho 1999, 25, H. 12, S. 728-735.

KUNZE, H.: Die psychiatrische Klinik: *Von bettenzentrierten Stationen zu flexiblen personenzentrierten Behandlungsprozessen*. In: AKTION PSYCHI-SCH KRANKE e.V. (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Band 2, Bonn 2001a, S. 70-73.

KUNZE, H.: Deinstitutionalisierung beginnt im Kopf – *vom Anstaltsparadigma über die Rehakette zu personenzentrierten Hilfen*. In: Krankenhauspsychiatrie 2001b, 12, S. 48-55.

KUNZE, H.: Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In: SCHMIDT-ZADEL, R. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), Die Zukunft hat begonnen. *Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Tagungsbericht Kassel, 03./04. Juni 2003, S. 17-21.

KUNZE, H. & KUNZE-TURMANN, M.: Ansatz zur Evaluation der soziotherapeutischen Orientierung von Nervenkrankenhäusern. In: Psychiatrische Praxis 1975, 2, S. 101-109.

KUNZE, K. & PÖRKSEN, N.: Qualität in Psychiatrischen Kliniken. *Tagungsberichte*, Band 23, Köln 1997.

KUNZE, M.: Architekturpsychologische Untersuchungen zum Krankenhausbau, Weimar 1994.

KUNZMANN, P. / BURKARD, F.-P. & WIEDAMANN, F.: dtV-Atlas Philosophie, 8. Aufl., München 1999.

KURZ, K. / PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Zur Validität von Fragen in standardisierten Erhebungen. *Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews*. In: ZUMA-Nachrichten 1999, 44, S. 83-107.

KURZEJA, M.: Dr. Markus Welby und seine Kollegen: *Eine empirische Untersuchung zur Arztserie im Fernsehen der Bundesrepublik Deutschland*, Frankfurt/M. 1984.

LACAN, J.: Das Spiegelstadium als Bilder der Ichfunktion. In: Ders., Schriften, Weinheim 1986.

LACHAUER, R.: Motivation und Arbeitsbündnis in der stationären Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1982, 27, S. 117-123.

LACHMUND, J. & STOLLBERG, G.: Patientenwelten. *Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen 1995.

LACKNER, M. et al.: Die Patient-Stationsarzt-Konsiliarius-Triade: *Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1996, 46, S. 333-339.

LÄNGLE, A. / ORGLER, C. & KUNDI, M.: Die Existenzskala (ESK), Göttingen 2000.

LÄNGLE, G. et al.: Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). In: Psychiatrische Praxis 2002, 29, S. 83-89.

LÄNGLE, G. et al.: Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: *the patients' view*. In: International Journal for Quality Care 2003, 15, H. 3, S. 3-22.

LAGA, G.: Zur Befragbarkeit "alter" Menschen. In: Soziale Arbeit 1999, 48, S. 302-306.

LAIREITER, A.-R. et al.: Zufriedenheit mit Existenzanalyse. *Ergebnisse einer katamnestischen Feldstudie zur Patientenbeurteilung von existenzanalytisch-logotherapeutischer Psychotherapie.* In: Existenzanalyse 2000, 17, H.3, S. 40-50.

LAMB, G. & STEMPEL, J.E.: Pflegerisches Case Management aus Patientensicht. *Die Entwicklung zum Insider-Experten.* In EWERS, M. & SCHAEFFER, D. (Hrsg.), Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Bern 2005, S. 161-177.

LANG, R. & AMELINGMEYER, J.: Die lernende Organisation in Wissenschaft und Praxis, Darmstadt 1996.

LANGE, H.: Die Wattwanderng, Zürich 1990.

LANGEGGER, F.: Wandel der therapeutischen Institution: *Wandel therapeutischen Handelns.* In: BÖKER, H. (Hrsg.), Psychoanalyse und Psychiatrie: *Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*, Berlin 2005, S. 239-248.

LANGER, E.J.: The illusion of control. In: Journal of Personality and Social Psychology 1975, 32, S. 311-328.

LANGER, E.J. & RODIN, J.: The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: *A field experiment in an institutional setting.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1976, 34, S. 191-198.

LAING, R.D.: Das geteilte Selbst. *Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*, Köln 1960.

LAIREITER, A.-R. / VOGEL, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und der psychosozialen Versorgung. *Ein Werkstattbuch*, Tübingen 1998.

LAMBERT, M.J. & BARLEY, D.E.: Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2001, 38, S. 357-361.

LAMBERT, M.J. et al.: Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: *Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaires 45.2 (OQ-45.2).* In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002, 31(1), S. 40-47.

LAMNEK, S.: Qualitative Sozialforschung, *Bd. 1 Methodologie.* 3 Aufl., Weinheim 1995a.

LAMNEK, S.: Qualitative Sozialforschung, *Bd. II: Methodologie*, 3. Aufl., Weinheim 1995b.

LAMNEK, S.: Gruppendiskussion. *Theorie und Praxis*, Weinheim 1998.

LAMNEK, S.: Theorien abweichenden Verhaltens: *eine Einführung für Soziologen, Psychologen, Pädagogen, Juristen, Politologen, Kommunikationswissenschaftler und Sozialarbeiter*, 7. Aufl., München 2001.

LAMNEK, S.: Qualitative Sozialforschung. *Lehrbuch*, 4. Aufl., Weinheim 2005.

LAMNEK, S. & TREPL, R.: Die Nichtteilnahme an sozialwissenschaftlichen Befragungen. In: planung & analyse 1991, 18, S. 205-211.

LA METTRIE, J.O. de: Der Mensch als Maschine, Nürnberg 1985.

LA METTRIE, J.O. de: Über das Glück oder Das Höchste Gut (»Anti-Seneca«), 2. Aufl., Nürnberg 2004.

LA MONICA, E.L. / OBERST, M.T. & MADEA, A.R.: Development of a patient satisfaction scale. In: Research in Nursing & Health 1986, 9, S. 43-50.

LAMPARTH, M.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: *Patientenbefragung als Instrument eines effizienten Qualitätsmanagements im Kreiskrankenhaus Rastatt*, Münster 2000

LAND, A. / PFAFF, H. & SCHEIBLER, F.: Qualitätssicherung von Patientenbefragungen durch kognitive Pretest-Techniken. *Erfahrungsberichte über Möglichkeiten und Grenzen*. In: Gesundheitswesen 1999, 61, A 122.

LAND, A. et al.: Qualitätssicherung des Kölner Patientenfragebogens durch kognitive Pretest-Techniken. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003, S. 91-100.

LANDAU, T.: Von Angesicht zu Angesicht. *Was Gesichter verraten und was sie verbergen*, Heidelberg 1993.

LANDECK, K.-J.: Zur Bedeutung der Antwortdimension bei verbalen Schätzskalen. In: planung & analyse 1986, 13, S. 299-301.

LANDMANN, M.: Melancholien der Erfüllung. In: Ders., Anklage gegen die Vernunft, Stuttgart 1976.

LANDUA, D.: Veränderungen von Zufriedenheitsangaben in Panelbefragungen. *Eine Analyse über nicht beabsichtigte Effekte des Längsschnittdesigns*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1993, 45, S. 553-571.

LANG, A. et al.: Zukunftserwartungen und Krankheitsverlauf. In: Krankenhauspsychiatrie 2002, 13, S. 54-58.

LANG, R. & HELLPACH, W.: Gruppenfabrikation, Berlin 1922.

LANGE, F.: Die Sprache des menschlichen Antlitzes. *Eine wissenschaftliche Physiognomik und ihre praktische Verwertung im Leben und in der Kunst*, München 1952.

LANGE, K.: Erfahrene verändern die Psychiatrie. *Europäisches Pilotprojekt EX-IN schafft Modelle der Nutzerbeteiligung*. In: Psychosoziale Umschau 2008, H.1, S. 4-5.

LANGENSEE, H.: Verhalten und Erleben älterer Menschen in einem Seniorenzentrum: *eine Analyse unter gerontagogischen Aspekten*, Bonn 1982.

LANGEWITZ, W.: Kommunikation ist wesentlich – *Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen*. In: Psychotherapie Psychiatrie Medizin 2002, Jg. 52, S. 348-354.

LANGEWITZ, W. et al.: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient – *Standortbestimmung ihrer Qualität und Verbesserungsmöglichkeiten*. In: Schweizerische medizinische Wochenschrift 1992, 92, S. 475-480.

LANGEWITZ, W. et al.: Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF*): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung?*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1995, 45, S. 351-357.

LANGEWITZ, W. et al.: Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: *Cohort study*. In: British Medical Journal 2002, 325, S. 682-683.

LANGEWITZ, W. / NÜBLING, M. & WEBER, H.: Hospital patients' preferences for involvement in decision making. In: Swiss Medicine Weekly 2006, 136, S. 59-64.

LANNING, W.-L. & LEMONS: Another look at the factor structure of the Barrett-Lennard Relationship Inventory. In: Measurement and Evaluation in Guidance 1974, 6, S. 228-231.

LANZ, C.: Patientenbefragungen – die Qual der Wahl. In: Das Krankenhaus 2003, 95, S. 894-898.

LAPLACE, P.S. de: Philosophischer Versuch über die Wahrscheinlichkeiten, Leipzig 1886.

LA ROCHE, C. & ERNST, K.: Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1975, 220, S. 107-116.

LARSEN, D.E. & ROOTMANN, I.: Physician role performance and patient satisfaction. In: Social Science & Medicine 1987, 10, S. 29-32.

LARSON, D.L. et al.: Assessment of client/patient satisfaction: *Development of a general scale*. In: Evaluation and Program Planning 1979, 2, S. 197-207.

LARSON, K. & SMITH, C.: Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. In: The Journal of Family Practice 1981, 12, S. 481-488.

LARSSON, B.W.: Touch-screen versus paper-and-pen questionnaires. *Effects on patients' evaluations of quality of care*. In: International Journal of Health Care 2006, 19, S. 328-338.

LASEK, R.J. et al.: An evaluation of the impact of nonresponse bias on patient satisfaction surveys. In: Medical Care 1997, 35, S. 646-652.

LAß, D.: Kundenwünsche analysieren und verstehen. *Theorien, Methoden und Anwendungsbeispiele für Wissenschaft, Marktforschungs- und Managementpraxis. Band A: Konzepte*, Berlin 2002a.

LAß, D.: Kundenwünsche analysieren und verstehen. *Theorien, Methoden und Anwendungsbeispiele für Wissenschaft, Marktforschungs- und Managementpraxis. Band B: Konzept (Fortsetzung) und Theorien*, Berlin 2002b.

LAß, D.: Kundenwünsche analysieren und verstehen. *Theorien, Methoden und Anwendungsbeispiele für Wissenschaft, Marktforschungs- und Managementpraxis. Band C: Methoden und Anwendungsbeispiele*, Berlin 2002c.

LASSALLE: Arbeiter-Buch. Rede Lassalle's zu Frankfurt am Main am 17. und 19. Mai 1863 nach dem stenographischen Bericht. In: Ders., Reden und Schriften, Band 2, Berlin 1970, S. 501-622.

LA TOUR, S. & PEAT, N.: Conceptual and Methodological Issues in Consumer Satisfaction Research. In: WILKIE, W. (Hrsg.), Adavnces in Consumer Research, Ann Arbor 1979, S. 431-437.

LA TOUR, S. & PEAT, N.: The Role of Situationality Produced Expectations, Others' Experiences and Prior Experience in Determining Consumer Satisfaction. In: Advances in Consumer Research 1980, 7, S. 588-592.

LAU, E.E.: Tod im Krankenhaus. *Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen*, Köln 1975.

LAUER, G.: Psychotherapeutische Möglichkeiten zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1996, 28, S. 443-451.

LAUER, G.: Interventionsstudien zur Rückfallprophylaxe: *Ergebnisse und Probleme*. In: KÖRKEL, J. (Hrsg.), Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?, Berlin 1992, S. 217-237.

LAUER, G. / SCHREIBER, S. & KUNZ, A.: Ein Alkoholrückfallpräventionstraining im Rahmen stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 96-110.

LAUER, G. & RICHTER, B.: Alkoholrückfälle während stationärer Therapie: *Empirische Fakten und praktische Vorschläge zur Rückfallaufarbeitung*. In: Psychiatrische Praxis 1995a, 22, S. 19-23.

LAUER, G. & RICHTER, B.: Rückfälle während stationärer Suchtkrankenbehandlung: *Ausgrenzendes Übel oder integrationsbedürftige Realität?* In: Sucht 1995b, 41(Sonderheft 1), S. 95-96.

LAUER, G. / SCHREIBER, S. & KUNZ, A.: Ein Alkoholrückfallpräventionstraining im Rahmen stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 96-110.

LAUER, G. & SOHNS, R.: Subjektive Theorien Alkoholabhängiger zum Suchtmittelrückfall. In: BAUMGÄRTEL, F. & WILKER, F.-W. (Hrsg.), Klinische Psychologie im Spiegel der Praxis, Bonn 1993, S. 138-143.

LAUER, G. & SOHNS, R.: Was verstehen Abhängige unter einem Rückfall. *Zur subjektiven Rückfalldefinition von Alkoholikern*. In: Sucht 1994a, 40, S. 89-98.

LAUER, G. & SOHNS, R.: Die Strukturlegetechnik zur Rekonstruktion von Rückfällen. In: FALLER, H. & FROMMER, J. (Hrsg.), Qualitative Psychotherapieforschung. *Grundlagen und Methoden*, Heidelberg 1994b, S. 180-192.

LAUER, G. & STERN, G.: Strategien der primären und sekundären Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In: BAUMGÄRTEL, F. & WILKER, F.-W. (Hrsg.), Klinische Psychologie im Spiegel der Praxis, Bonn 1993, S. 143-146.

LAUPICHLER, K. & VOIGTLÄNDER, W.: Nutzerbeteiligung in einer psychiatrischen Klinik. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005, H. 4, S. 10-12.

LAURISCH, G.: Meinungs- und Motivforschung in der Medizin. *Dargestellt am Beispieleiner Umfrage zum Thema: „Wie wünsche ich mir meinen Arzt?"* Gießen 1969.

LAUTERBACH, M.: Ein Bett ist keine Wohnung. *Zusammenfassung der Studie Mühlich – von Staden, Wolff, Mühlich: „Bedürfnisse psychiatrischer Langzeitpatienten, Entwicklung eines Befragungsinstrumentariums"*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1982, 12, S. 133-142.

LAUX, G.: Eine Studie über die Einstellung der Bevölkerung zum Psychiater, zum Psychotherapeuten und zur Psychiatrie, Heidelberg 1975.

LAUX, G.: Über die Einstellung der Bevölkerung zum Psychiater und zum Psychotherapeuten. In: Nervenarzt 1977, 48, S. 331-334.

LAUX, G.: Einstellung der Bevölkerung zum Allgemeinarzt. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1978, 54, S. 1792-1798.

LAVATER, J.C.: Physiologische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe. *Eine Auswahl,* Stuttgart 1984.

LAVATER, J.C.: Von der Physigomik. *Und hundert physiologische Regeln*, Frankfurt/M. 1999.

LAVINE, H. / SWEENEY, D. & WAGNER, S.H.: Depicting women as sex objects in television advertising: Effects on body dissatisfaction. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1999, 25, S. 1049-1058.

LAWTON, M.P. / VAN HAITSMAN, K. & KLAPPER, J.: Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. In: Journal of Gerontology 1996, 1, S. 3-14.

LAWTON, M.P. et al.: Observed Affect and Quality of Life in Dementia: *Further Affirmations and Problems.* In: Journal of Mental Health and Aging 1999, 1, S. 69-81.

LAYARD, R.: Die Glückliche Gesellschaft. *Kurswechsel für Politik und Wirtschaft*, Frankfurt/M. 2005.

LAZARUS, A.A.: Verhaltenstherapie im Übergang. *Breitbandmethoden für die Praxis*, München 1978.

LAZARUS, A.: Improving psychiatric services trough mystery shopping. In: Psychiatric Services 2009, 60, S. 972-973.

LAZUARUS, S.: Selbsttäuschung kann Gesund sein. In: Psychologie heute 1980, H. 6, S. 60-67

LEBER, C. & HILDEBRANDT, H.: Der Patienten-Monitor: *Benchmarking für effektives Qualitätsmanagement.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 195-206.

LEBER, C. / HILDEBRANDT, H. & WEILANDT, B.: KU-Bemchmark-Club Patienten-Monitor®: *Wahlleistungen: Was wollen die Patienten? BGH-Urteil: Verbesserungspotenzial erkennen.* In: Krankenhaus Umschau 2001b, 7, 537-541.

LE BON, G.: Psychologie der Massen, 14. Aufl., Stuttgart 1973.

LEBOW, J.L.: Consumer assessments of the quality of medical care. In: Medical Care 1974, 12, S. 328-337.

LEBOW, J.L.: Consumer satisfaction with mental health treatment. In: Psychological bulletin 1982a, 91, S. 244-259.

LEBOW, J.L.: Pragmatic decisions in the evaluation of consumer satisfaction with mental health treatment. In: Evaluation and Program Planning 1982b, 5, S. 349-356.

LEBOW, J.L.: Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: *A review of findings.* Evaluation and Program Planning, 1983a, 6, 211-236.

LEBOW, J.L.: Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. Evaluation and Program Planning 1983b, 6, 237-245.

LECHER, S.: Patientenbefragungen im Krankenhaus. *Der Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK) als Instrument zur Defizitanalyse aus Patientensicht*, Regensburg 2002.

LECHER, S. / KLAPPER, B. & KOCH, U.: Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements. *Eine Krankenhausbefragung zur aktuellen Praxis*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätssicherung 2002a, 7 (3), S. 4-8.

LECHER, S. / KLAPPER, B. & KOCH, U.: Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK) – *Ein Instrument zur Defizitanalyse aus Patientensicht*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2002b, 3 (11), S. 129-138.

LECHER, S. et al.: Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenhausversorgung. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 2002c, 45, S. 3-12.

LEE, H. / LEE, Y. & YOOO, D.: The Determinants of percevied service quality and its relationship with satisfaction. In: Journal of Service Marketing 2000, 14, S. 217-231.

LEE, K.J.: A Practical Method of Predicting Client Revisit Intention in a Hospital Setting. In: Health Care Management Review 2005, 30, S. 157-167.

LEESE, M. et al.: User perspective on needs and satisfaction with mental health services. In: British Journal of Psychiatry 1998, 173, S. 409-415.

LEFAS, J.: Gesicht und Charakter, München 1975.

LEFEVRE, H.: Kritik des Alltagslebens, 2.Bd., München 1977.

LEFEVRE, J.: Flow and the quality of experience during work and leisure. In: CSIKSZENTMIHALYI, M. & CSIKSZENTMIHALYI, I. (Hrsg.), Optimal experience, New York 1988, S. 307-318.

LEFFERS, C.J. & STEMMER-LÜCK, M.: Institutionalisierte Abwehr in totalen Institutionen. In: Supervision 1997, 32, S. 100-115.

LEHMAN, A.F. & ZASTOWNY, T.R.: Patient satisfaction with metal health services: *a meta-analysis to establish norms*. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 265-274.

LEFFMANN, C.: Benchmarking im Gesundheitswesen – die Chance nutzen. In: Zeitschrift Pflege 1995, S. 21-25.

LEHMANN, C.: Positive psychiatry portrayls a rarity in Hollywood. In: Psychiatric News 2002, 37, S. 10-11.

LEHMANN, G.: Das Interview. *Erhebungen von Fakten und Meinungen im Unternehmen*, Renningen-Malsheim 2001.

LEHMANN, P.: Theorie und Praxis des Psychiatrischen Testaments. In: KEMPKER,K. & LEHMANN,P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie, Berlin 1993, S. 253-281.

LEHMANN, P.: Soteria und Empowerment. *Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener*, Berlin 1997.

LEHMANN, P.: Zum Davonlaufen. *Wie die Weglaufhausgruppe entstand.* In: KEMPKER, K. (Hrsg.), Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus, Berlin 1998, S. 30-36.

LEHNDORFF, H.G.v.: Humanität im Krankenhaus. *Christliche Vorschläge für den Umgang mit Kranken*, München 1975.

LEHOFER, M.: Drei ausgewählte Konzepte als Grundlage von Lauftherapie mit Süchtigen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1992, 15, S. 63-65.

LEHOFER, M. et al.: Lauftherapie im Entzug bei chronischen Alkoholismus. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1995, 18, S. 55-64.

LEHR, D. et al.: Behandlungserwartungen von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen an die stationäre Rehabilitation. In: DRV-Schriften, Evaluation in der Rehabilitation, Bd. 6, Frankfurt/M. 1996c, S. 84-87.

LEHR, U.: Erfolgreiches Altern und Lebensqualität – *Psychologische Aspekte*. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 2008, 26, S. 73-82.

LEIBERICH, P. / CRANACH, M.v. & HIPPIUS, H.: Verbesserung des Stationsklimas auf akutpsychiatrischen Stationen. In: Psychiatrische Praxis 1993, 20, S. 136-140.

LEIBIG, B.: Aspekte der Scham in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 1998, 43, S. 26-31.

LEIBNIZ, G.W.: Von dem Verhängnis, Hildesheim 1966.

LEIBNIZ, G.W.: Die Theodizee, Hamburg 1968.

LEISTNER, B.: Warten und Wartenkönnen. *Beobachtungen zu einem Leitmotiv im Werk von Anna Seghers.* In: Zeitschrift für Germanistik 1980, S. 389-397.

LEIßE, M. & KALLERT, T.W.: Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis 2000, 28, S. 10-17.

LEITER, M.L. / HARVIE, P. & FRIZZELL, C.: The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. In: Social Science & Medicine 1998, 47, S. 1611-1617.

LEITTTIS, J.U.: SERVIMPERF-Analyse in einer geburtlichen Abteilung. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.), Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 311-323.

LEIXNER, O.v.: Der unzufriedene Sperling. In: HENSCHEL-VILLARET, W. (Hrsg.), Die schönsten Fabeln aus aller Welt, Gütersloh 1980, S. 72.

LEM, S.: Experimenta Felicitologica. In: ROTTENSTEINER, F. (Hrsg.), Blick vom anderen Ufer. *Europäische Sciencefiction*, 2.Aufl., Frankfurt/M. 1978, S. 14-73.

LEMKE, M.R.: Motorische Phänomene der Depression. In: Der Nervenarzt 1999, 70, S. 600-612.

LEMKE, R.W.: Identifying consumer satisfaction through patient surveys. In: Health Progress 1987, 68 (2), S. 56-58.

LENCE, R.L. & SMITH, M.C.: Patient satisfaction and intentive to revisit the hospital: *a further test of discondirmation and equity theory*. In: Journal of hospital Marketing 1987, 2, S. 19-34.

LENGERKE, A von: Die ländliche Arbeiterfrage, Berlin 1849.

LENHART, G. / MORELL, I. & SCHOLL, G.: Die Befragung als Instrument des Marketing: *Teil I Erfahrungen aus dem Krankenhaus*. In: f&w im Krankenhaus 1985a, 2, S. 31-34.

LENHART, G. / MORELL, I. & SCHOLL, G.: Die Befragung als Instrument des Marketing: Teil II Erfahrungen aus dem Krankenhaus. In: f&w im Krankenhaus 1985b, 2, S. 56-60.

LENNERTZ, A.: Die Reaktion der Bevölkerung auf die Veröffentlichung des Berichts von Frank Fischer in einer Tageszeitung. In: LAUTER, H. & MAYER, J.-E. (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. *Tagung der Evangelischen Akademie Loccum Oktober 1970*, Stuttgart 1971, S. 51-54.

LENZ, S.: Stationäre Versorgungsqualität im Erleben länger behandelter psychisch Kranker. *Eine Untersuchung zur Globalbeurteilung von Patienten und Therapeuten*, Bochum 2003.

LEONARD, C. et al.: The effect of anonymous vs. nonanonymous rating conditions on patient satisfaction and motivation ratings in a population of substance abuse patients. In: Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 1997, 21, S. 627-630.

LEONARD, K.: Is patient satisfaction sensitive to change in quality of care? *An exploration of the Hawthorne effect*. In: Journal of health Economics 2008, 27. S. 444-459.

LEONARD, K. & MASATU, M.C.: Outpatient process quality and the Hawthorne Effect. In: Social Science & Medicine 2006, 63, S. 2330-2340.

LEONHARD, C.V.: What helps most about hospitalization? In: Comprehensive Psychiatry 1973, 14, S. 365-369.

LEONHARD, C. et al.: The effects of anonymous vs. nonanonymous rating conditions on patient satisfaction and motivation ratings in a population of substance abuse Patients. In: Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 2006, 21, S. 627-630.

LEONHARD, K.: Der menschliche Ausdruck in Mimik, Gestik und Phonik, Leipzig 1976.

LEONHARDT, A. & SIEBECK, A.: „Da bin ich eigentlich schon sehr zufrieden…". *Über die Problematik von Zufriedenheitserhebungen in sozialen Einrichtungen am Beispiel der Frühförderung für hörgeschädigte Kinder*. In: Die neue Sonderschule 2002, 47, S. 268-276.

LEONTJEW, A.N.: Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit. Stuttgart 1977.

LEPPIN, A. & SCHWARZ, R.: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. *Ein Lehrbuch*, Göttingen 1997, S. 349-373.

LEPSIUS, M.R.: Strukturen und Wandlungen im Industriebereich, München 1960.

LESKY, J.: Bedürfnisse von Querschnittgelähmten im Rahmen der psychologischen Betreuung zur Zeit der Erstrehabilitation – *Eine retrospektive Befragung*. In: Rehabilitation 2001, 40, S. 76-86.

LESKY, J.: Die psychologische Bedeutung medizinischer Aufklärung am Beispiel der Rehabilitation Querschnittsgelähmter. In: Die Rehabilitation 2002, 41, S. 329-335.

LESTING, W.: Informelle Rechtskontrolle und Konfliktregelung. *Zur Tätigkeit der Beschwerdestellen der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen*. In: Recht & Psychiatrie 1998, 16, S. 33-36

LERMAN, C.E. et al.: Patients' perceived involvement in care scale: *Relationship to attitudes about illness and medical Care*. In: Journal of General Internal Medicine 1990, 5(1), S. 29-33.

LERMER, S.L. & ERMANN, G.: Der Stuttgarter Bogen (SB) zur Erfassung des Erlebens in der Gruppe. In: Gruppendynamik 1976, 2, S. 133-140.

LERSCH, P.: Aufbau der Person, 7. Aufl., München 1951.

LERSCH, P.: Zur Theorie des mimischen Ausdrucks. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologien 1957, 4, S. 409-419.

LERSCH, P.: Gesicht und Seele. *Grundlinien einer mimischen Diagnostik*, 5. Aufl., München 1961.

LERSCH, P.: Das Problem der Echtheit. In: Ders., Der Mensch als Schnittpunkt. *Fragen der Psychologie und Anthropologie der Gegenwart,* München 1969a, S. 41-79.

LERSCH, P.: Zum Personenverständnis der Psychologie. In: Ders., Der Mensch als Schnittpunkt. *Fragen der Psychologie und Anthropologie der Gegenwart*, München 1969b, S. 104-124.

LERSCH, P.: Über den Nihilismus. In: Ders, Der Mensch als Schnittpunkt. *Fragen der Psychologie und Anthropologie der Gegenwart*, München 1969c, S. 165-171.

LESCHE, D.: Wie ich mit der Fernsehkamera ins Irrenhaus kam. In: Pardon 1972, 11, S. 42-47.

LESE, K.P. & MACNAIR-SEMANDES, R.R.: The therapeutic factors inventory: *Development of a scale*. In: Group 2000, 24, S. 303-317.

LESMEISTER, R.: Intersubjektivität und analytische Haltung – *Das Problem der Selbstöffnung in der Psychoanalyse*, Hamburg 2006.
URL:http://www.ngat.de/download/0608Lesmeister.pdf
[Stand 22.05.2007]

LESSING, D.: Afrikanische Tragödie, 18. Aufl., Frankfurt/M. 2004.

LESSMANN, J.J. / SCHUHMANN-WESOLEK, H. & SPÖHRING, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Behandlung Suchtkranker. *Entwicklung eines Zweiges der Psychiatrie*, Freiburg 1997.

LESSMANN, J.J.: Es geht um das Menschenbild. *Kundenorientierung im psychiatrischen Krankenhaus*. In: Klinkmagazin der WKPP Warstein 1999, S. 20-21.

LESTER, H. / TRITTER, J.Q. & ENGLAND, E.: Satisfaction with primary care: *the perspectives of people with schizophrenia*. In: Journal of Family Practice 2003, 20 (5), S. 508-513.

LESTER, H. / TRITTER, J.Q. & SOROHAN, H.: Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: *focus group study*. British Medical Journal 2005 330, S. 1122- 1126

LESTER, G. & SMITH, S.: Listening and talking to patients – a remedy for malpractice suits? In: The Western Journal of Medicine 1993, 158, S. 268-272.

LETTNER, H. & SAUER, J.: Die Einstellung zur Psychiatrie im Vergleich zwischen Laien und ehemaligen Patienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1981, 29, S. 168-177.

LETTNER, K. / SÖLVA,M. & BAUMANN, U.: Die Bedeutung positiver und negativer Aspekte sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1996, 17, S. 170-186.

LEUSCHNER, W.: Psychiatrische Anstalten – *ein institutionalisiertes Abwehrsystem: Teil I*. In: Psychiatrische Praxis 1985a, 12, S. 111-115.

LEUSCHNER, W.: Psychiatrische Anstalten – *ein institutionalisiertes Abwehrsystem: Teil II*. In: Psychiatrische Praxis 1985b, 12, S. 149-153.

LEVENSON, R.W. / EKMAN, P. & FRIESEN, W.: Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. In: Psychophysiology 1990, 27, S. 363-384.

LEVENSTEIN, A.: Aus der Tiefe. *Arbeiterbriefe. Beiträge zur Seelen-Analyse moderner Arbeiter*, Berlin 1908.

LEVENSTEIN, A.: Arbeiter-Philosophen und -Dichter, Berlin 1909.

LEVENSTEIN, A.: Die Arbeiterfrage. *Mit besonderer Berücksichtigung der sozialpsychologischen Seite des modernen Großbetriebs und der psychologischen Einwirkungen auf die Arbeiter*, München 1912.

LEVI, P.: Ist das ein Mensch? *Ein autobiographischer Bericht*, 12. Aufl., München 2003.

LEVI-STRAUSS, C.: Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft, Frankfurt/M 1993.

LEVIN, P.F. & ISEN, A.M.: Further studies on the effect of feeling good on helping. In: Sociometry 1975, 38, S. 141-147.

LEVINAS, E.: Die Spur des Anderen. *Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg 1983.

LEVINAS, E.: Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht, Freiburg 1992.

LEVINAS, E.: Ethik und Unendlichkeit, Wien 1992.

LEVINAS, E.: Totalität und Unendlichkeit. *Versuch über die Exteriorität*, 3. Aufl., Freiburg 2002.

LEVINAS, E.: Ausweg aus dem Sein, Hamburg 2005.

LEVINSON, D. & GALLAGHER, J.: Patientenhood in the Mental Hospital, Boston 1964.

LEVINSON, W. et al.: Physician-patient-communication: *The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. In: Journal of the American Medical Association 1997, 277, S. 553-559.

LEVINSON, W.: Physician-Patient Communication: *A key to malpractice Prevention*. In: Journal of the American Medical Association 1994, 272, S. 1619-1620.

LEVITT, E.E.: Psychotherapy research and the expectation-reality discrepancy. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1966, 3, S. 163-166.

LEVOIS, M. / NGUYEN, T.D. & ATTKINSON, C.C.: Artifact in Client Satisfaction Assessment. In: Evaluation and Program Planning 1981, 4, S. 139-150.

LEWIN, K.: Kriegslandschaft. In: Zeitschrift für angewandte Psychologie 1917, 12, S. 440-447.

LEWIN, K.: Vorsatz, Wille und Bedürfnis. In: Psychologische Forschung 1926, 7, S. 330-385.

LEWIN, K.: Action research and minority problems. In: Journal of Social Issue 1946, 2, S. 34-36.

LEWIS, B.: Service Quality Measurement. In: Marketing Intelligence and Planning 1993, 11, S. 4-12.

LEWIS, J.R.: Patient views on quality care general practice: *literature review*. In: Social Science & Medicine 1994, 39, S. 655-670.

LEWIS, J.R. & WILLIAMSON, V.: Examining patient perceptions of quality care in general practice: *comparison of quantitative and qualitative methods*. In: British Journal of General Practice 1995, 45, S. 249-253.

LEVINE, R.: Eine Landkarte der Zeit. *Wie Kulturen mit Zeit umgehen*, 14. Aufl., München 2008.

LEVINSON, W.: Physician-patient Communication. *A key to malpractice prevention*. In: The Journal of the American Medical Association 1994, 272, S. 1619-1620.

LEVINSON, W. et al.: Physician-patient communication: *the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. In: The Journal of the American Medical Association 1997, 277, S. 553-559.

LEY, P.: Memory for medical information. In: British Journal of Clinical Psychology 1979, 18, S. 245-255.

LEY, P.: Verstehen und Behalten von Anweisungen – *Kommunikationsfehler in Klinik und Praxis*. In: Arzt und Patient 1980, S. 71-79

LEY, P.: Satisfaction, compliance and communication. In: British Journal of Clinical Psychology 1982a, 21, S. 241-254.

LEY, P.: Studies of recall in medical settings. In: Human Learning 1982b, 1, S. 223-233.

LEY, P.: Patients' understanding and recall in clinical communication failure. In: PENDELTON, D. & HASLER, J. (Hrsg.), Doctor-patient Communication, London 1983, S. 89-107.

LEY, P.: Doctor-patient communications: *Some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance*. In: Journal of Hypertension 1985, 3, S. 51-55.

LEY, P.: Communicating with patients: *Improving Communication, Satisfaction and Compliance,* New York 1988.

LEY, P. et al.: Increasing Patients' satisfaction with communications. In: British Journal of Social and Clinical Psychology 1976, 15, S. 403-413.

LEY, P. & LLEWELYN, S.: Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In: BROOME, A. & LLEWELYN, S. (Hrsg.), Health psychology: *process and applications*, London 1995, S. 75-98.

LEYENS, J.-P. & CODOL, J.-P.: Soziale Informationsverarbeitung. In: STROEBE, M. et al. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Eine Einführung*, Berlin u.a. 1990, S. 89-111.

LEYY, S.M. et al.: Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. In: Psychosomatic Medicine 1990, 52, S. 73-85.

LIANG, W. et al.: Communication between physicians and older woman with localized breast cancer: *implications for treatment and patient satisfaction*. In: Journal of Clinical Oncology 2002, 20, S. 1008-1016.

LIBERMAN, R.: Behavioural Approach to Group Dynamics: *1. Reinforcement and Prompting of Cohesiveness in Group Therapy*. In: Behaviour Therapy 1970, 1, S. 141-175.

LIBERMAN, R.: Verstärkung von Kohäsion in der Gruppentherapie. In: GRAWE, K. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen, München 1980, S. 66-87.

LIBO, L.M.: Measuring Group Cohesiveness, Ann Abor 1953.

LIBO, L.M.: The projective expression of patient-therapist attraction. In: Journal of Clinical Psychology 1957, 13, 33-36.

LICHTENEGGER, E.: Der schizophrene Patient in der psychiatrischen Klinik. *Was sind seine Bedürfnisse und wieweit wird ihnen entsprochen*? In: Pro Mente Sana 1989, 3, 7-8.

LIEATER, G.: On the lack of convergence between client and therapist perception of therapeutic conditions: *Methodological and clinical reflections*. In: MINSEL, W.R. & HERFF, W. (Hrsg.), Research on psychotherapeutic approaches, Frankfurt/M 1983, S. 125-135.

LIEATER, G. & NEIRINCK, M.: Helfende Prozesse in der klientenzentrierten/experimentellen Psychotherapie: *Ihre Wahrnehmung durch Klient und Therapeut*. In: BEHR, M. et al. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 1, Salzburg 1989, S. 131-151.

LIEBECK, H.: Erwartungen von Patienten an einen Kuraufenthalt. In: Öffentliches Gesundheitswesen 1984, 46, S. 217-221.

LIEBERMAN, M.A. / YALOM, I.D. & MILES, M.B.: Encounter groups: *First facts*, New York 1973.

LIEBERZ, K. & CIEMER, S.: Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. In: Psychotherapeut 2001, 45, S. 286-291.

LIEBLER, A. & HUBERT, T.J.: Die Therapie-Vorbereitungsgruppe: *„Vortraining zur stationären Psychotherapie"*. In: Psychotherapeut 2004, 49, S. 272-276.

LIEBERL, A. et al.: Differenzielle Therapieverläufe und Behandlungserfolg in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2004, 40, S. 1-21.

LIEHR, H.: Das Bild depressiver Psychosen unter Elektroschock- und medikamentöser Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Stellungnahme der Patienten zum Behandlungserlebnis, Marburg 1970.

LIENERT, G.A.: Testaufbau und Testanalyse, 3. Aufl., Weinheim 1969.

LIFTON, R.J.: The Protean Self, New York 1993.

LIKE, R. & ZYZANSKI, S.J.: Patient satisfaction with clinical encounter: *Social psychological determinants*. In: Social Science & Medicine 1987, 24, S. 351-357.

LILJANDER, V. & STRANDVIK, T.: The Relation between Service Quality, Satisfaction and Intentions, Helsingfors 1992.

LILJANDER, V. & STRANDVIK, T.: Estimating Zones of Tolerance in Perceived Service Quality and Perceived Service Value. In: International Journal of Service Industry Management 1993a, 4, S. 6-28.

LILJANDER, V. & STRANDVIK, T.: Different Comparison as Determinants of Service Quality. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1993b, 6, S. 118-132.

LILLI, W.: Die Hypothesentheorie der sozialen Wahrnehmung. In: FREY, D. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Bern u.a. 1978, S. 19-46.

LILLI, W.: Hypothesentheorie der Wahrnehmung. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbergriffen*, 3. Aufl., Weinheim 1994, S. 192-195.

LINDE, H.: Soziale Determinanten der Zufriedenheit. *Ein Beitrag zur soziologischen Analyse von Zufriedenheitsäußerungen und -haltungen*. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 1967, 18, S. 32-48.

LINDEN, M.: Therapeutische Ansätze zur Verbesserung der Compliance. In: Der Nervenarzt 1979, 50, S. 109-114.

LINDEN, M.: Compliance und Compliance-Modifikation. In: BRENGELMANN, G. (Hrsg.), Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis, München 1980, S. 281-305.

LINDEN, M.: Krankheitstheorien von Patienten. In: Psychiatrische Praxis 1985, 12, S. 8-12.

LINDEN, M.: Negative vs. positive Therapieerwartungen und Compliance vs. Non-Compliance. In: Psychiatrische Praxis 1987, 14, S. 132-136.

LINDEN, M.: Patientenselbstbestimmung, Compliance und Behandlungserfolg. In: Prävention und Rehabilitation 2003, 15, S. 48-57.

LINDEN, M.: Eine pathologische Verarbeitung von Kränkungen: *Die Posttraumatische Verbitterungsstörung*. In: psychoneuro 2005, 31, S. 21-24.

LINDEN, M.: Befreite Psyche durch „Weisheitstherapie". In: NeuroTransmitter 2007, 3, S. 62-68.

LINDEN, M. / NATHER, J. & WILMS, H.U.: Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. *Die Krankheitskonzeptskala für schizophrene Patienten*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1988, 56, S. 35-43.

LINDEN, M. et al.: Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). *Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen*. In: Nervenarzt 2004, 75, S. 51-57.

LINDEN, M. et al.: Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. *Der Wohnmilieufragebogen*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2006, 56, S. 390-396.

LINDEN, M. / LIND, A. & QUOSH, C.: Der Therapieerleben-Fragebogen (TeF) für Patienten und Angehörige. In: Verhaltenstherapie 2008, 18, S. 35-42.

LINDENBERG, S.: An Assessment of the New Political Economy: *Its Potential for the Social Science and for Sociology in Particular*. In: Sociological Theory 1985, 3, S. 99-114.

LINDENMEYER, J.: Alkoholabhängigkeit. *Fortschritte der Psychotherapie*, Göttingen 1999.

LINDENMEYER, J. & FLORIN, I.: Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). In: Verhaltenstherapie 1998, 8, S. 26-36.

LINDER, H. Linder Biologie. *Lehrbuch für die Oberstufe*, 19. Aufl., Stuttgart 1983.

LINDER-PELZ, S.: Toward a theory of patient satisfaction. In: Social Science & Medicine 1982a, 16, S. 577-582.

LINDER-PELZ, S.: Social psychological determinants of patient satisfaction: *a test of five Hypotheses*. In: Social Science & Medicine 1982b, 16, S. 583-589.

LINDER-PELZ, S. & STRUENING, E.: The multidimensionality of patient satisfaction with clinical visit. In: Journal of Community Health 1985, 10, S. 42-54.

LINDER-PELZ, S. & STEWART, M.M.: Patient satisfaction with outpatient primary health care in a metropolitan medical center. In: American Journal of Preventive Medicine 1986, 2, S. 89-96.

LINGEN, T. von: Zufriedenheitsmanagement. In: planung & analyse 1994, 1, S. 5-13.

LINDEN, G.: Eine Untersuchung über das Erscheinungsbild des Zahnarztes anhand einer Patientenbefragung, Tübingen 1982.

LINDNER, R.: Die Entdeckung der Stadtkultur. *Soziologie aus der Erfahrung der Reportage*, Frankfurt/M. 1990.

LINGENFELDER, M. & SCHNEIDER, W.: Die Kundenzufriedenheit. *Bedeutung, Messkonzepte und empirische Befunde*. In: Marketing, ZFP, H.2 1991a, 109-119.

LINGENFELDER, M. & SCHNEIDER, W.: Die Zufriedenheit von Kunden – *Ein Marketingziel?* In: Marktforschung & Management 1991b, 35, S. 29-34.

LINKE, K.: Kundenzufriedenheit testen. In: Sozialmanagement 1998, H.5, S. 21-24.

LINKE, W.: Über die Zufriedenheit der Berufstätigen am Arbeitsplatz. In: Die Deutsche Berufs- und Fachschule 1955, 51, S. 10-18.

LINN, L.F. & KULIK, J.A.: Social comparison and women's body satisfaction. In: Basic and Applied Social Psychology 2002, 24, S. 115-123.

LINN, L.S.: The mental hospital from the patient perspective. In: Psychiatry 1968, 31, S. 213-223.

LINN, L.S.: Factors associated with patients evaluation of health care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly 1975, 53, S. 531-548.

LINN, L.S.: Factors associated with patient evaluation of health care. In: Health and Society 1975, 4, S. 531-548.

LINN, L.S. & GREENFIELD, S.: Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. In: Medical Care 1982, 20, S. 425-431.

LINN, L.S. et al.: Consumer values and subsequent satisfaction ratings of physician behaviour. In: Medical care 1984, 22, S. 804-812.

LINN, L.S. et al.: Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practies. In: Medical Care 1985, 23, S. 171-1178.

LINN, M.W. / LINN, B.S. & STEIN, S.R.: Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. In: Medical Care 1982, 20, S. 606-614.

LINSENHOFF, A.: Vertrauen und Kontrolle. In: ProFamila Magazin 1997, 6, S. 21-24.

LINSENHOFF, A.: Mit Stundenbögen über Qualität nachdenken. In: System Familie 2000, 13, S. 132-139.

LINSENHOFF, A.: Qualität entwickeln. *Das Modell Heidelberg*. In: ProFamila Magazin 2002, 2, S. 32-34.

LINSENHOFF, A.: Wozu KlientInnen-Rückmeldungen? *Wir wissen doch, dass wir gut sind! Beraterische Gewissheiten, Psychotherapieforschung und Erfahrungen mit Rückmeldebögen*. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2003, 4, S. 803-812.

LINSENHOFF, A.: Feedback in der Familien-Mediation. *Zur Wirkung von Rückmeldebögen*. In: Zeitschrift für Konfliktmanagement 2004, S. 173-178.

LIPKIN, S.: Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. In: Psychological Monograph 1954, 68, S. 1-30.

LITAER, G. & NEIRINCK, M. Helfende Prozesse in der klientenzentrierten/ experientiellen Psychotherapie: *Ihre Wahrnehmung durch Klienten und Therapeuten*. In: BEHR, M. et al. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 1, Salzburg 1989, S. 131-151.

LITMAN, G.K.: Alcoholism survival. *The prevention of relapse*. In: MILLER, W.R. & HEATHER, N. (Hrsg.), Treating addictive behaviours. *Process of change*, New York 1986, S. 391-406.

LITMAN, G.K. et al.: Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. In: Behaviour Research and Therapy 1979, 17, S. 89-94.

LITTIG, K.-E.: Berufszufriedenheit von Lehrern. In: Zeitschrift für Empirische Pädagogik 1980, 4, S. 225-243.

LITTLE, P. et al.: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: *observational study*. In: British Medical Journal 2001, 322, S. 468-472.

LIUGMAN, C.G.: Sozialprodukt Geisteskrankheit. *Ursachen psychischer Störungen und Methoden der Psychiatrie*, Reinbek 1974.

LO, A.Y. et al.: Doctor-Shopping in Hong Kong: *Implications for Quality of Care*. In: International Journal for Quality in Health Care 1994, 6, S. 371-381.

LOAS, G. et al.: Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? *A follow-up study*. In: Comprehensive Psychiatry 1997, 38, S. 296-299.

LOCHMANN, J.E.: Factors related to patients' satisfaction with their medical care. In: Journal of Community Health 1983, 9, S. 91-109.

LOCHMANN, R. & STOLZ, K.: Zum Wandel psychiatrischer Einrichtungen. *Überlegungen zu einer Beschwerdestelle für Psychiatriepatienten*. In: Recht & Psychiatrie 1995, 13 (1), S. 6-11.

LOCKER, D. & DUNT, D.: Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. In: Social Science & Medicine, 12, 1978, S. 283-292.

LÖBELL, H.: Stimmcharaktere und Kretschmersche Typen. In: Zeitschrift für Laryngologie 1923, S. 307-313.

LÖHR, G. & WALTER, A.: Die LZ-Skala. *Zur Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit im Alter*. In: Diagnostica 1974, 20, S. 83-91.

LÖHR, F.-J. & ANGLEITER, A.: Eine Untersuchung zu sprachlichen Formulierungen der Items in deutschen Persönlichkeitsfragebogen. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1980, 1, S. 217-235.

LÖSCHNER, W. & LÖSCHNER, W.: Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit mit der Rehabilitation nach Herzinfarkt in einer Großstadt, Halle-Wittenberg 1982.

LÖSCHENKOHL, E.: Umweltbewältigung bei Kindern im Krankenhaus. *Ein integratives, teilweise verifiziertes kognitives Modell auf der Basis einer Theorie der Bindung und der Angst vor neuen Situationen*. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 1981, 28, S. 161-174.

LÖSCHENKOHL, E. & ERLACHER, G.: Kinder an chirurgischen Stationen: *Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen*. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1981, 30, S. 81-90.

LÖSCHMANN, C. & BENGEL, J.: Implementierung und Umsetzung von Ergebnissen der Rehabilitationsforschung. In: BENGEL, J. & KOCH, U. (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. *Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*, Berlin u.a. 2000, S. 526-536.

LÖSER, A.P.: Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte *in der stationären Altenhilfe erstellen: schnell, leicht und sicher*. Hannover 2003.

LÖTSCHER, K. et al.: Gemeindenahe psychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. *Kostengünstige Alternativen zum Klinikaufenthalt bei hoher Patientenzufriedenheit.* In: Nervenarzt 2009, 80, S. 818-826.

LÖWENSTEIN, O.: Experimentelle Beiträge zur Lehre von den katatonischen Pupillenveränderungen. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1927, 82, S. 285-314.

LOH, A.: Die Optimierung der Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis durch die Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess. In: Nervenarzt 2003, 74, Suppl. 2, S. 318.

LOH, A. / GIERSDORF, N. & HÄRTER, M.: Die Verbesserung der Grundversorgung depressiver Störungen durch die Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess. In: KOCH, U. & LECHER, S. (Hrsg.), Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Berlin 2003a.

LOH, A. et al.: Miteinander statt Nebeneinander – *der Patient als Partner in der Depressionsbehandlung.* In: SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003b, S. 109-117.

LOH, A. / SIMON, D. & HÄRTER, M.: Miteinander statt Nebeneinader – *Depressions-Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung einbinden.* In: Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie 2003c, 2, S. 42.

LOH, A. / SIMON, D. & HÄRTER, M.: Die Optimierung der allgemeinmedizinischen Depressionsbehandlung durch die Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess. In: Nervenarzt 2004a, 75, Suppl. 2, S. 117.

LOH, A. & HÄRTER, M.: Die Effekte einer Intervention zur Implementierung partizipativer medizinischer Entscheidungsfindung in der häuslichen Behandlung depressiver Erkrankungen. In: Nervenarzt 2004b, 75, Suppl. 2, S. 389.

LOH, A. / MEIER, K. & SIMON, D. et al.: Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004c, 47, S. 997-984.

LOH, A. & HÄRTER, M.: Partizipative Entscheidungsfindung in der stationären Versorgung. In: Forum Public Health 2004d, 12, S. 14.

LOH, A. et al.: Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der häuslichen Versorgung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004e, 98, S. 101-107.

LOH, A. / SIMON, D. / HÄRTER, M.: Effekte des Konzepts der Partizipativen Entscheidungsfindung auf Akzeptanz, Therapietreue und Behandlungserfolg der hausärztlichen Depressionsbehandlung. In: HELMES, A. (Hrsg.), Lebensstiländerungen in Prävention und Rehabilitation, Lengrich 2005.

LOH, A. & SIMON, D. & NIEBLING, W. et al.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2005, 81, S. 550-560.

LOH, A. et al.: Partizipative Entscheidungsfindung – *Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung.* In: Zeitschrift für medizinische Psychologie 2006, 15, S. 87-92.

LOH, A. et al.: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews*. In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 21, A 1483-1488.

LOH, A. / SIMON, D. & HÄRTER, M.: Effekte der Patientenbeteiligung in der Grundversorgung depressiver Patienten – *Höhere Therapietreue und bessere Behandlungsergebnisse*. In: Klinikarzt 2007, 36, S. 38-41.

LOH, A. & SIMON, D.: Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln? In: Managed Care 2007, 2, S. 6-8.

LOHAUS, A.: KKG: Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 225-228.

LOHAUS, A. & SCHMITT, G. M.: Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). *Handanweisung*, Göttingen 1989a.

LOHAUS, A. & SCHMITT, G. M.: Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG): *Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens*. In: Diagnostica 1989b, 35, S. 59-72.

LOHNER, C.: Die unzufriedene Schildkröte, Berlin 1980.

LOIDOLT, H.: Freude und Ärger im Betrieb (1. Teil). In: Psychologie und Praxis 1959a, 3, S. 1-11.

LOIDOLT, H.: Freude und Ärger im Betrieb (2. Teil). In: Psychologie und Praxis 1959b, 3, S. 65-76.

LOIDOLT, H.: Das Betriebsklima im Spiegel der Affekte. *Ein Vorschlag zur Diagnose ausschlaggebender Faktoren*. In: Psychologie und Praxis 1959c, 3, S. 225-232.

LOMBROSO, C.: Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung, 2 Bd., Hamburg 1894.

LONDON, J.: König Alkohol, 5. Aufl., München 1977.

LONDON, J.: Wolfsblut, 4. Aufl., München 1979.

LONDON, J.: Der Ruf der Wildnis, 16. Aufl. München 2010.

LOODEN, I.: Beschäftigungstherapie aus der Sicht des Patienten. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1971, 19, S. 116-144.

LOOMES, G. & SUGDEN, R.: Regret-Theory: *An Alternative Theory of Rational Choice under Uncertainy*. In: The Economic Journal 1982, 92, S. 805-824.

LOOR, M.: Client perceptions of therapists: *A study of the therapeutic relation*. In: Journal of Consulting Psychology 1965, 29, S. 146-149.

LORBER, J.: Good Patients and Problem Patients: *Conformity and Deviance in a General Hospital*. In: Journal of Health and Social Behaviour 1975, S. 213-225.

LORCH, H. & SCHERER, P.: Diagnoseermittlung in der ambulanten Radiologie: *Erwartungen von Patienten und Zuweisern*. In: Fortschritte Röntgenstrahlen 2007, 179, S. 1043-1047.

LORENZ, H.: Patientenbefragung – *ein Instrument für die Leistungs- und Qualitätskontrolle*. In: Krankenhaus Umschau 1975, 44, H. 2, S. 61-63.

LORENZEN, D.: Praxis der psychiatrischen Rehabilitation, Stuttgart 1989.

LORTZ, E.: Stationsklima in einer psychotherapeutischen Station, Mainz 1981.

LOTZ-RAMBALDI, W. et al.: Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: *Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden*. In: BASSLER, M. (Hrsg.), Leitlinien zur stationären Psychotherapie – *Pro und Contra*. Gießen 2000, S. 189-206.

LOTZ-RAMBALDI, W. et al.: Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: *Erste Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung*. In: Rehabilitation 2002, 41, S. 192-200.

LOVETT, L. & LOVETT, J.: Group therapeutic factors on an alcohol in-patient unit. In: British Journal of Psychiatry 1991, 159, S. 365-370.

LOWN, B.: Die verlorene Kunst des Heilens. *Anleitung zum Umdenken*, 2. Aufl., Stuttgart 2004.

LOYD, M. & BOR, R.: Communication skills for medicine, New York 1996.

LUBORSKY, L.: Principles of psychoanalytic psychotherapy. *A manual for supportive-expressive psychotherapy*, New York 1984.

LUBORSKY, L.: Einführung in die analytische Psychotherapie. *Ein Lehrbuch*, Berlin 1988.

LUBORSKY, L.: Über das "Zusammenspiel", das für eine therapeutische Allianz und ein gutes Therapieergebnis notwenig ist. In: BUCHHEIM, P. / CIERPKA, M. & SEIFERT, T. (Hrsg.), Lindauer Texte. *Texte zur psychologischen Fort- und Weiterbildung*, Berlin 1996, S. 21-36.

LUBORSKY, L. et al.: Factors influencing the outcome of psychotherapy: *A review of quantitative research*. In: Psychological Bulletin 1971, 75, S. 145-185.

LUBORSKY, L. et al.: Predicting the outcome of psychotherapy. *Findings of the Penn Psychotherapy Project*. In: Archives of General Psychiatry 1980, 37, S. 471-481.

LUBORSKY, L. et al.: Therapist success and its determinants. In: Archives of General Psychiatry 1985, 42, S. 602-611.

LUCAS, R.E. et al.: Reexaming adaption and the set point model of happiness: *Reactions to changes in marital status*. In: Journal of Personality and Social Psychology 2003, 84, S. 527-539.

LUCHSINGER, R.: Physiologie der Stimme. In: Folia Phonatrica 1953, 5, S. 58-71.

LUCKER, A.: Martin Heidegger: »Sein und Zeit«. *Ein Einführender Kommentar*, Paderborn 1997.

LUDERER, H.J.: Aufklärung und Information in der Psychiatrie: *Untersuchungen zum Kommunikationsstil von Psychiatern und zum Kenntnisstand psychisch Kranker*, Erlangen 1987.

LUDERER, H.J.: Die Einstellung der Ärzte zur Aufklärung psychisch Kranker. In: BÖCKER, F. & WEIG, W. (Hrsg.), Aktuelle Kernfragen der Psychiatrie, Berlin 1988.

LUDERER, H.J.: Aufklärung und Information in der Psychiatrie. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1989a, 57, S. 305-318.

LUDERER, H.J.: Kenntnis von Diagnose und medikamentöser Behandlung bei psychisch Kranken. In: Nervenarzt 1989b, 60, S. 213-219.

LUDERER, H.J.: Krankheitsbezogenes Wissen bei Patienten mit endogenen Psychosen. In: LUNGERSHAUSEN, E. / KASCHKA, W.P. & WITKOWSKI, R. (Hrsg.), Affektive Psychosen, Stuttgart 1990a.

LUDERER, H.J.: Schriftliche Informationen für psychisch Kranke. In: Fundamenta Psychiatrica 1990b, 4, S. 9-17.

LUDERER, H.J.: Informationsvermittlung in der Psychiatrie (I): *Einzelgespräche, Informationsbroschüren, Informationsgruppen in der Behandlung von Schizophrenien*. In: Krankenhauspsychiatrie 1994a, 5, S. 121-126

LUDERER, H.J.: Informationsvermittlung in der Psychiatrie (II): *Diagnosevermittlung aus der Sicht von Arzt und Patient*. In: Krankenhauspsychiatrie 1994b, 5, S. 173-177.

LUDERER, H.J.: Gibt es eine personenzentrierte Informationsvermittlung bei Patienten mit Schizophrenien und deren Angehörigen? In: GwG Zeitschrift 1995, 26, S. 21-26.

LUDERER, H.J. & VOIT, D.: Vorbereitungen und Organisation stationärer Entwöhnungsbehandlungen. In: Therapiewoche 1983, 33, S. 3252-3259.

LUDERER, H.J. & BÖCKER, F.M.: Klientenzentrierte Grundhaltung bei der Aufklärung psychiatrischer Patienten. In: GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE (Hrsg.), Orientierung an der Person. *Band 1: Diesseits von Psychotherapie*, Köln 1988, S. 41-48.

LUDERER, H.J. & BÖCKER, F.M.: Zwischen medizinischem Krankheitskonzept und klientenzentrierter Grundhaltung: *Konsequenzen für die Informationsvermittlung bei Patienten mit Schizophrenie*. In: TEUSCH, L . & FINKE, J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie*: Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*, Heidelberg 1993, S. 213-222.

LUDERER, H.J. et al.: ERWIPA – Ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung des krankheitsbezogenen Wissens bei Patienten mit Schizophrenien. In: Psychiatrische Praxis 1993, 20, S. 227-230.

LUDEWIG, K.: Nutzen, Schönheit, Respekt – *Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien*. In: System Familie 1988, 1, S. 103-114.

LUDEWIG, K.: Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Erste Ergebnisse*. In: System Familie 1993, 6, S. 21-35.

LÜCK, H.E.: Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Angst in sozialen Situationen (SAP). In: Diagnostica 1971, 2, S. 53-59.

LÜCK, H.E.: Prosoziales Verhalten. *Empirische Untersuchungen zur Hilfeleistung*, Bonn 1975a.

LÜCK, H.E.: Wann Menschen Menschen helfen. In: Psychologie heute 1975b, H. 6, S. 12-17.

LÜDERS, C.: Gütekriterien. In: BOHNSACK, R. / MAROTZKI, W. & MEUSER, M. (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung, 2. Aufl., Opladen 2006, S. 80-82.

LÜDERS, C. & REICHERT, J.: Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum – *Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung*. In: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau 1986, 9, S. 90-102.

LUEGER, M.: Die soziale Situation im Interview. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1989, 14, H.3, S. 22-36.

LUEGER, R.J.: Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut 1995, 40, S. 267-278.

LÜTGEMEIER, I. et al.: Psychologische Untersuchung über den Wunsch der Patienten nach Aufklärung und Information. In: Medizinische Welt 1981, 32, 1760-1763.

LÜTH, P.: Kritische Medizin. *Zur Theorie-Praxis-Problematik der Medizin und der Gesundheitssysteme*, Reinbek 1972.

LÜTH, P.: Sprechende und stumme Medizin. *Über das Patienten-Arzt-Verhältnis*, Frankfurt/M.1974.

LÜTH, P.: Der mündige Patient – Wunschbild oder Alptraum? In: HEUSER-SCHREIBER, H.(Hrsg.), Arzt und Patient im Gespräch. *Perspektiven einer neuen Zusammenarbeit*, Basel und Wiesbaden 1982, S. 33-40.

LÜTHI, U.: Die Angehörigen sind die Experten: *familienzentrierte Pflege*. In: Krankenpflege 2004, 97, S. 10-13.

LÜTJEN, R.: Psychosen verstehen. *Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis*, Bonn 2007a.

LÜTJEN, R.: Subjektorientierung als Zukunftsperspektive der Sozialen Arbeit. Vortrag am 19.06.2007 auf der Festveranstaltung "50 Jahre Arbeitsgemeinschaft Schleswig-Holstein" der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). (Zitationsangabe 2007b)
URL:http://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-dokument/Luetjen/Subjektorientierung.pdf [Stand 29.07.2009]

LÜTJEN, R.: »Von Subjekt zu Subjekt«. *Respekt und Anerkennung – Voraussetzungen einer gelungenen Begegnung in der psychiatrischen Praxis*. In: Soziale Psychiatrie 2008, H. 4, S. 10-13.

LÜTKEHAUS, L.: NICHTS. *Abschied vom Sein – Ende der Angst*, Frankfurt/M. 2003.

LÜTTRINGHAUS, M. & RICHERS, H. (Hrsg.): Handbuch der aktivierenden Befragung – *Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis*, Bonn 2003.

LUHMANN, N.: Macht, Stuttgart 1975.

LUHMANN, N.: Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft, 3.Bd., Frankfurt/M. 1980.

LUHMANN, N.: Liebe als Passion. Zur Codierung von Intimität, Frankfurt/M. 1982.

LUHMANN, N.: Soziale Systeme. *Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt/M.1984.

LUHMANN, N.: Organisation. In: KÜPPER, W. & ORTMANN, G. (Hrsg.), Mikropolitik, Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen, Opladen 1988, S. 165-185.

LUHMANN, N.: Die Wissenschaft der Gesellschaft, Frankfurt/M. 1992.

LUHMANN, N.: Protest. *Systemtheorie und soziale Bewegungen*, Frankfurt/M. 1996.

LUHMANN, N.: Die Gesellschaft der Gesellschaft, 2 Bd., Frankfurt/M. 1997.

LUHMANN, N.: Die Kunst der Gesellschaft, Frankfurt/M. 1995.

LUHMANN, N.: Vertrauen. *Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 4.Aufl., Stuttgart 2000a.

LUHMANN, N.: Organisation und Entscheidung, Opladen 2000.

LUHMANN, N.: Reflexive Mechanismen. In: Ders., Soziologische Aufklärung 1: *Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme*, 8. Aufl., Wiesbaden 2009a, S. 116-142.

LUHMANN, N.: Interaktion, Organisation und Gesellschaft. In: Ders., Soziologische Aufklärung 2: *Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*, 6. Aufl. Wiesbaden 2009b, S. 9-24.

LUHMANN, N.: Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: Ders, Soziologische Aufklärung 2: *Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*, 6. Aufl. Wiesbaden 2009c, S. 167-186.

LUHMANN, N.: Organisation und Entscheidung. In: Ders., Soziologische Aufklärung 3: *Soziales System, Gesellschaft, Organisation*. 5. Aufl., Wiesbaden 2009d, S. 389-450.

LUHMANN, N.: Der medizinische Code. In: Ders, Soziologische Aufklärung 5: *Konstruktivistische Perspektiven*, 4. Aufl., Wiesbaden 2009e, S. 176-189.

LUHMANN, N.: Ich sehe was, was Du nicht siehst. In: Der: Ders, Soziologische Aufklärung 5: *Konstruktivistische Perspektiven*, 4. Aufl., Wiesbaden 2009f, S. 220-226.

LUHMANN, N. & SCHNORR, K.-E.: Das Technologiedefizit der Erziehung und Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik 1979, 25, S. 345-365.

LUKACS, G.: Theorie des Romans. *Ein gesellschaftsphilosophischer Versuch über die Form der großen Epik*, Neuwied 1971.

LUKAS, E.: Die suchtpräventiven Möglichkeiten der Logotherapie. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.), Sinnfrage und Suchtprobleme. *Menschenbild – Wertorientierung – Therapieziele*, Hamm 1986, S. 43-59

LUKAS, E.: Psychologische Vorsorge. *Krisenprävention und Innenweltschutz aus logotherapeutischer Sicht,* Freiburg 1989.

LUKAS, E.: Auch Dein Leben hat Sinn. *Logotherapeutische Wege zur Gesundung*, Freiburg 1991.

LUKAS, E.: Freiheit und Identität. *Logotherapie bei Suchtproblemen*, München 2002.

LUKIANENKO, S.: Wächter der Nacht, München 2005.

LUKS, A.: Der Lohn der guten Tat: *Gesundheit.* In: Psychologie heute 1989, 16 (3), S. 22-23.

LUKS, A.: Der Mehrwert des Guten. *Wenn Helfen zur heilenden Kraft wird,* Freiburg 1998

LUKS, A.: „Helfen stoppt den Stress". *Ein Gespräch mit Allan Luks.* In: Psychologie heute 1999, 26 (4), S. 32-37.

LUKS, A. & PAYNE, P.: Wer hilft, gewinnt. *Warum sich Verantwortung und soziales Engagement lohnt,* Freiburg 2002.

LUMBY, J. & ENGLAND, K.: Patients satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. In: International Journal of Nursing Practice 2000, 6, S. 140-145.

LUSSEYRAN, J.: Das wiedergefundene Licht. *Die Autobiographie eines Menschen, den seine Blindheit sehen lehrte,* Berlin 1981.

LUTHER, M.: Sittenbuch für den Bürger und Landmann, Leipzig 1794.

LUTZ, R. (Hrsg.): Genuss und Genießen. *Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*, Weinheim 1983a.

LUTZ, R.: Genuß und Genießen. In: Ders. (Hrsg.), Genuss und Genießen. *Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*, Weinheim 1983b, S. 11-18.

LUTZ, R.: Betonen des Positiven im Erleben und Handeln. In: Ders. (Hrsg.), Genuss und Genießen. *Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*, Weinheim 1983c, S. 30-41.

LUTZ, R.: Therapietheorie zur Förderung genussvollen Erlebens und Handelns. In: ZIELKE, M. & MARK, N. (Hrsg.), Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. *Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation.* Berlin 1990, S. 79-101.

LUTZ, R.: Was ist richtig: »Gesundheit« und »Krankheit« oder »Gesundheit« versus »Krankheit«? In: LIEB, H. & LUTZ, R. (Hrsg.), Verhaltenstherapie. *Ihre Entwicklung – ihr Menschenbild*, Göttingen 1992, S. 46-50.

LUTZ, R.: Exploration positiver Eigenschaften – *ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview*. In: REINECKER, H.S. & SCHMELZER, D. (Hrsg.), Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement, Göttingen 1995, S. 185-198.

LUTZ, R.: Euthyme Therapie. In: MARGRAF, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Berlin und Heidelberg 1996, S. 335-351.

LUTZ, R.: Die kleine Schule des Genießens kommt in die Jahre: *15 Jahre Genussprogramm*. In: LUTZ, R et al. (Hrsg.), Beiträge zur Euthymen Therapie, Freiburg 1999, S. 39-75.

LUTZ, R.: Gesundheit und Genuß: *Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In: MARGRAF, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. *Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen,* Berlin 2000a, S. 167-182.

LUTZ, R.: Euthyme Therapie. In: MARGRAF, J. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. *Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen*, Berlin 2000b, S. 447-463.

LUTZ, R.: Kleine Schule des Genießens. In: PiD – Psychotherapie im Dialog 2002, S. 179-183.

LUTZ, R.: Kleine Schule des Genießens. *Therapiemanual*, unveröffentlichtes Skript, Marburg 2004.

LUTZ, R.: Genusstraining: *»Kleine Schule des Genießens«.* In: LINDEN, M. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual, Heidelberg 2005a, S. 346-350.

LUTZ, R.: Das Behandlungselement der Eutyhmen Therapie. *Kleine Schule des Genießens*. In: MMW-Fortschritte der Medizin 2005b, 37, S. 41-43.

LUTZ, R.: Selbstfürsorge und verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung, Marburg 2006.
URL:http://www.staff.uni-marburg.de-lutz/SelbstV.pdf
[Stand 10.09.2007]

LUTZ, R.: Euthyme Therapie und Salutogenese. In: FRANK, R. (Hrsg.), Therapieziel Wohlbefinden. *Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, Berlin 2007, S. 56-68.

UTZ, R. & KOPPENHÖFFER, E.: Kleine Schule des Genießens. In: LUTZ, R. (Hrsg.): Genuss und Genießen. *Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns*, Weinheim 1983, S. 112-125.

LUTZ, R. & MARK, N.: Wie gesund sind Kranke? Göttingen 1995.

LUTZ, R. et al. (Hrsg.): Beiträge zur Euthymen Therapie, Freiburg 1999.

LUTZ, R. & SUNDHEIM, D.: Das Euthyme Konzept: Genuss zum Wohle der Gesundheit. *Psychologische Aspekte gesundheitsfördernder Ernährung*. In: Internationaler Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens. Mitteilungen 2002, H.9, S. 14-24.

LUTZ, W. / MARTINOVICH, Z. & HOWARD, K.I.: Vorhersage individueller Therapieverläufe. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2001, 30, S. 104-113.

LYUBOMIRSKY, S.: Why are some people happier than others? *The role of cognitive and motivational processes in well-being*. In: American Psychologist 2001, 56, S. 239-249.

LYUBOMIRSKY, S.: Glücklich sein. *Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben*. Frankfurt/M. 2008.

LYUBOMIRSKY, S. & ROSS, L.: Hedonic consequences of social comparison: *A contrast of happy and unhappy people*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1997, 73, S. 1141-1157.

LYUBOMIRSKY, S. & TKACH, C.: The consequences of dysphonic rumination. In: PAPAGEORGIOU, C. & WELLS, A. (Hrsg.), Rumination: *Nature, theory and treatment of negative thinking in depression*, Chichester 2003, S. 21-41.

LYUBOMIRSKY, S. / KING, L. & DIENER, E.: The benefits of frequent positive affect: *Does happiness lead success?* In: Psychological Bulletin 2005, 131, S. 803-855.

MACCOBY, E.E. & MACCOBY, N.: Das Interview: *ein Werkzeug der Sozialforschung*. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966, S. 37-85.

MACHO, T.: Mit sich allein. *Einsamkeit als Kulturtechnik*. In: ASSMANN, J. & ASSMANN, A. (Hrsg.), Einsamkeit. *Archäologie der literarischen Kommunikation VI*, München 2000, S. 27-44.

MACK, J.L. et al.: The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. In: Health Care Management Review 1995, 20 (2), S. 7-15.

MACKENZIE, K.R.: Measurement of group climate. In: International Journal of Group Psychotherapy 1981, 31, S. 287-295.

MACKENZIE, K.R.: The clinical application of a group climate measure. In: DIES, R.R. & MACKENZIE, K.R. (Hrsg.), Advances in group psychotherapy: *Integrating research and practice*, New York 1983, S. 159-170.

MACKENZIE, K.R.: Therapeutic factors in group therapy: *A contempory view*. In: Group 1987, 11, S. 26-37.

MACKENZIE, K.R.: Bedeutsame interpersonalle Ereignisse – *Der Hauptansatz für therapeutischen Effekt in der Gruppenpsychotherapie*. In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990, S. 323-348.

MACKENZIE, K.R.: Der Gruppenklima-Fragebogen. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996, S. 172-196.

MACKENZIE, K.R.: Techniken der Gruppenleitung. In: TSCHUSCKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001a, S. 102-110.

MACKENZIE, K.R.: Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung. In: TSCHUSCKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001b, S. 134-139.

MAC STRAVIC, R.S.: Loyalty of hospital patients: *a vital marketing objective*. In: Health Care Management Review 1987, 12, H. 2, S. 23-31.

MAC STRAVIC, R.S.: Patient loyalty to physicians. In: Journal of Hospital Marketing 1994a, 8 (2), S. 56-56.

MAC STRAVIC, R.S.: Hospital patient loyalty: *causes and correlates*. In: Journal of Hospital Marketing 1994b, 8 (2), S. 67-72

MAC STRAVIC, R.S.: Beyond Patient Satisfaction: Building Patient Loyalty, Ann Abor 1991.

MAERKER, A. & LANGE, R.: Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: *Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen*. In: Diagnostica 2001, 47, S. 153-162.

MÄVERS, W.: Das "social program". In: KAYSER, H. et al. (Hrsg.), Gruppenarbeit in der Psychiatrie. *Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*, Stuttgart 1973, S. 160-200.

MAFFLI, E.: AA als Nachsorge: Teilnahmebereitschaft und Wirksamkeit. *Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung*. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1994, 17, S. 31-35.

MAFFLI, E. / WACKER, H.-R. & MATHEY, M.-C.: 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz, Lausanne 1995.

MAHR, M . et al.: Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit mit der Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern? In: Diabetologie und Stoffwechsel 2010, Heft 5.

MAIER, T.: Der Patienten-Selbstverwaltungstag. *Ein milieutherapeutisches Instrument für psychiatrische Akutstationen*. In: Krankenhauspsychiatrie 2000, 13, S. 153-157.

MAIER, W. / v. ROSENSTIEL,L. & WIMMER, P.: Zur Generalisierbarkeit der Herzbergschen Zweifaktortheorie. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1976, 30, S. 18-25.

MAINDOK, H.: Professionelle Interviewführung in der Sozialforschung. *Interviewertraining: Bedarf, Stand und Perspektiven*. Pfaffenweiler 1996.

MAIO, G.: Das Bild der Psychiatrie in der Geschichte des fiktionalen Films. In: Fundamenta Psychiatrica 2002, 16, S. 160-165.

MAISCHEIN, L. & TEBBE, B.: „Wenn ich hier Chefarzt wäre, dann würde ich…" *Veränderungswünsche in einer psychiatrischen Klinik*, Medizinische Dissertation, Universität Heidelberg 2000.

MAISTER, D.H.: The psychology of waiting. In: CZEPIEL, J.A. / SOLOMON, M.R. & SURPRENANT, C.F. (Hrsg.), The service encounter, Lexington 1985, S. 113-123.

MAJEROVA, M.: Das unzufriedene Kaninchen, Berlin 1960.

MALERI, R.: Grundzüge der Dienstleistungsproduktion, Berlin u.a. 1973.

MALL, G.: Das Gesicht des seelisch Kranken, Konstanz 1967.

MALZAHN, P.: Die psychosoziale Situation des Patienten. In: GEISSLER, B. & THOMA, P. (Hrsg.), Medizinsoziologie. *Eine Einführung für medizinisch und soziale Berufe*, 2. Aufl., Frankfurt/M. 1979, S. 253-291.

MANDEVILLE, B.: Die Bienenfabel oder Private Laster, öffentliche Vorteile. 2. Aufl., Frankfurt/M. 1998

MANGELSDORFF, A.D.: Patient Satisfaction Questionnaire. In: Medical Care 1979, 17, S. 86-90.

MANGOLD, J. (Hrsg.): Lebenswelt- und Subjektorientierung. *Kritische Praxis Sozialer Arbeit*, Berlin 1997.

MANN, B.: Bedürfnis- und Situationsanalyse bei Eintritt in die stationäre Altenhilfe als sozialgerontologischer Beitrag zur Zufriedenheitsforschung im Alter. In: HERCHEN, H.-A. (Hrsg.), Beiträge zur Soziologie, Frankfurt/M. 1985.

MANN, B.: Krankenhaussoziologie und Gesundheitswesen. In: Soziologische Revue 2004, 27, S. 480-491.

MANN, F.: Aufklärung in der Medizin. *Theorie – Empirische Ergebnisse –Praktische Anleitung,* Stuttgart 1984.

MANN, H.: Der Kopf, Frankfurt/M. 2003.

MANN, H.: Die Armen, 3. Aufl., Frankfurt/M. 2005.

MANN, H.: Der Untertan, 16. Aufl., Frankfurt/M. 2008.

MANN, L.: Queue Culture: *The Waiting Line as a Social System*. In: The American Journal of Sociology 1969, 75, S. 340-354.

MANN, S.: Patientenzufriedenheit im Fraktalen Krankenhaus – *Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse*, Diplomarbeit Bielefeld 1997

MANN, T.: Der Zauberberg, Frankfurt/M. 1952.

MANNHEIM, K.: Ideologie und Utopie, 5. Aufl., Frankfurt/M. 1969.

MANNONI, M.: Ein Ort zum Leben. *Die Kinder von Bonneuil, ihre Eltern und das Team der »Betreuer«,* Frankfurt/M. 1978.

MANS, E.J.: Die Mitwirkung des Patienten als Problem der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: Rehabilitation 1994, 33, S. 221-227.

MANS, E.J.: Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: Gesundheitswesen 1995, 57, S. 63-68.

MANTEK, M.: Alkoholismus bei Frauen. In: Psychologie heute 1977, 10, H.4, S. 39-46.

MANTEUFEL, A. & SCHIEPEK, G.: Systeme spielen. *Selbstorganisation und Kompetenzentwicklung in sozialen Systemen*, Göttingen 1998.

MANUCIA, G.K. / BAUMANN, D.J. & CIALDINI, R.B.: Mood Influences on Helping: *Direct Effects or Side Effects?* In: Journal of Personality and Social Psychology 1984, 46, S. 357-364.

MARCEL, G.: Die menschliche Unruhe. In: Ders., Der Mensch als Problem, 3. Aufl., Frankfurt/M. 1964, S. 63-134.

MARCEL, G.: Der Untergang der Weisheit – Die Verfinsterung des Verstandes, Heidelberg 1960.

MARCEL, G. et al. (Hrsg.): Was erwarten wir vom Arzt? Stuttgart 1956.

MARCH, S. et al.: Patientenzufriedenheit beim ambulanten Operieren in einer Praxisklinik. In: Gesundheitswesen 2004, 66, S. 644.

MARCH, S.: Patientenzufriedenheit als Instrument der Evaluierung neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen – *Eine empirische Untersuchung einer Praxisklinik*, Magdeburg 2005.

MARCH, S. et al.: Patientenzufriedenheit beim ambulanten/kurzzeitchirurgischen Operieren in einer Praxisklinik. In: Das Gesundheitswesen 2006, 68, S. 376-382.

MARCINOWICZ, L. / GRĘBOWSKI, R. & CHLABICZ, S.: Exploring negative evaluations of health care by Polish patients: an attempt at cross-cultural comparison. In: Health and Social Care in the Community 2009, 17, S. 187-193.

MARCOTTY, T.: Begegnungen mit dem Wahn. *Schizophrenie – Erlebnisse und Berichte*, München 1965.

MARCUSE, H.: Der eindimensionale Mensch. *Studien zur Ideologie der fortgeschrittenen Industriegesellschaft*, Berlin 1967.

MARCUSE, H.: Triebstruktur und Gesellschaft, Frankfurt/M. 1971.

MARCUSE, H.: Repressive Toleranz. In: Ders, Schriften. *Bd. 8: Aufsätze und Vorträge 1948-1969*, Frankfurt/M. 1984.

MARDSEN, J. et al.: Assessing Client Satisfaction with Treatment for Substance use Problems and the Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). In: Addiction Research & Theory 2000, 8, S. 455-470.

MARGRAF, J.: Hintergründe und Entwicklung. In. Ders. & SCHNEIDER, S. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. *Band 1: Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen*, 3. Aufl., Heidelberg 2009.

MARKUS, K.: Nicht ohne den Bewohner. In: Altenpflege 1998, 23, S. 62-64.

MARLATT, G.A.: Alkoholverlangen, Kontrollverlust und Rückfall: *eine kognitive Analyse des Verhaltens. Teil I.* In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1977, 1, S. 19-24.

MARLATT, G.A.: Alkoholverlangen, Kontrollverlust und Rückfall: *eine kognitive Analyse des Verhaltens. Teil II.* In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1978, 2, S. 11-19.

MARLATT, G.A.: Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Ders. & GORDON, J.R. (Hrsg.), Relapse prevention: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, New York 1985a, S. 3-70.

MARLATT, G.A.: Situational determinants of relapse and skill-training interventions. In: MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. (Hrsg.), Relapse Prevention. *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, New York 1985b, S. 71-127.

MARLATT, G.A.: Rückfallprävention: *Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung.* In: WATZL, H. & COHEN, R. (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin u.a. 1989, S. 16-28.

MARLATT, G.A. & GORDON, J.R.: Determinants of relapse: *Implications for the maintenance of behaviour change.* In: DAVIDSON, P.O. & DAVIDSON, S.M. (Hrsg.), Behavioural medicine: *Changing health lifestyles*, New York 1980, S. 410-452.

MARQUARD, O.: Plädoyer für die Einsamkeitsfähigkeit. In: WALTER, R. (Hrsg.), Von der Kraft der sieben Einsamkeiten, 2. Auflage, Freiburg 1983, S. 127-142.

MARQUARD, O.: Philosophie des Stattdessen. *Studien,* Stuttgart 2000.

MARQUARD, O.: Sprache, Skepsis, Stil. In: REICHERT, K. (Hrsg.), Je näher man ein Wort ansieht, desto ferner sieht es zurück. *Sprachglossen deutscher Autoren*, Göttingen 2007, S. 73.

MARQUARDT, K. / SICHENEDER, L. & SEIDENSÜCKER, G.: Der Einfluss der Rolleninduktion auf den Erfolg systematischer Desensitivierung sozialängstlicher Studenten. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1975, 221, S. 123-137.

MARQUART, J./ KOCH, M.& PECHTL,H.: Instrumente zur Reduzierung der Unzufriedenheit von Zuschauern bei Heimniederlagen im Fußball. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 2006, 4, S. 380-396.

MARQUIS, S.M. / DAVIES, A.R. & WARE, J.E.: Patient satisfaction and change in medical care provider*: a longitudinal study*. In: Medical Care 1983, 21, S. 821-829.

MARSH, A. et al.: The Purpose of Life Scale. *Psychometric Propeties for Social Drinkers and Drinkers in Alcohol Treatment*. In: Educational and Psychological Measurement 2003, 63, S. 859-871.

MARSHALL, S. / HAYWOOD, K. & FITZPATRICK, R.: Impact of patient-reported outcome measure on routine practise: *a structured interview*. In: Journal of Evaluation in Clinical Practice 2006, 12, H.5, S. 559-568.

MARSH, H.W. & YEUNG, A.S.: The Lability of Psychological Ratings: *The Chameleon Effect in Global Self-Esteem*. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1999, 25, S. 49-64.

MARSTEADT, G.: Transparenz in der ambulanten Versorgung: *Patienten auf der Suche nach einem „guten Arzt"*. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007, S. 11-34.

MARSTEADT, G. / BUITKAMP, M. & BRAUN, B.: Eine Patiententypologie: *Befunde zur Differenzierung unterschiedlicher Normen und Verhaltensmuster von Patienten im Gesundheitssystem*. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007, S. 231-256.

MARTIN, D.J. / GARSKE, J.P. & DAVIS, K.: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: *a meta-analytic review*. In: Journal of Counselling and Clinical Psychology 2000, 68, S. 438-450.

MARTIN, E.: Why patients consult and what happens when they do. In: British Medical Journal 1991, 303, S. 289-292.

MARTIN, P.J. & STERNE, A.L.: Prognostic expectations and treatment outcome. In: Journal of Consulting Psychology 1975, 43, S. 572-576.

MARTIN, P.J. et al.: Patients' expectancies and hospital outcome. In: Journal of Clinical Psychology 1977, 33, S. 254-258.

MARTINI, F.H.W.: Die Zufriedenheit als ein naher Weg zur irdischen Glückseligkeit. In: Mannigfaltigkeiten – *Eine gemeinnützige Wochenschrift* 1772a, 3, S. 273-283.

MARTINI, F.H.W.: Fortsetzung der abgebrochenen Materie. *Die Zufriedenheit als ein naher Weg zur irdischen Glückseligkeit.* In: Mannigfaltigkeiten – *Eine gemeinnützige Wochenschrift* 1772b, 3, S. 289-297.

MARTINI, F.H.W.: Schluss der Betrachtungen über die Zufriedenheit, als der nächste Weg zur irdischen Glückseligkeit. In: Mannigfaltigkeiten – *Eine gemeinnützige Wochenschrift* 1772c, 3.

MARTON, S.: Alltagsdoping nimmt zu. In: Blaues Kreuz 2005, 110, S. 1-2.

MARTY, P. & DE M'UZAN, M.: Das operative Denken. In: Psyche 1978, 32, S. 974-984.

MARVEL, M.K. et al.: Soliciting the patient's agenda: *Have we improved?* In: Journal of the American Medical Association 1999, 281, S. 283-287.

MARX, K.: Das Kapital. *Kritik der politischen Ökonomie. Erster Band*, Berlin 1972a.

MARX, K.: Das Kapital. *Kritik der politischen Ökonomie. Dritter Band*, Berlin 1972b.

MARX, K.: Fragebogen für Arbeiter. In: planung & analyse 1983, 10, S. 248-251.

MARX, K.: Lohnarbeit und Kapital. *Lohn, Preis und Profit*, Berlin 1998.

MARX, R.: Psychiatrische Laien sehen ein psychiatrisches Großkrankenhaus. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1973, 25, S. 350-364.

MASLACH, C. & JACKSON, S.E.: The measurement of experienced burnout. In: Journal of Occupational Behaviour 1981, 2, S. 99-113.

MASLOW, A.H.: Eupsychian Management: *A Journal*, Homewood 1965.

MASLOW, A.H.: Psychologie des Seins. *Ein Entwurf*, München 1968.

MASLOW, A.H.: Motivation und Persönlichkeit, Olten 1977.

MASON, J.W. et al.: Corticosteroid responses to hospital admission. In: Archives General Psychiatry 1965, 13, S. 1-8.

MAß, E.: Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. *Die Qualität der Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der Angehörigen.* In: BERGER, M. & GAEBEL, W. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Berlin 1997a, S. 103-109.

MAß, E.: Bewertung des personenzentrierten Ansatzes aus der Sicht der Angehörigen. In: KRUCKENBERG, P. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), Personenbezogene Hilfe in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht Bonn, 23./24. April 1997, Köln 1997b, S. 105-109.

MASTEKAASA, A.: Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never married persons. In: Journal of Communitiy and Applied Social Psychology 1995, 5, S. 21-39.

MATAKAS, F.: Psychoanalyse in der Anstalt. In: Psyche 1988, 42, S. 132-158.

MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie, Göttingen 1992.

MATAKAS, G.A. et al.: Alkoholismus als Karriere, Berlin 1984.

MATIASKE, W. & MELLEWIGT, T.: Arbeitszufriedenheit: Quo vadis? *Eine Längsschnitt-Untersuchung zu Determinanten und zur Dynamik von Arbeitszufriedenheit.* In: Die Betriebswirtschaft 2001, 61 (1), 7-24.

MATSCHINGER, H. & ANGERMEYER, M.C.: Effekte der Itempolung auf das Antwortverhalten. In: Zeitschrift für differenzielle und diagnostische Psychologie 1992, 13, S. 97-110.

MATTEJAT, F. & REMSCHMIDT, H.: Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB).* In: Zeitschrift für klinische Psychologie 1993, 22, S. 192-233.

MATTEJAT, F. & REMSCHMIDT, H.: Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1995, 23(2), S. 71-83.

MATTEJAT, F. & REMSCHMIDT, H.: Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Handanweisung*, Göttingen 1998.

MATTEJAT, F. & HIRSCH, O.: FBB. Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002a, S. 91-94.

MATTKE, D. & SCHREIBER-WILLNOW, K.: Das Gruppenklima in geschlossenen Kurzzeitgruppen in der stationären Psychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppenanalyse 2004, 40, S. 360-378.

MATURANA & VARELA: Der Baum der Erkenntnis. *Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens,* 2. Aufl. Gütersloh 1991.

MATUSSEK, P.: Süchtige Fehlhaltungen. In: FRANKL, V. E. / von GEBSATTEL, V.E. & SCHULTZ, J.H. (Hrsg.), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band II, München-Berlin 1959, S. 188-212.

MATZAT, J.: Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. *Therapeutische Wirkung der Selbsthilfe.* In: GÜNTHER, P. & ROHRMANN, E. (Hrsg.), Soziale Selbsthilfe: *Alternative, Ergänzung oder Methode der sozialen Arbeit?* Heidelberg 1999, S. 105-126.

MATZIOU, P.: Stellenwert und Ergebnisse einer Patientenbefragung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eines Diabetes-Modellvorhabens in Südwürttemberg, Tübingen 2005.

MATZLER, K.: Kundenzufriedenheit und Involvement, Wiesbaden 1997.

MATZLER, K.: Die Opponent-Prozess-Theorie als Erklärungsansatz einer Mehr-Faktor-Struktur der Kundenzufriedenheit. In: Marketing ZFP 2000, 1, S. 5-24.

MATZLER, K. / HINTERHUBER, H.H. & HANDLBAUER, G.: Fünf „falsche" Thesen zur Kundenzufriedenheit. In: Technologie & Management 1997a, 2, S. 4-7.

MATZLER, K. / HINTERHUBER, H.H. & HANDLBAUER, G.: Erfolgspotenzial Kundenzufriedenheit I. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 1997b, H. 7, S. 645-650.

MATZLER, K. / HINTERHUBER, H.H. & HANDLBAUER, G.: Erfolgspotenzial Kundenzufriedenheit II. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 1997c, H. 8/9, S. 733-739.

MATZLER, K. & BAILOM, F.: Messung von Kundenzufriedenheit. In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 1999, S. 151-183.

MATZLER, K. & KITTINGER-ROSANELII, C.: Mystery Shopping als Instrument zur Messung der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität von Banken. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 2000, 3, S. 220

MATZLER, K. & STAHL, H.K.: Kundenzufriedenheit und Unternehmenswertsteigerung. In: Die Betriebswirtschaft 2000, 60, S. 626-640.

MATZLER, K. / PECHLANER, H. & SILLER, H.: Die Ermittlung von Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren. In: Tourismus Journal 2001, 4, S. 445-469.

MATZLER, K. & SAUERWEIN, E.: The Factor Structure of Customer Satisfaction: *An Empirical Test of the Importance Grid and the Penalty-Reward-Contrast Analysis*. In: International Journal of Service Industry Management 2002, 13, S. 314-332.

MATZLER, K. / STAHL, H.K. & HINTERHUBER, H.H.: Die Customer-based View der Unternehmensführung. In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 2002, 3. Aufl., S. 3-31.

MATZLER,K. & PRAMHAS, N.: Preiszufriedenheit – Prospect Theory oder Kano-Modell. In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 2002, 3. Aufl., S. 177-192.

MATZLER, K. & BAILOM, F.: Messung von Kundenzufriedenheit. In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 2002, 3. Aufl., S. 213-244.

MATZLER,K. / SAUERWEIN, E. & STARK, C.: Methoden zur Identifikation von Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren. In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 2002, 3. Aufl., S. 265-290.

MATZLER, K. et al.: Preiszufriedenheit als multiattributives Konstrukt. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 2003, 2, S. 144-159.

MATZLER, K. et al.: Asymmetrische Effekte bei der Entstehung von Kundenzufriedenheit: *Konsequenzen für die Importance-Performance-Analyse*. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2005, 75, S. 299-317.

MAUS, H.: Zur Vorgeschichte der empirischen Sozialforschung. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, 3. Aufl., Bd. 1, Stuttgart 1973.

MAUSS, M.: Die Gabe. *Form und Funktion des Austausches in archaischen Gesellschaften*, Frankfurt/M. 1990.

MAVADDAT, N. / LESTER, H.E. & TAIT, L.: Development of a patient experience questionnaire for primary care mental health. In: Quality and Safety in Health Care 2009, 18, S. 147-152.

MAVIS, B.E. & STÖFFELMAYR, B.E.: Program factors influencing client satisfaction in alcohol treatment. In: Journal of Substance Abuse Treatment 1994, 6, S. 345-354.

MAYER, A.: Dienstleistungs-Marketing. *Erkenntnisse und praktische Beispiele*, 4. Aufl., Augsburg 1990.

MAYER, A.: Dienstleistungs-Marketing. In: Die Betriebswirtschaft 1991, 51(2), S. 195-209.

MAYER, A. & MATTMÜLLER, R.: Qualität von Dienstleistungen. *Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells*. In: Marketing ZFP 1987, 9(3), S. 187-195.

MAYER, A. & WESTERBARKEY, P.: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsqualität: *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Wiesbaden 1991, S. 83-103.

MAYER, A. & DORNACH, F.: Das Deutsche Kundenbarometer – *Qualität und Zufriedenheit*. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, Wiesbaden 1995, S. 161-178.

MAYER, A.: & WESTERBARKEY, P.: Zufriedenheit von Hotelgästen – *Entwurf eines selbstregulierenden Systems*. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, Wiesbaden 1995, S. 387-402.

MAYER, E.: Nutzerbestimmung in der psychiatrischen Arbeit – Patientenstärkung durch Teilhabe. In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001.

MAYER, H.O.: Interview und schriftliche Befragung: *Entwicklung, Durchführung und Auswertung*, München 2002.

MAYER, H. & ILLMANN, T.: Markt- und Werbepsychologie, 3. Aufl., Stuttgart 2000.

MAYER, J. & ROSENBLATT, A.: Clash in perspective between mental patients and staff. In: American Journal of Orthopsychiatry 1974, 44, S. 432-441.

MAYER, J.E. & KOENINGSMARK, C.: Self efficacy, relapse and the possibility of post-treatment denial as a stage in alcoholism. In: Alcoholism Treatment Quarterly 1992, 8, S. 1-6.

MAYERL, J.: Ist Glück ein affektiver Sozialindikator subjektiven Wohlbefindens? *Dimensionen des subjektiven Wohlbefindens und die Differenz zwischen Glück und Zufriedenheit*, Stuttgart 2001.

MAYNTZ, R.: Soziologie als Eremitage? In: TOPISCH, E. (Hrsg.), Logik der Sozialwissenschaften, Köln 1970, S. 526-542.

MAYNTZ, R.: Über den begrenzten Nutzen methodologischer Regeln in der Sozialforschung. In: BONß, W. & HARTMANN, H. (Hrsg.), Entzauberte Wissenschaft. *Zur Realität und Geltung soziologischer Forschung*, Göttingen 1985, S. 65-76.

MAYNTZ, R. / HOLM, K. & HÜBNER, P.: Einführung in die Methoden der empirischen Sozialforschung, 5. Aufl., Opladen 1978.

MAYRING, P.: Subjektives Wohlbefinden im Alter. *Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung*. In: Zeitschrift für Gerontologie 1987, 20, S. 367-376.

MAYRING, P.: Glück und Wohlbefinden im Alter. In MAYRING, P. & SAUP, W. (Hrsg.), Entwicklungsprozesse im Alter, Stuttgart 1990, S. 167-184.

MAYRING, P.: Psychologie des Glücks, Stuttgart 1991a.

MAYRING, P.: Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.), Wohlbefinden: *Theorie, Empirie, Diagnostik*. München 1991b, S. 51-70.

MAYRING, P.: Glück und Wohlbefinden. In: BÖHM, A. / MENGEL, A. & MUHR, T. (Hrsg.), Texte verstehen: *Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz 1994, S. 359-362.

MAYRING, P.: Subjektives Wohlbefinden. In: BUCHMÜLLER, R. et al. (Hrsg.), Vor dem Ruhestand, Bern 1996, S. 47-60.

MAYRING, P.: Lehren der neueren Psychologie für die Ökonomie: *Welchen Stellenwert hat die Ökonomie für das menschliche Lebensglück wirklich?* In: BELLEBAUM, A. / SCHAFF, H. & ZINN, K.G. (Hrsg.), Ökonomie und Glück, Opladen 1999, S. 157-179.

MAYRING, P.: Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? *Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittstudie*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2000a, 33, S. 124-133.

MAYRING, P.: Glück im Alter – *Konsequenzen für Pflege und soziale Arbeit*. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2000b, 147, S. 193-195.

MAYRING, P.:. Freude und Glück. In: OTTO, J.H. / EULER, H.A. & MANDEL, H. (Hrsg.), Handbuch Emotionspsychologie, Weinheim 2000c, S. 221-230.

MAYRING, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung: *Eine Anleitung zum qualitativem Denken*, 5. Aufl., Weinheim und Basel 2002.

MAYRING, P.: Glück – Wohlbefinden – Lebensqualität. In: HOYER, T. (Hrsg.), Vom Glück und glücklichen Leben. *Sozial- und geisteswissenschaftliche Zugänge*, Göttingen 2007a, S. 185-199.

MAYRING, P.: Individuelle und situative Bedingungsfaktoren für Wohlbefinden – *Ergebnisse psychologischer Glücksforschung*. In: ECKER, H.-P. (Hrsg.), Orte des guten Lebens. *Entwürfe humaner Lebensräume*, Würzburg 2007b, S. 61-60.

MAYRING, P.: Introduction: Arguments for mixes methodology. In: Ders. et al. (Hrsg.), Mixed methodology in psychological research, Rotterdam 2007c, S. 1-4.

MAYRING, P.: Mixing qualitative and quantitative methods. In: Ders. et al. (Hrsg.), Mixed methodology in psychological research, Rotterdam 2007d, S. 27-36.

MAYRING, P.: Über "gute" und "schlechte" Sozialforschung. In: Erwägen – Wissen – Ethik 2007e, 18, S. 251-253.

MAYRING, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. *Grundlagen und Techniken*, 10. Aufl., Weinheim und Basel 2008.

MAYRING, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: FLICK, U. / VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung. *Ein Handbuch,* 7. Aufl. 2009, S. 468-475

MAYRING, P. & JENULL-SCHIEFER, B.: Triangulation und "Mixed Methodologies" in entwicklungspsychologischer Forschung. In: MEY, G. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Entwicklungspsychologie, Köln 2005, S. 515-528.

MAYRING, P. & HURST, A.: Mixed Methods-Ansätze zur Evaluation virtueller Lehr-/Lernszenarien. In BESCHERER, C. (Hrsg.), Einfluss der neuen Medien auf die Fachdidaktiken. *Erfahrungen aus dem Projekt VIB*, Hohengehren 2005, S. 61-84.

MAZOR, K.M. et al.: A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. In: Heatlh Services Research 2002, 37, S. 1403-1417.

MAZUREK, M.: Schlangestehen in der Volksrepublik Polen: *Geschlecht und Konsumentenidentität zwischen privater und öffentliche Sphäre*. In: KRAFT, C. (Hrsg.), Geschlechterbeziehungen in Ostmitteleuropa nach dem Zweiten Weltkrieg: *soziale Praxis und Konstruktionen von Geschlechterbildern*, Oldenburg 2008, S. 251-275.

MC ALEXANDER, J.H. / KALDENBERG, D.O. & KÖNIG, H.F.: Service quality measurement: *examination of dental practices sheds more light on the relationship between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a health care setting*. In: Journal of Health Care Marketing 1994, 14, S. 34-40.

MC ANDREW, S. & SAMOCIUK, G.A.: Gemeinsam reflektieren: *Die Entwicklung einer neuen Strategie, um Nutzer dauerhaft in die Ausbildung von psychiatrischen Pflegefachkräften einzubinden. In:* Psychiatrische Pflege 2005, 11, S. 187-192.

MC CABE, R. & PRIEBE, S.: Are therapeutic relationship in psychiatry explained by patients' symptoms? *Factors influencing patient ratings*. In: European Psychiatry 2003, 18, S. 220-225.

MC CABE, R. & PRIEBE, S.: Explanatory models of illness in schizophrenia: *comparison of four ethnic groups*. In: The British Journal of Psychiatry 2004, 185, S. 25-30.

MC COLL, E. / THOMAS, L. & BOND, S.: A study to determinate patient satisfaction with nursing care. In: Nursing Standard 1996, 10, S. 34-38.

MC CULLERS, C.: Die Ballade vom traurigen Cafe, Zürich 1971.

MC CULLERS, C.: Uhr ohne Zeiger, Zürich 1974.

MC CULLOGH, D.A.: Physician-patient interaction: *effects of information and attempts to facilitate recall on patient satisfaction, compliance, and understanding*. San Diego 1984.

MC CULLOUGH, M.E. et al.: Is gratitude a moral affect? In: Psychological Bulletin 2001, 127, S. 249-266.

MC CULLOUGH, M.E. et al.: Vengefulness: *Relationship with forgiveness, rumination, well-being and the Big Five*. In: Personality and Social Psychology Bulletin 2001, 27, S. 601-610.

MC CULLOUGH, M.E. / EMMONS, R.A. & TSANG, J.: The grateful disposition: *A conceptual and empirical topography*. In: Journal of Personality and Social Psychology 2002, 82, S. 112-127.

MC CULLOUGH, M.E. / TSANG, J. & EMMONS, R.A.: Gratitude in Intermediate Affective Terrain: *Links of Grateful Moods to Individual Differences and Daily Emotional Experience*. In: Journal of Personality and Social Psychology 2004, 86, S. 295-309.

MC DANIEL, C. & NASH, J.: Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. In: Quality Review Bulletin 1990, 16. S. 182-188.

MC GUIRE-SNIECKUS, R. et al.: A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: *STAR*. In: Psychological Medicine 2007, 37, S. 85-95.

MC INTOSH, J.: Patients' Awareness and Desire for Information about Diagnosis but Undersdiscloesd Malignant Disease. In: The Lancet 1976, 7, S. 300-303.

MC INTYRE, K. / FARRELL, M. & DAVID, A.: In-patient psychiatric care: *The patient's view*. In: British Journal of Medical Psychology 1989a, 62, S. 249-255.

MC INTYRE, K. / FARRELL, M. & DAVID, A.: What the patients really want? In: British Medical Journal 1989b, 298, S. 159-160.

MC KAY, J.R. / MAISTO, O. & O'FARRELL, T.J.: End-of-treatment self efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. In: Alcoholism*: Clinical* and Experimental Research 1993, 17, S. 1078-1083.

MC KILLIP, J. / MOIRIS, K. & CERVENKA, C.: Asking open-ended consumer questions to aid program planning. *Variations in question format and length*. In: Evaluation and Program Planning 1992, 15, S. 1-6.

MC KINLEY, R. et al.: Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: *development of a patient questionnaire*. In: British Medical Journal 1997, S. 193-198.

MC KINSTRY, B.: Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? *A cross sectional survey with video vignettes*. In: British Medical Journal 2000, 321, S. 867-871.

MC KISNTRY, B. / COLTHART, I. & WALKER, J.: Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? *A cross-sectional observational study*. In: Family Practice 2006, 23, S. 240-245.

MC KNIGHT, J.: Professionelle Dienstleistung und entmündigende Hilfe. In: ILLICH, I. et al. (Hrsg.), Entmündigung durch Experten. *Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*, Reinbek 1979, S. 37-56.

MC LELLAN, A.T. & HUNKELER, E.: Patient satisfaction and outcomes in alcohol and drug abuse treatment. In: Psychiatric Services 1998, 49, S. 573-575.

MC MAHON, J.T.: The working class psychiatric patient: *A clinical view*. In: RIESSMAN, F. / VOHEN, J. & PEARL, A. (Hrsg.), Mental health of the poor, New York 1964, S. 283-294.

MC NEILL, D.: Das Gesicht. *Eine Kulturgeschichte*, Essen 2004.

MC PHEE, C.B. / ZUSMAN, J. & JOSS, R.H.: Measurement of patient satisfaction: *a survey of practises in community mental health centers*. In: Comprehensive Psychiatry 1975, 16, S. 399-404.

MC QUARRIE, E.: Der Beitrag von Kundenbesuchen zur Kundenzufriedenheit. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 297-314.

MEAD, G.H.: Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt/M. 1968.

MEAD, G.H.: Philosophie der Sozialität, Frankfurt/M. 1969.

MEAD, G.H.: Die soziale Identität. In: Ders., Gesammelte Aufsätze. Band I, Frankfurt/M.1980, S. 241-249.

MEAD, N. & BOWER, P.: Measuring patient-centeredness: *a comparison of three oberservation-based instruments*. In: Patient Education and Counselling 2000a, 39, S. 71-80.

MEAD, N. & BOWER, P.: Patient-centeredness: *a conceptual framework and review of the empirical literature*. In: Social Science and Medicine 2000b, 51, S. 1087-1110.

MEAD, N. & BOWER, P.: Patient-centred consultations and outcomes in primary care: *a review of the literature*. In: Patient Education and Counselling 2002, 48, S. 51-61.

MEAD, N. / BOWER, P. & HANN, M.: The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post consultation satisfaction and enablement. In: Social Science & Medicine 2002, 55, S. 283-299.

MECKLENBRÄUKER, S. & HAGER, W.: Zur experimentellen Variation von Stimmungen: *Ein Vergleich einer deutschen Adaption der selbstbezogenen Velten-Aussagen mit einem Musikverfahren*. In: Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie 1986, 33, S. 71-94.

MEDICAL RESEARCH & CONSULT – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen: „Praxisleitfaden Patientenbefragung".
URL: http://www.Klinikforschung.de/Download/Leitfaden%20Patietenbefragung.pdf
[Stand 09.11.2005]

MEDICAL RESEARCH & CONSULT – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen: „Patientenbefragung – Kliniken und Krankenhäuser. *Professionelle Instrumente zur Befragung unterschiedlicher Patientengruppen*."
URL: http://www.Klinikmarktforschung.de/Download/Patientenbefragung_Prospekt.pdf
[Stand 09.11.2005]

MEDVEC, V. / MADEY, S. & GILOVICH, T.: When less is more: *counterfactual thinking and satisfaction among Olympic medallists*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1995, 69, S. 603-610.

MEES, U.: Was meinen wir, wenn wir von Gefühlen reden? *Zur psychologischen Textur von Emotionswörtern*. In: Sprache & Kognition 1985, 1, S. 2-20.

MEES, U.: Die Struktur der Emotionen, Göttingen 1991.

MEFFERT, H. & BRUHN, M.: Griesgram im Griff. In: Absatzwirtschaft 1979, 22, S. 106-108.

MEFFERT, H. & BRUHN, M.: Beschwerdeverhalten und Zufriedenheit von Konsumenten. In: Die Betriebswirtschaft 1981, 41, S. 597-613.

MEFFERT, H. & SCHWETJE, T.: Messprobleme der Kundenzufriedenheit: Erfahrungen aus einem Marktforschungsprojekt. In: ERICHSON, B. & HILDEBRANDT, L. (Hrsg.), Probleme und Trends in der Marketing-Forschung, Stuttgart 1998, S. 73-93.

MEGIVERN, K. / HALM, M.A. & JONES, G.: Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. In: Journal of Nursing Care Quality 1992, 6, S. 9-24.

MEHLKOP, G. & BECKER, R.: Zur Wirkung monetärer Anreite auf die Rücklaufquote in postalischen Befragungen zu kriminellen Handlungen. In: Methoden – Daten – Analysen 2007, 1 (1), S. 5-24.

MEHRABIAN, A.: Räume des Alltags oder Wie die Umwelt unser Verhalten bestimmt, Frankfurt/M. 1978.

MEICHENBAUM, D.W.: Methoden der Selbstinstruktion. In: KANFER, F.H. & GOLDSTEIN, A.P. (Hrsg.), Möglichkeiten der Verhaltensänderung, München 1977, S. 357-396.

MEICHENBAUM, D.W.: Kognitive Verhaltensmodifikation, München und Wien 1979.

MEIER, A. & PATT, K.: Von ISO 9000 zum TQM: *Untersuchung der Erwartungen und der Zufriedenheit des Kunden-Zuweisender Arzt.* In: LÜTHY, A. (Hrsg.), Aktuelle Brennpunkte im Pflegemanagement, Frankfurt/M. 1998, S. 68-105.

MEIER, M.: Der „Fall Hägi" am Züricher Burghölzli. *Zur Reaktion von Psychiatrie und Behörden auf Kritik an staatlichen Anstalten.* In: FANGERAU, H. & NOLTE, K. (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – *Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 239-257.

MEINEFELD, W.: Realität und Konstruktion. *Erkenntnistheoretische Grundlagen einer Methodologie empirischer Sozialforschung,* Opladen 1995.

MEINHOLD, M.: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. *Einführung und Arbeitshilfen*, Freiburg 1997.

MEISE, S.: Warten – nur vertane Zeit? In: Psychologie heute 2003, H. 3, S. 60-64.

MEIßNER, A.: Aufenthalt in einer Übergangseinrichtung für psychisch Kranke und Rehabilitationsverlauf danach – *Subjektive Bewertung durch ehemalige Patienten der Einrichtung.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 1999, 1, S. 2937.

MEIXNER, K.: Patientenzufriedenheit in der ambulanten Pflege (ZAP): *Entwicklung, Pilottestung und Anwendungsmöglichkeit eines Fragebogens.* In: Pflegewissenschaft 2009, 11, S. 453-464.

MELEGHY, T. / PREGLAU, M. & SPIELBERGER, C.: Führungsverhalten, Dienstzufriedenheit und Leistung. In: Psychologie und Praxis 1986,30, S. 125-131.

MELLAGE, H.: 39 Monate bei gesundem Geiste als irrsinnig eingekerkert. *Erlebnisse des katholischen Geistlichen Mr. Forbes aus Schottland im Alexianer-Kloster Mariaberg in Aachen. Geschildert von seinem Befreier*, Hagen 1894.

MELVILLE, H.: Billy Budd, Zürich 2003.

MELVILLE, H.: Bartleby, der Schreiber. *Eine Geschichte aus der Wall-Street*, Frankfurt/M.2004.

MELZ, M.: Therapieziele stationärer akutpsychiatrischer Behandlung bei Psychose-Erkrankungen – *Ergebnisse einer trialogischen Befragung durch Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle*, Bielefeld 2005.

MELZ, M. et al.: Kann man trialogisch Forschen ? *Ein gemeinsamer Versuch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen*. In: Psychosoziale Umschau 2006, H. 1, S. 16-17.

MENGHIN, S. & KUBINGER, K.: Zur Legende: «Testpersonen beantworten dem Computer persönliche und intime Fragen offener als einem Testleiter» – *Ergebnisse eines Experimentes*. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1996, 17, S. 163-169.

MENNINGER, K.: Das Leben als Balance. Seelische *Gesundheit und Krankheit im Lebensprozeß*, München 1968.

MENTZOS, S.: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Frankfurt/M. 1988.

MENZEL, K.: Mutter – Arzt – Kind, Stuttgart 1961.

MENZEL, K.: Zur psychologischen Situation des kranken Kindes. In: Praxis der Kinderpsychologie 1963, 8, S. 273-281.

MERABRIAN, A. & FERRIES, S.R.: Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. In: Journal of Consulting Psychology 1967, 31, S. 248-252.

MERABRIAN, A. & WEINER, M.: Decoding inconsistent communications. In: Journal of Personality and Social Psychology 1967, 6, S. 109-114.

MERCHEL, J.: Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. *Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, Münster 2001.

MEREDITH, P.: Patient satisfaction with communication in general surgery: *Problems of measurement and improvement*. In: Social Science & Medicine 1993, 37, S. 591-602.

MEREDITH, P. & WOOD, C.: Aspects of Patient Satisfaction with Communication in Surgical Care: *Confirming Qualitative Feedback thought Qualitative Methods*. In: International Journal for Quality in Health Care 1996, 8, S. 253-264.

MERKEL, W.: Physician Perception of Patient Satisfaction: *Do Doctors know which Patients are Satisfied?* In: Medical Care 1984, 22, S. 453-459.

MERKER, B.: Der Wille. *Eigenheit, Freiheit, Notwendigkeit und Autonomie*. In: BETZLER, M. & GUCKES, B. (Hrsg.), Autonomes Handeln. *Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt*, Berlin 2000, S. 137-152.

MERKOURIS, A. / PAPATHANASSOGLOU, E.D.E. & LEMONIDOU, C.: Evaluation of patient satisfaction with nursing care: *quantitative or qualitative approach*? In: International Journal of Nursing Studies 2004, 41, S. 355-367.

MERL, H.: Die Omega-Position in der analytischen Gruppe. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1968, 1, S. 51-68.

MERLE, R.: Der Tod ist mein Beruf, 10 Aufl., Berlin 2007.

MERLEAU-PONTY, M.: Das Auge und der Geist. *Philosophische Essays*, Darmstadt 2003.

MERTEN, M.: Patientenzufriedenheit: *Nicht genug geredet.* In: Deutsches Ärzteblatt 2005, 102(4), A-3389.

MERTON, R.K.: The self-fulfilling prophecy. In: Antioch Review 1948, 8, S. 193-210.

MERTON, R.K.: Sozialstruktur und Anomie. In: SACK, F. & KÖNIG, R. (Hrsg.), Kriminalsoziologie, Frankfurt/M. 1974, S. 283-313.

MERTON, R.K.: Auf den Schultern von Riesen. *Ein Leitfaden durch das Labyrinth der Gelehrsamkeit*, Frankfurt/M. 1983.

MERTON, R.K.: Der Matthäus-Effekt in der Wissenschaft. In: Der., Entwicklung und Wandel von Forschungsinteressen, Frankfurt/M. 1985, S. 147-171.

MERTON, R.K.: Der Einfluss der empirischen Forschung auf die soziologische Theorie. In: Ders., Soziologische Theorie und soziale Struktur, Berlin 1995a, S. 99-114.

MERTON, R.K.: Bürokratische Struktur und Persönlichkeit. In: Ders., Soziologische Theorie und soziale Struktur, Berlin 1995b, S. 187-198.

MERTON, R.K.: Die Rolle des Intellektuellen in der öffentlichen Bürokratie. In: Ders, Soziologische Theorie und soziale Struktur, Berlin 1995c, S. 199-216.

MERTON, R.K.: Beiträge zur Theorie des Bezugsgruppenverhaltens. In: Ders, Soziologische Theorie und soziale Struktur, Berlin 1995d, S. 217-268.

MERVELT, D. von: Soziologie der Soziologen, Heidelberg 1974.

MEERWEIN, F. & KAUF, S.: Der medizinpsychologische Dienst im Urteil der Patienten. In: Schweizer Medizinische Wochenschrift 1977, 107, S. 122-126.

MERZ, J.: Berufszufriedenheit von Lehrern, Weinheim 1979.

MERZ, J.: Eine Skala zur Messung der „Allgemeinen Berufszufriedenheit von Lehrern". In: Zeitschrift für Empirische Pädagogik 1980, 4, S. 59-69.

MESSNER, T. Verbesserungsprozesse durch Patientenbefragungen im Krankenhaus. *Eine empirische Studie zur Verwertung von Patientenbefragungen in deutschen Krankenhäusern*, 2000, Tectum-Verlag.

MESSNER, T. & ZINN, W.: Messung und Analyse der Kundenzufriedenheit in Krankenhäusern. In: BRAUM, O.L. et al. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit und psychologisches Qualitätsmanagement, Heidelberg 2001, S. 187-208.
URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/Messung-und-Analyse-der-Kundenzufrieden-heit.pdf [Stand 17.11.2005]

MESSNER, T. & ZINN, W.: Wirkungen von Patientenbefragungen in Krankenhäusern – *Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie.*
URL: http://www.metrik.org/aktuelles/infos/2_1.pdf

[Stand 16.11.2005]

METERKO, M.: The history so fare of patient satisfaction surveys. In: The Joint Commission Journal on Quality Improvement 1995, 21, S. 42-43.

METERKO, M. et al.: Patient Judgments of hospital quality: *Report of a pilot study*. In: Medical Care 1990, 28, S. 1-56.

METHODEN-AG: Entwicklung neuer Messverfahren.
URL:http://www.patient-als-partner.de/index.php?article_id=61&clang=0
[Stand 13.06.2007]

METTKE, P. & METTKE-SCHRÖDER, K.: Der unzufriedene Nöx. *SongSchauspiel. Märchen in drei Aufzügen*, 1990.
URL:http://www.gigabuch.en/inbox/portal/SongSchau.pdf
[Stand 20.09.2008]

METZGER, W.: Das Gesicht im Kreis der Sinne. In: Studium Generale 1957, 10, S. 364-374.

METZLER, K. & STAHL, H.K.: Kundenzufriedenheit und Unternehmenswertsteigerung. In: Die Betriebswirtschaft 2000, 60, S. 626-641.

MEYER, A. (Hrsg.): Handbuch Dienstleistungs-Marketing. *Grundlagen, Management, Umsetzung, Branchenkonzepte und Praxisbeispiele*. Stuttgart 1998.

MEYER, A.: Kundenorientierung, Kundenzufriedenheit, Kundenbindung – *Erkenntnisse aus Sicht von Forschung und Lehre*. In: DEUTSCHE POST (Hrsg.), Kundenorientierung als Basis für Wettbewerbsvorteile, München 2002, S. 34-44.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Feedback für strategische Vorteile. *Was leistet das Deutsche Kundenbarometer?* In: Absatzwirtschaft 1992a, Sondernummer, S. 120-135.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Qualität und Kundenzufriedenheit als Basis für strategische Vorteile im Wettbewerb. In: Absatzwirtschaft 1992b, 35, S. 120-135.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Jahrbuch der Kundenzufriedenheit in Deutschland, München 1995.

MEYER, A. & WESTERBARKEY, P.: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsqualität: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, 2. Aufl., Wiesbaden 1995, S. 83-103.

MEYER, A. & ERTL, R.: Nationale Barometer zur Messung von Kundenzufriedenheit. In: MEYER, A. (Hrsg.), Grundsatzfragen und Herausforderungen des Dienstleistungsmarketing, Wiesbaden 1996.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Das Deutsche Kundenbarometer, München 1997a.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Das deutsche Kundenbarometer – Qualität und Zufriedenheit. In: SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 163-184.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Branchenübergreifende Kundenbarometer. *Anforderungen der Marketingpraxis*. In: Marktforschung & Management 1998, 20, S. 145-150.

MEYER, A. & DAVIDSON, H.: Offensives Management, Freiburg 2001.

MEYER, A. & DORNACH, F.: Kundenmonitor Deutschland – *Qualität und Kundenorientierung*, München 1999.

MEYER, B. et al.: Treatment expectancies, patient alliance and outcome. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 2002, 70, S. 1051-1055.

MEYER, E.Y.: Das System des Doktor Maillard oder Die Welt der Maschinen, Zürich 1994.

MEYER, F.: Die Aktion "Das fröhliche Krankenzimmer". In: DEUTSCHES BIBLIOTHEKSINSTITUT (Hrsg.), Die Patientenbibliothek. *Ein Beitrag zur Humanität im Krankenhaus. Referate einer Fortbildungstagung des Deutschen Bibliotheksinstituts Mai 1981*, Berlin 1982, S. 20-25.

MEYER, F. et al.: Selbsthilfegruppen im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen. In: Psychotherapeut 2008, 3, S. 198-205.

MEYER, J.W. & ROWAN, B.: Institutionalized Organizations: *Formal Structures as Myth and Ceremony*. In: American Journal of Sociology 1977, 83, S. 340-363.

MEYER, T. et al.: Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation, Düsseldorf 2008a.

MEYER, T.: Patientenfragebögen in der Rehabilitation: Stärken und Problemfelder. In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2008b, 18, S. 240-244.

MEYER, T. / DECK, R. & RASPE, H.: Gültigkeit von Fragebogenangaben durch Rehabilitationspatienten: *Welche Situationen und Schwierigkeiten liegen beim Ausfüllen vor?* In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), Psychologische Diagnostik – *Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Beiträge zur 24. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* 2005, S. 141-158.

MEYER, T. / DECK, R. & RASPE, H.: Gültigkeit von Fragebogenangaben in der Rehabilitationsforschung: *Unter welchen Bedingungen füllen Patienten Fragebogen aus?* In: Die Rehabilitation 2006, 45, S. 118-127

MEYER, T. / DECK, R. & RASPE, H.: FBR-Z: Fragen zur Patientenzufriedenheit aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation – *Somatische Indikatoren*. In: BENGEL, J. / WIRTZ, M. & ZWINGMANN, C. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation, Bd.5, Göttingen 2008, S. 252-254.

MEYER, T. / BRÜGGEMANN, S. & WIDERA, T.: Rehabilitation braucht Zielorientierung – *aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung*. In: RVaktuell 2008, H.3, S. 94-99.

MEYER, T. et al.: Warum beurteilen Rehabilitanden die Rehaplanung und Zielorientierung weniger positiv als andere Aspekte der medizinischen Rehabilitation? In: Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2009, 19, S. 85-92.

MEYER, W.-H.: Arbeitszufriedenheit. *Ein interessesiertes Missverständnis*, Opladen 1982.

MEYER, W.-U. & SCHMALT, H.-D.: Die Attributionstheorie. In: Frey, D. (Hrsg.), Kognitive Theorien der Sozialpsychologie, Stuttgart 1978.

MEYRING, G.: J.H. Obereits Besuch bei den Zeitegeln. In: Ders., Fledermäuse. Erzählungen, Fragmente, Aufsätze. München 1981, S. 94-104.

MICHALOS, A.C.: Multiple discrepancies theory (MDT). In: Social Indicators Research 1985, 16, S. 347-413.

MICHALSKI, C.: Funktion und Bewertung des ambulanten Psychiaters durch schizophrene Patienten. *Die Funktion des ambulanten Psychiaters und seine Bewertung durch chronisch schizophrene Patienten im Zusammenhang mit Beurteilung der Behandlungsqualität*, Leipzig 2005.

MICHALSKI, C.: Funktion und Bewertung des ambulanten Psychiaters durch schizophrene Patienten. In: MAYRING, P. & GLÄSER-ZIKUDA, M. (Hrsg.), Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse, 2. Aufl., Weinheim und Basel 2008, S. 207-221.

MIDANIK, L.T. et al.: Alcohol problems and sense of coherence among older adults. In: Social Science & Medicine 1992, 34, S. 43-48.

MIELCK, A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern 2005.

MIELCK, A. / SATZINGER, W. & APELT, P.: Zufriedenheit mit der ambulant-ärztlichen Versorgung: Unterschiede nach Schulbildung in Görlitz. In: Sozial- und Präventivmedizin 1993, 38, S. 142-147.

MIELCK, A. & HELMERT, U.: Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007, S. 114-132.

MIKULAS, J. & FEIGE, H.-H.: Ergebnisse einer Patientenbefragung in allgemeinstomatologischen ambulanten Einrichtungen der Stadt Halberstadt zu einigen Aspekten der stomatologischen Betreuung. In: Stomatologie der DDR 1982, 32, H.9, S. 646-653.

MILL, J.S.: Der Utilitarismus, Stuttgart 2006.

MILLER, J.A.: Exploring Satisfaction, Modifying Models, Eliciting Expectations, Posing Problems and Making Meaningful Measurements. In: HUNT, H.K. (Hrsg.), Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction, Cambridge 1977, S. 72-91.

MILLER, J.M.: Die Zufriedenheit. In: KÜRSCHNER, J. (Hrsg.), Deutsche National-Literatur, Band 50, Stuttgart 1884, S. 273-274.

MILLER, J.M.: Siegwart. Eine Klostergeschichte, Stuttgart 1971.

MILLER, K.J. et al.: Taking an individualized approach to the assessment of self-efficacy and the prediction of alcoholic relapse. In: Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment 1991, 13, S. 1-15.

MILLER, P.J. et al.: Self-efficacy in alcoholics: *clinical validation of the situational confidence questionnaire*. In: Addictive Behaviours 1989, 14, S. 217-224.

MILLER, W.R. / TAYLOR, W.R. & WEST, J.C.: Correlation between therapist empathy and client drinking outcomes. In: Journal of Cross-Cultural Psychology 1980, 48, S. 590-601.

MILLER, W.R. & HESTER, R.K.: The effectiveness of alcoholism treatment. *What research reveals*. In: MILLER, W.R. & HEATHER, N. (Hrsg.), Treating addictive behaviours, New York 1986.

MILLER, W.R. & HESTER, R.K.: Treatment for alcohol problems: *toward an informed eclecticism*. In: HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (Hrsg.), Handbook of alcoholism treatment approaches, Boston 1995, S. 1-11.

MILLER, W.R et al.: What works? *A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature*. In: HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (Hrsg.), Handbook of alcoholism treatment approaches. *Effective alternatives*, Boston 1995, S. 12-44.

MILLER, W.R. et al.: What predicts relapse? Prospective testing of an´tecendt models. In: Addiction 1996, 91, S. 155-172.

MILLS, C.W.: Menschen im Büro, Köln 1955.

MILLS, C.W.: Kritik des soziologischen Denkens, Berlin 1963.

MILMOE, S. et al.: The doctor's voice: *postdictor of successful referral of alcoholic patients*. In: Journal of Abnormal Psychology 1967, 72, S. 78-84.

MINKOWSKI, E.: Zum Problem der erlebten Zeit. In: Studium Generale 1955, 8, S. 601-607.

MINKOWSKI, E.: Die gelebte Zeit, Salzburg 1971.

MINNEMANN, E.: Die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Lebenszufriedenheit im Alter, Heidelberg 1993.

MINSEL, W.-R.: Überprüfung der Effekte von client-centred psychotherapeutischen Gesprächen mit psychoneurotischen Klienten, Hamburg 1970.

MINSEL, W.-R. et al.: Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1972, 1, S. 232-250.

MINSEL, W.-R. et al.: Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1973, 3, S. 197-210.

MIKL-HORKE, G.: Organisierte Arbeit. *Einführung in die Arbeitssoziologie*, 3. Aufl., München 1989.

MIKULA, G.: Psychologische Theorien des sozialen Austausches. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band II: Gruppen- und Lerntheorien*, Bern 1985, S. 273-305.

MIKULA, G.: Austausch und Gerechtigkeit in Freundschaft, Partnerschaft und Ehe: *Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand*. In: Psychologische Rundschau 1992, 43, S. 69-82.

MILGRAM, S.: Einige Bedingungen von Autoritätsgehorsam und seiner Verweigerung. In: Zeitschrift für Experimentelle und angewandte Psychologie 1966, 13, S. 433-463.

MILGRAM, S.: Das Erleben der Großstadt – *Eine psychologische Analyse*. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1970, 1, S. 142-152.

MILGRAM, S.: Jeder knipst sein eigenes Märchen. In: Psychologie heute 1977, H. 7, S. 12-17.

MILGRAM, S.: Das Milgram-Experiment: *Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität*, 16. Aufl. Reinbek 1982.

MIRBEAU, O.: Nie wieder Höhenluft oder Die 21 Tage eines Neurasthenikers, München 2000.

MISSEL, P. & BRAUKMANN, W.: Burnout in der Suchttherapie, Göttingen 1995.

MISSEL, P. / AUTENRIETH, I. & HÖHN, U.: Kundenorientierung in der Rehabilitationsfachklinik: *Ergebnisse eines klinikinternen Qualitätszirkels*. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Das „Beste" für den Suchtkranken, Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Geesthacht: Neuland 1997, S. 280-290.

MITSCHERLICH, A.: Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. *Ideen zur Sozialpsychologie*, München 1965.

MITSCHERLICH, A.: Massenpsychologie ohne Ressentiment. *Sozialpsychologische Betrachtungen*, Frankfurt/M. 1972.

MITSCHERLICH, A.: Der »genormte Patient«. In: Ders., Gesammelte Schriften VII: *Politisch-publizistische Aufsätze II*, Frankfurt/M. 1983a, S. 467-471.

MITSCHERLICH, A.: Der Patient – nur ein Werkstück? In: Ders., Gesammelte Schriften VII: *Politisch-publizistische Aufsätze II*, Frankfurt/M. 1983b, S. 506-512.

MITTAG, O.: Der „Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Klientenverhalten" (FEPK). In: GwG-info 1982, 47, S. 56-59.

MITTAG, O.: Der „Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Therapeutenverhalten" (FEPT). In: GwG-info 1983, 47, S. 51-55.

MITTAG, O.: Vergleich von zwei kardiologischen Rehabilitationskliniken anhand der Wahrnehmung der Klinikumwelt durch die Patienten. In: Rehabilitation 2001, 40, S. 72-75.

MITTAG, W. et al.: Selbstaufmerksamkeit und belastende Lebensereignisse: *Eine Längsschnittstudie zur Rückfälligkeit von Alkoholikern*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1991, 20, S. 154-165.

MITTELSTRAß, J. (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie, *Bd. 4, Sp-Z*, 2. Aufl., Mannheim 1996.

MITTENECKER, E.: Methoden und Ergebnisse der psychologischen Unfallforschung, Wien 1962.

MODESTIN, J. / HUNZIKER, R. & KOPP, W.: Ein einfaches Instrument zur Erfassung der gruppenpsychotherapeutischen Faktoren. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1988, 24, S. 332-343.

MODESTIN, J. / WÜRMLE, O. & BACHMANN, K.M.: Veränderungen in der Patientenwahrnehmung der therapeutischen Faktoren im gruppenpsychotherapeutischen Verlauf. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1994, 30, S. 337-348.

MODESTIN, J. & ABDEL-REHIM, H.: Einfluss der partiellen Abteilungsöffnung auf die Abteilungsatmosphäre. In: Psychiatrische Praxis 1996, 23, S. 285-289.

MODESTIN, J. et al.: Der Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: *Entwicklung und Charakteristik*. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2003, 154, 127-138.

MOEHR, J.R. & HAEHN, K.D. (Hrsg.): Verdenstudie. *Strukturanalyse Allgemeinärztlicher Praxen*, Köln 1977.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: GAEBEL, W.: Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus, Wien u.a. 1995, S. 163-172.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.M. & MÜLLER, U.: Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache?. In: Nervenarzt 1996, 67, S. 765-773.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.M. et al.: Determinanten der Patientenzufriedenheit: *behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2002a, 70, S. 410-417.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.M. et al.: Is patient saticfaction a unidimensional construct? *Factor analysis of the Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS-24)*. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2002b, 252, S. 19-23.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.M. & DUNKEL, R.: Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Ergebnisse einer Stichtagserhebung*. In: Nervenarzt 2003, 74, S. 40-47.

MÖLLER, B.: Untersuchungen zur Optimierung der Patientenzufriedenheit. *Exemplarisch dargestellt am IFA-Kinder-Rehabilitationszentrum auf Usedom*, Regensburg 2002.

MOELLER, M.L.: Zur Bildung von Selbsthilfegruppen. *Ein Erfahrungsbericht für Teilnehmer und Experten*. In: Psychiatrische Praxis 1977, 4, S. 197-212.

MOELLER, M.L.: Selbsthilfegruppen. *Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen*, Reinbek 1978.

MOELLER, M.L.: Das demokratische Arbeitsbündnis in Selbsthilfegruppen. *Einige Folgen der Deprofessionalisierung für therapeutische Beziehung*. In: Psychosozial 1979, 2, S. 36-66.

MOELLER, M.L.: Anders helfen. *Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen*, Stuttgart 1981.

MOELLER,M.L.: Gruppenpsychotherapie und Selbsthilfegruppen. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1983, 19, S. 142-157.

MOELLER, M.L.: Selbsthilfegruppen. *Anleitungen und Hintergründe*, Reinbek 1996.

MÖLLHOF, B. & MÖLLHOF, M.: Kinderhäuser statt Kinderheime! In: Psychologie heute 1979, H.3, S. 53-62.

MOGEL, H.: Geborgenheit. *Psychologie eines Lebensgefühls*, Heidelberg 1995.

MOGEL, H.: Geborgenheit. In: AUHAGEN, A.E. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004, S. 52-66.

MOHL, H.: Patientensorgen – Patientenwünsche. In: Chirurg 1976, 47, S. 103-106.

MOHLER, P.P. & PORST, R.: Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen – *Eine Einführung in das Thema.* In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 7-15.

MOHR, H.-M.: Analysen zur Vergleichbarkeit von Zufriedenheitsmessungen. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1987, 18, S. 160-168.

MOLCHO, S.: Körpersprache, 20.Aufl., München 1998.

MOLCHO, S.: Alles über Körpersprache. *Sich selbst und andere besser verstehen*, 7.Aufl., München 2001.

MOLCHO, S.: ABC der Körpersprache, München 2006.

MOLINA, J.A.D. et al.: effects of Survey Mode on Results of a Patient Satisfaction Survey at the Observation Unit of an Acute Care Hospital in Singapore. In: Annals Academy of Medicine 2009, 38, S. 487-493.

MONDLOCH, M.V. / COLE, D.C. & FRANK, J.W.: Does how you do depend on how you think you'll do? *A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes.* In: Canadian Medical Association Journal 2001, 165, S. 174-179.

MONTADA, L. / SCHNEIDER, A. & REICHLE, B.: Emotion und Hilfsbereitschaft. In: BIERHOFF, H.W. & MONTADA, L. (Hrsg.), Altruismus – *Bedingungen der Hilfsbereitschaft*, Göttingen 1988, S. 130-153.

MOORE, P.J. / ADLER, N.E. & ROBERTSON, P.A.: Medical malpractice: *the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions.* In: Western Journal of Medicine 2000, 173, S. 244-250.

MOOS, R.H.: Conceptualizations of human environments. In: American Psychologist 1973a, 28, S. 652-665.

MOOS, R.H.: Changing the social milieus of psychiatric treatment settings. In: The Journal of Applied Behavioural Science 1973b, 2, S. 575-593.

MOOS, R.H.: Evaluating treatment environments. *A social ecological approach*, New York 1974a.

MOOS, R.H.: Ward atmosphere Scale: *Manual.* Paolo Alto 1974b.

MOOS, R.H.: Community oriented programs environment scale manuale, Paolo Alto 1974c.

MOOS, R.H. & HOUTS, P.S.: Assessment of the social atmosphere of psychiatric wards. In: Journal of Abnormal Psychology 1968, 73, S. 595-604.

MOOS, R.H. & SCHWARTZ, J.: Treatment Environment and Treatment outcome. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1972, 154, S. 264-275.

MOOS, R.H. / SHELTON, R. & PETTY, C.: Perceived ward climate and treatment outcome. In: Journal of Abnormal Psychology 1973, 82, S. 291-298.

MORGAN, R. et al.: Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance method. In: Archiv of General Psychiatry 1982, 39, S. 397-402.

MORFELD et al.: Subjektive Bewertungen der Behandlungsangebote in stationärer und ambulanter orthopädischer Rehabilitation. In: Rehabilitation 2000, 41, S. 112-118.

MORIARTY, H. / MC LEOD, D. & DOWELL, A.: Mystery shopping in health service evaluation. In: British Journal of General Practice 2003, 53, S. 942-946.

MORINAGA, A.: Dein und mein Geheimnis, Band 1, Hamburg 2007.

MORITZ, K. P.: Anton Reiser. *Ein psychologischer Roman*, Frankfurt/M. 1998.

MORRIS, D.: Der nackte Affe, München 1968.

MORRIS, D.B.: Geschichte des Schmerzes, Frankfurt/M. 1996.

MORRIS, J. & ROYLE, G.: Offering patients a choice surgery for early breast cancer: *a reduction in anxiety and depression in patients and their husbands*. In: Social Science & Medicine 1988, 26, S. 583-585.

MORRIS, M. & BRAYSHAW, M.: Ein psychiatrischer Dienst von Psychiatrieerfahrenen in England. In: UTSCHAKOWSKI, J. / GYÖNGYWÉR, S. & BOCK, T. (Hrsg.), Vom Erfahrenen zum Experten. *Wie Peers die Psychiatrie verändern*, Bonn 2009, S. 194-203.

MORRIS, Z.S. & MC KEGANEY, N.: Client perceptions of drug treatment services in Scotland. In: Drugs: *education, prevention and policy* 2007, 14, S. 49-60.

MORRIS, Z.S. & GANNON, M.: Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes. In: Journal of Quality Health Care 2008, 20, S. 271-276.

MORUS, T.: Utopia. In: GRASSI, E. (Hrsg.), Der utopische Staat. Morus: *Utopia*; Campanella: *Sonnenstaat*; Bacon: *Neu-Atlantis*, 28. Aufl., Reinbek 2005, S. 8-110.

MORY, C. et al.: Die deutsche Version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54). *Ein Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit psychiatrischer Behandlung*. In: Psychiatrische Praxis, 28, 2001, S. 91-96.

MOSCH, G.: Erlebtes Stationsmilieu – *Sichtweise der Patienten*. In: LANGE, H. & VOßBER, H. (Hrsg.), Betroffen. *Anstoß zum Leben mit Widersprüchen in der Psychiatrie*, Rehburg-Loccum 1984, S. 130-157.

MOSCHALL, M. & SKUPIN, S.: Wettbewerbsvorteil durch Patientenzufriedenheit. *Ermittlung der Kundenzufriedenheit mittels Fragebogen*. In: Die Schwester/Der Pfleger 1999, 38 (7), S. 574-576.

MOSER, H.: Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften, München 1975.

MOSER, H.: Methoden der Aktionsforschung, München 1977a.

MOSER, H.: Praxis der Aktionsforschung, München 1997b.

MOSER, H.: Instrumentenkoffer für die Praxisforschung, Freiburg 2003.

MOSER, K. & HERTEL, G.: Der Dritte-Person-Effekt in der Werbung. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1998, 29, S. 147-155.

MOSER, T.: Lehrjahre auf der Couch. *Bruchstücke meiner Psychoanalyse*, Frankfurt/M. 1976.

MOSES, P.J.: Die Stimme der Neurose, Stuttgart 1956.

MOSHEIM, J.L. von: Gründe und Gedanken von der Zufriedenheit mit einigen Erläuterungen, Quedlinburg 1761.

MOSHER, L. et al.: Dabeisein. *Das Manual zur Praxis in der Soteria*, Bonn 1994.

MOSHER, L. & VALLONE, B.: Soteria Kalifornien – San José. In: BRILL, K.-H. (Hrsg.), Die Soteria-Idee lebt. *Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven. Materialien der Soteria-Tagung 1995 in Bremen*, Bonn 1996, S. 115-146.

MOSHER, L. & BURTI, L.: Psychiatrie in der Gemeinde. *Grundlagen und Praxis*, Bonn 1992.

MOßLER, A.: Der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus aus der Sicht der Patienten. *Versuch der Darstellung der emotional-affektiven Reaktionsweisen auf die Hospitalisierung*, Hamburg 1981.

MOTAMEDI, S.: Körpersprache – schwere Sprache. In: Psychologie heute 1996, 10, S. 52-54.

MOWEN J.C. & GROVE, S.L.: Search Behaviour, Price Paid, and the 'Comparison Other': *An Equity Theory Analysis of Post Purchase Satisfaction.* In: DAY, R.L. & HUNT, K.H. (Hrsg.), International Fair in Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour, Bloomington 1983, S. 57-63.

MÜCK, H.: Wie sieht der Patient in der DDR seinen Arzt. In: Der Praktische Arzt 1983, 20, S. 981-987.

MÜHLBACHER, A. / NÜBLING, M. & NIEBLING, W.: Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung. *Ansätze zur Steuerung durch Selbstbewertung und Patientenbefragung.* In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2003, 46, H.8, S. 659-667.

MÜHLENKAMP, H.: Rezension Henrik Olandt, Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern – *Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung,* Wiesbaden 1998. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 2000, 23, S. 383-386.

MÜHLICH-VON STADEN, C. / WOLFF, E. & MÜHLICH, W.: ein bett ist keine wohnung. *bedürfnisse und wünsche von psychiatrischen Langzeitpatienten*, Rehburg-Loccum 1982.

MÜHREL, E.: Zum Problem der Anerkennung und Verantwortung bei Emmanuel Lévinas, Essen 1997.

MÜHREL, E.: Achten und Verstehen. *Philosophische Reflexionen zur professionellen Haltung in der Sozialen Arbeit*, 2. Aufl., Essen 2008.

MÜLLER, A.L.: Experimentelle Untersuchungen zur stimmlichen Darstellung von Gefühlen, Göttingen 1960.

MÜLLER, C.: Psychiatrische Institutionen. *Ihre Möglichkeiten und Grenzen,* Basel 1981.

MÜLLER, C.: Wandlungen psychiatrischer Institutionen. In: Psychiatrie der Gegenwart Band 9, 339-368.

MÜLLER, C.: Paul Dubois ein vergessener Psychotherapeut, Basel 2001

MÜLLER, C.W.: SelbstHilfe. *Ein einführendes Lesebuch*, Weinheim 1993.

MÜLLER, G.F. & CROTT, H.W.: Gerechtigkeit in sozialen Beziehungen: *Die Equity-Theorie.* In: Frey, D. (Hrsg.), Kognitive Theorien der Sozialpsychologie, Stuttgart 1978, S. 218.

MÜLLER, H.: Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine Auswirkungen auf das Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau 1993, Heft 1, S. 18-19.

MÜLLER, H.: Der Fremde Blick oder Das Leben ist ein Furz in der Laterne, Göttingen 1999.

MÜLLER, H.J.: Der Nörgler. *Typenbildung im Altenheim.* In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1973.

MÜLLER, H.W.: Patientenorientiertes Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau 1979, 48, S. 368-374.

MÜLLER, J.: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). In: BRÄHLER, E. et al. (Hrsg.), Brickenkamp. *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 3. Aufl., 2. Bd., Göttingen 2002b, S. 912-915.

MÜLLER, K. & THIELHORN, U.: Zufriedene Kunden? *Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten*, Stuttgart 2000.

MÜLLER, K.G. et al.: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess – *Evaluation des Shared Decision-Modells bei der Behandlung chronischer Schmerzpatienten.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2003, 53, S. 127.

MÜLLER K.G. et al.: Der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung bei chronischen Schmerzpatienten. Evaluation und Modifikation von Therapieentscheidungen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004, 98, S. 95-100.

MÜLLER, K.G. et al.: Evaluation eines Fragebogens zu Erfassung der Arzt-Patient-Interaktion (FAPI). *Poster.*
URL:http://www.patient-als-partner.de/files/bmg-projekte/MuellerPosterFAPI.pdf
[Stand 01.06.2007a]

MÜLLER, K.G. et al.: Evaluation eines Fragebogens zu Erfassung der Arzt-Patient-Interaktion (FAPI). *Text.*
URL:http://www.emgs.de/en/meetings/pat2004/04pat14.shtml
[Stand 01.06.2007b]

MÜLLER, M.: Ziel: Zufriedene Patienten – *Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements.* In: Krankenhaus Umschau 1999, Heft 5.

MÜLLER, M.: Qualitätsmaßstab und Orientierungshilfe. *Patientenbefragungen und ihr Nutzen für das Qualitätsmanagement*. In: Krankenhaus Umschau 1999, 9, S. 644-647.

MÜLLER, M.: "Ich war keine Nummer..." – *Erste Ergebnisse des KU-Patienten-Monitors – schon 35.000 Patienten befragt*. In: Krankenhaus Umschau 2000, Heft 5.

MÜLLER, M.J. & SCHANZ, B.: Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 319-322.

MÜLLER, N. / BLUMENBERG, U. & KEUL, A.G.: Gestaltung, Ausstattung und Funktionalität psychiatrischer Stationen: *eine Vergleichsuntersuchung*. In: Krankenhauspsychiatrie 1996, 7, S. 143-150.

MÜLLER, S.: Untersuchungen zur Messung pessimistischer und optimistischer Zukunftserwartungen – *Eine Studie zur Psychologie des Zukunftserlebens*, Köln-Bonn 1973.

MÜLLER, S.: Tools für Marktforscher – *Ist der zufriedene Kunde wirklich zufrieden?* In: Markforschung & Management 1997, 41, S. 38-39.

MÜLLER, S.: Die Unzufriedenheit der „eher zufriedenen" Kunden. In: MÜLLER, S. & STROTHMANN, H. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit und Kundenbindung: *Strategien und Instrumente von Finanzdienstleistern*, München 1998, S. 197-318.

MÜLLER, S. & KESSELMANN, P.: Akzeptanz von computergestützten Erhebungsverfahren. *Eine empirischer Vergleich mit der traditionellen Fragebogentechnik*. In: Marketing ZFP 1996, H.3, S. 191-202.

MÜLLER, S. & LOHMANN, F.: Qualitative oder quantitative Erfassung von Dienstleistungsqualität. *Die Critical Incident Technique und die Gap-Analyse im Methodenvergleich*. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1997, 49, S. 973-989.

MÜLLER, U.: Die Institutionalisierung eines Außenseiters. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 236-251.

MÜLLER, U.: Im Dickicht der Journale … verirrt. *Anmerkungen zur Wissenschaftsschnurre von M.C. Angermeyer in MMG 11 (1986*). In: Medizin, Mensch und Gesellschaft 1987, 12, S. 75-76.

MÜLLER, W.: Loyales Kundenverhalten als strategischer Wettbewerbsvorteil: *Kundenzufriedenheit als oberstes Ziel*. In: Gablers Magazin 1990, 9, S. 41-46.

MÜLLER, W.: Kundenbindungs-Management. In: MÜLLER, W. & BAUER, H. (Hrsg.), Wettbewerbsvorteile erkennen und sichern. *Erfahrungsberichte aus der Marketing-Praxis*, Kriftel 1995, S. 187-208.

MÜLLER, W.: Angewandte Kundenzufriedenheitsforschung. In: Marktforschung & Management 1996, 36, S. 149-159.

MÜLLER, W.: Gerechtigkeitstheoretische Grundlagen der Kundenzufriedenheit. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 1998, 3, S. 239-266.

MÜLLER,W.: Gerechtigkeitstheoretische Modelle der Kundenzufriedenheit. Institut für Angewandtes Markt-Management. Reihe Forschungspapier, Band 4, Dortmund 2004.

MÜLLER, W. & RIESENBECK, H.: Wie aus zufriedenen Kunden auch anhängliche werden. In: Harvard Manager 1991, 3, S. 67-79.

MÜLLER-FAHRNOW, W. & SPYRA, K.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen.* In: FACHVERBAND SUCHT (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter, Geesthach 1995, S. 65-99.

MÜLLER-HERGEL, C.: Demenz und Remenz: *Positive Personenarbeit und Dementia Care Mapping.* In: Geriatrie Praxis 1998, 6, S. 18-23.

MÜLLER-HERGEL, C.: Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: *Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping.* In: TACKENBERG, P. & ABT-ZEGELIN, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege. *Eine interdisziplinäre Betrachtung*, Frankfurt/M. 2000, S. 248-261.

MÜLLER-HERGEL, C.: Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. *Zur Analytik zentraler Begriffe.* In: BARTHOLOMEYCZIK, S. & HALEK, M. (Hrsg.), Assessmentinstrumente in der Pflege. *Möglichkeiten und Grenzen*, Hannover 2004, S. 115-129.

MÜLLER-KOHLENBERG, H.: Evaluation aus Sicht der Klienten. *Divergenzen in der Beurteilung psychosozialer Dienstleistungen zwischen Anbietern und Abnehmern.* In: BAUMGÄRTEL, F. / WILKER, F.-W. & WINTERFELD, U. (Hrsg.), Innovation und Erfahrung, Bonn 1997a, S. 42-52.

MÜLLER-KOHLENBERG, H.: Evaluation von sozialpädagogischen Maßnahmen aus unterschiedlicher Perspektive: *Die Sicht der Träger, der Programmanger/-innen und der Nutzer/-innen.* In: MÜLLER-KOHLENBERG, H. & AUTRATA, O. (Hrsg.), Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Bonn 1997b, S. 8-20.

MÜLLER-KOHLENBERG, H.: Die Delphi-Methode in der Evaluationsforschung. *Eine Pilotstudie aus Sicht der KlientInnen bzw. NutzerInnen.* In: HEINER, M. (Hrsg.), Experimentierende Evaluation und lernende Organisation, Weinheim 1998, S. 149-166.

MÜLLER-KOHLENBERG, H.: Dienstleistungsqualität und Evaluation aus Nutzerperspektive in der Sozialen Arbeit. In: NEUFFER, M. (Hrsg.), Evaluation im Regelbetrieb der Sozialen Arbeit. *Konzepte und Instrumente*, Hamburg 2002, S. 2-18.

MÜLLER-KOHLENBERG, H.: Jenseits der Neutralität. E*mpowerment-Evaluation, der transformativ/emanzipatorische Ansatz und die Rolle von Adressaten und Evaluationsteam.* In: BECKMANN, H.-U. et al. (Hrsg.), Qualität in der Sozialen Arbeit. *Zwischen Nutzerinteressen und Kostenkontrolle*, Wiesbaden 2004, S. 369-378.

MÜLLER-KOHLENBERG, H. & KAMMANN, C.: Die NutzerInnenperspektive in der Evaluationsforschung: *Innovationsquelle oder opportunistische Falle?* In: MÜLLER-KOHL-BERG, H. & MÜNSTERMANN, K. (Hrsg.), Qualität von Humandienstleistungen. *Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen,* Opladen 2000.

MÜLLER-LUCKMANN, E.: Zur Psychologie der menschlichen Behausung. In: Psychologie und Praxis 1960, 4, S. 71-77.

MÜLLER-STAUB, M.: Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. *Eine Literaturübersicht.* In: Pflege 2001, 14, S. 230-238.

MÜLLER-STAUB, M.: Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. *Eine Studie zur Frage nach dem Zusammenhang.* In: Pflege 2002, 15, S. 113-121.

MÜLLER-STAUB, M. et al.: Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: *Konzept und Ergebnisse (Teil 1).* In: Pflege 2008a, 21, S. 172-179.

MÜLLER-STAUB, M. et al.: Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: *Vorkommen von Angst, Unsicherheit, Belastung, Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Durst und Hunger sowie Zusammenhänge zur Patientenzufriedenheit (Teil 2).* In: Pflege 2008b, 21, S. 180-188.

MULLEN, P.D.: Compliance becomes concordance. In: *British Medical Journal 1997*, 314, S. 691-692.

MUMMALANANENI, V. & GOPALAKRISHNA, P.: Mediators vs. Moderators of Patient Satisfaction. In: Journal of Health Care Marketing 1996, 15 (4), S. 16-23.

MUMMENDEY, H.D.: Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1981, 2, S. 199-218.

MUMMENDEY, H.D.: Die Fragebogen-Methode. *Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*, 2. Aufl., Göttingen 1995.

MÜNCH, R.: Dialektik der Kommunikationsgesellschaft, Frankfurt/M. 1991.

MÜNSTERMANN, W.: Informationsbedürfnis des Kranken, Münster 1976.

MUHR, C.: Depressionen, Köln 1973.

MUNDT, C. et al.: Zeiterleben und Zeiteinschätzung depressiver Patienten. In: Der Nervenarzt 1998, 69, S. 38-45.

MUNRO, B.H. / JACOBSON, B.S. & BROOTEN, D.A.: Reexamination of the psychometric characteristics of the La Monica-Oberst patient satisfaction scale. In: Research in Nursing & Health 1994, 17, S. 119-125.

MUNZER, J.: The effect in analytic therapy groups of the experimental introduction of special 'warm-up' procedures during the first five sessions. In: International Journal of Group Psychotherapy 1964, 14, S. 60-71.

MURKEN, S. & TENT, L.: Spiritualität und Suchtbewältigung. *Eine empirische Untersuchung an den Anonymen Alkoholikern*, Marburg 1993.

MURRAY, H:A. & MORGAM, C.D.: A method for investigating phantasies: the thematic apperception test. In: Archives of Neurology and Psychiatry 1935, 34, S. 289-306.

MURRAY, H.A.: Thematic Apperception Test-Manual, Cambridge 1943.

MUSCHTER, W. / PREHM, K. & WOSEGIEN, A.: Aus Kundensicht: *Eine Befragung zur Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen.* In: Altenheim 2000, 1, S. 28-33.

MUSHLIN, A.I.: Ein outcomorientierter Ansatz zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. In: SELBMANN, Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Gerlingen 1984.

MUSIL, R.: Der Mann ohne Eigenschaften, 16. Aufl., Reinbek 2002.

MUSIL, R.: Die Verwirrungen des Zöglings Törleß, Reinbek 2006.

MUSSWEILER, T.: Sozialer Vergleich. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 103-112.

MUTH, L.: Leseglück als Flow-Erlebnis. *Ein Deutungsversuch*. In: BELLEBAUM, A. & MUTH, L. (Hrsg.), Leseglück. *Eine vergessene Erfahrung?*, Opladen 1996, S. 57-86.

MUTHNY, F.A. et al.: Behandlungszufriedenheit in der kardiologischen Rehabilitation und Einstellungen zu verschiedenen Rehabilitationsformen. In: Rehabilitation 1999, 38, S. 72-78.

MUTHNY, F.A. et al.: Rehabezogene Selbstwirksamkeitserwartungen (R-SWK) – *Testentwicklung, Reliablität und Validität*. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006, 71, S. 93-98.

MYERS, D.G.: The funds, friend, and faith of happy people. In: American Psychologist 2000, 55, S. 56-67.

MYERS, J.H.: Attribute Deficiency Segmentation: *Measuring Unmet Wants*. In: Advances in Consumer Research 1988, 15, S. 108-113.

MYERS, J.H.: Measuring Customer Satisfaction: *Is Meeting Expectations Enough?* In: Marketing Research 1991, S. 35-43.

MYERSCOUGH, P.R. & FORD, M.: Kommunikation mit Patienten. *Die Chance des ärztlichen Gesprächs besser nutzen*, Bern 2001.

MYLES, P.S. et al.: Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: *results of a prospective survey of 10.811 patients*. In: British Journal of Anaesthesia 2000, 84, S. 6-10.

MYRTEK, M. et al.: Lebenszufriedenheit und Rehabilitationsverlauf. *Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten*. In: Rehabilitation 1987, 26, S. 11-19.

NABATI, L. et al.: Adaption of a simple patient satisfaction instrument to mental health: *psychometric properties*. In: Psychiatry Research 1998, 77, S. 51-56.

NABOISEK, H. et al.: Hospital image and post-hospital experience. In: LEVINSON, D.J. & WILLIAMS, R.H. (Hrsg.), The Patient and the Mental Hospital, Glencoe 1957, S. 565-576.

NADIG, J.: Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. In: Qualitäts-Management in Klinik und Praxis 2002, 10(4), S. 109-113.

NAEGELE, G. / SCHÖNBERG, F. & SCHULZ-HAUSGENOSS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung des »patient view« von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 2005, 10, S. 50-51.

NAGEL, T.: Wie es ist, eine Fledermaus zu sein? In: BIERI, P. (Hrsg.), Analytische Philosophie des Geistes, Meisenheim 1981, S. 261-275.

NAGL, A.: Kunden- und Mitarbeiterorientierung in der lernenden Organisation. In: Dr. WIESELHUBER & PARTNER (Hrsg.), Handbuch lernende Organisation, Wiesbaden 1997, S. 275-280.

NASAROFF, M.: Stärkste Werbemöglichkeit: *Die positive Mund-zu-Mund-Propaganda.* In: Krankenhaus-Umschau 1994, 11, S. 873-875.

NASAROFF, M.: Breite Freizeitangebote verbessern die Patientenzufriedenheit. In: Krankenhaus-Umschau 1995, 12, S. 134-146.

NASH, E.H. et al.: Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy. *II: Relation to characteristics of patient, therapist and the psychotherapeutic process.* In: Journal of Nervous and Mental Disease 1965, 140, S. 374-383.

NAU, A. & PORST, R.: Projektbericht ZUMA-Methodenpanel. *Teil I: Konzeption, Vorbereitung und Durchführung.* ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 17, Mannheim 1992.

NAUJOKS, P.: Die Qualität von Berufsakademien aus Unternehmenssicht – *eine empirische Untersuchung*, Flensburg 2006.

NAUMANN, A. et al.: Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Abstractband, XXXVI. Kongreß der DKJPP, Jena 2000, S. 162.

NAUMANN, A. / KONOPKA, L. & KELLER, F.: Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 249-258.

NAUMANN, A. et al.: Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen: *Umfrage – Ergebnisse und Entwicklungen eines Fragebogens.* In: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2001b, 11, S. 42-50.

NELSON, A.G.: Vocational Maturity and Client Satisfaction. In: Journal of Counselling Psychology 1956, 3, S. 254-256.

NELSON, A.-M. et al.: Improving patient satisfaction now: *how to earn patient and payer loyality,* Maryland 1997.

NELSON, E.C. et al.: Response to questionnaire. In: Medical Care 1990, 28.

NELSON, E.C. / WARE, J.E. & BATALDEN, P.: Pilot study methods: Design of study. In: Medical Care 1990, 28.

NELSON, E.C. & LARSON, L.: Patients' good and bad surprises: *How do they relate to overall patient satisfaction?* In: Quality review bulletin 1993, 19, S. 89-94.

NERDINGER, F.W.: Zur Psychologie der Dienstleistung. *Theoretische und empirische Studien zu einem wirtschaftspsychologischen Forschungsgebiet.* Stuttgart 1999.

NERDINGER, F.W.: Psychologische Aspekte der Tätigkeit im Dienstleistungsbereich. In BRUHN, M. & MEFFERT, H. (Hrsg.), Handbuch Dienstleistungsmanagement. *Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung.* Wiesbaden 2001, 2. Aufl., S. 195-212.

NERDINGER, F.W.: Editorial – Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2003, 47, S. 179-182.

NERDINGER, F.W.: Das Zeiterleben von Dienstleistungskunden: *Probleme des Wartens*. In: Wirtschaftspsychologie 2005a*, 7(3),* S. 22-27.

NERDINGER, F.W.: Dienstleistung. In: FREY, D. / ROSENSTIEL, L.v. & HOYOS, C.G. (Hrsg.), Wirtschaftspsychologie, Weinheim und Basel 2005b, S. 41-49.

NERDINGER, F.W.: Dienstleistung. In: ROSENSTIEL, L.v. & FREY, D. (Hrsg.), Marktpsychologie. *Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 5, Göttingen 2007, S. 375-418.

NERLICH, C. & STEINHART, I.: Stell dir vor, es ist Hilfeplankonferenz und alle sind zufrieden. *Evaluation und Optimierung regionaler Hilfeplankonferenzen*. In: Psychosoziale Umschau 2009, H. 3, S. 25-28.

NESTMANN, F.: Natürliche Helfer. Therapie im Service inbegriffen. In: Psychologie heute 1984a, 11, S. 56-63.

NESTMANN, F.: Nichtprofessionelle psychosoziale Helfer. *Taxifahrer als alltägliche Berater*. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis sozialer Arbeit 1984b, 1, S. 45-63.

NESTMANN, F.: Der schönste Platz ist immer an der Theke – *Gastwirte und Gastwirtinnen als alltägliche Helfer*. In: Gruppendynamik 1985a, 4, S. 333-350.

NESTMANN, F.: „Beichtvater", „Kummerkastentante" und „seelische Müllkippe". In: KLINGMANN, H. (Hrsg.) Selbsthilfe und Laienhilfe. *Alternativen zu einer Gesundheitspolitik der Zukunft*, Lausanne 1985b, S. 74-90.

NESTMANN, F.: „Mach vierzehnachtzig – Beratung inklusive!". *Natürliche Helfer im Dienstleistungssektor*. In: KEUPP, H. & RÖHRLE, B. (Hrsg.), Soziale Netzwerke, Frankfurt/M. 1987, S. 268-293.

NESTMANN, F.: Die alltäglichen Helfer. *Theorien der sozialen Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen*, Berlin 1988.

NESTMANN, F.: Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. In: STING, S. & ZURHORST, G. (Hrsg.), Gesundheit und Soziale Arbeit, Weinheim und München 2000, S. 28-46.

NEUBERGER, O.: Theorien der Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1974a.

NEUBERGER, O.: Messung der Arbeitszufriedenheit, Stuttgart 1974b.

NEUBERGER, O.: Erfahrungen mit der „Skala zur Messung der Arbeitszufriedenheit (SAZ)". In: Psychologie und Praxis 1975, 19, S. 63-72.

NEUBERGER, O.: Der Arbeits-Beschreibungs-Bogen. *Ein Verfahren zur Messung von Arbeitszufriedenheit*. In: Problem und Entscheidung 1976, 15, S. 1-129.

NEUBERGER, O.: Messung der Arbeitszufriedenheit mit dem „Arbeits-Beschreibungs-Bogen (ABB)" – *Methode, Erfahrungen, Probleme*. In: Psychologie und Praxis 1977a, 21, S. 66-77.

NEUBERGER, O.: Arbeitszufriedenheit. *Soll man sie messen? Kann man sie messen?* In: Personal 1977b, 29, S. 143-148.

NEUBERGER, O.: Motivation und Zufriedenheit. In: MAYER, A. (Hrsg.), Organisationspsychologie, Stuttgart 1978, S. 201-235.

NEUBERGER, O.: Woran wird Humanisierung eigentlich gemessen – Wann gilt sie als eingelöst? In: ROSENSTIEL, L.v. & WEINKAMM, M. (Hrsg.), Humanisierung der Arbeitswelt – vergessene Verpflichtung? Stuttgart 1980a, S. 81-93.

NEUBERGER, O.: Arbeitszufriedenheit und Organisationsklima. In: NEUBAUER, R. & ROSENSTIEL, L.v. (Hrsg.), Handbuch der angewandten Psychologie. *Bd. 1: Arbeit und Organisation*, München 1980b, S. 847-868.

NEUBERGER, O.: Arbeitszufriedenheit: *"Wunschloses Unglück?"*. In: Psychologie heute 1984, 7, S. 46-51.

NEUBERGER, O.: Arbeitszufriedenheit: *Kraft durch Freude oder Euphorie im Unglück?* In: Die Betriebswirtschaft 1985a,45, S. 184-206.

NEUBERGER, O.: Arbeit. *Begriff – Gestaltung –Motivation – Zufriedenheit*, Stuttgart 1985b.

NEUBERGER, O.: Im Reden verzaubern wir uns selbst. In: Psychologie heute 1985, H. 11, S. 32-35.

NEUBERGER, O.: Organisationsklima als Einstellung zur Organisation. In: HOYOS, C.G. et al. (Hrsg.), Wirtschaftspsychologie in Grundbegriffen. *Gesamtwirtschaft – Markt – Organisation – Arbeit*, 2. Aufl., München-Weinheim 1987a, S. 128-137.

NEUBERGER, O.: Arbeitszufriedenheit als Einstellung. In: HOYOS, C.G. et al. (Hrsg.), Wirtschaftspsychologie in Grundbegriffen. *Gesamtwirtschaft – Markt – Organisation – Arbeit*, 2. Aufl., München-Weinheim 1987b, S. 137-150.

NEUBERGER, O.: Mitarbeiterbefragungen als symbolische Politik. In: BUNGARD & JÖNS (Hrsg.), Mitarbeiterbefragung. *Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements*, München 1997, S. 423-434.

NEUBERGER, O.: Spiele. In: HEINRICH, P. & SCHULZ ZUR WIESCH, J. (Hrsg.), Wörterbuch zur Mikropolitik, Opladen 1998.

NEUBERGER, O.: Mikropolitik und Moral in Organisationen, 2. Aufl., Weinheim und Basel 2006.

NEUBERGER, O. & ALLERBECK, M.: Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. *Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)"*, Bern 1978.

NEUERBURG, K.: Nachuntersuchung schizophrener Patienten der Universitäts-Nervenklinik Würzburg unter besonderer Berücksichtigung ihrer Erfahrungen und Bedürfnisse bezüglich bestehender und geplanter regionaler psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, Würzburg 1982.

NEUGARTEN, B.L. / HAVIGHURST, R.J. & TOBIN, S.S.: The measurement of life satisfaction. In: Journal of Gerontology 1961, 16, S. 134-143.

NEUGEBAUER, B. & PORST, R.: Patientenzufriedenheit. *Ein Literaturbericht*, ZUMA-Methodenbericht Nr.7, Mannheim 2001.

NEUHAUSER, W.: Das Bild des Zahnarztes wandelt sich in der Kulturgeschichte sehr stark. In: Zahnärztliche Mitteilungen 1985, 75, S. 1612-1616.

NEUMANN, G.: Das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung, Stuttgart 1969.

NEUMANN, S.: Die TÜV-Plakette für den Pflegedienst. In: Häusliche Pflege 1997, S. 50-53.

NEUNER, B. et al.: Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. In: Drug and Alcohol Dependence 2006, 82, S. 143-150.

NEURATH, O.: Pseudorationalismus der Falsifikation. In: Ders., Wissenschaftliche Weltauffassung, Sozialismus und Logischer Empirismus, Frankfurt/M. 1979.

NEWSOME, P.R. & WRIGHT, G.H.: Qualitative techniques to investigate how patients evaluate dentists: *a pilot study*. In: Community Dentistry and Oral Epidemiology 2000, 28, S. 257-266.

NGOBO, P.V.: The Standard Issue. *An Accessibility Diagnosticity Perspective*. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1997, 10, S. 61-79.

NGUYEN, T.D. / ATTKINSON, C.C. & STEGNER, B.L.: Assessment of Patient Satisfaction. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 299-314.

NICKEL, S.: Der FKKP – ein Fragebogen zur Messung der Krankenhausqualität aus der Sicht von Kurzzeit-Patienten. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008, 2, S. 53-66.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Entwicklung eines Fragebogens zur Krankenhausqualität aus Patientensicht. In: Gesundheitswesen 1997a, 59, A54.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Evaluation der Organisationsentwicklung im Krankenhaus durch Patientenbefragungen – *Ergebnisse einer empirischen Studie*. In: Gesundheitswesen 1997b, 59, A53.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Entwicklung eines Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeit-Patienten. NFVPH-Endbericht B II, Hamburg 1999a.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Qualitätsbeurteilung des Krankenhauses durch Kurzzeitpatienten. In: Public Health Forum 1999b, 7(26), S. 12.

NICKEL, S. et al.: Patientenbefragungen im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999c S. 153-192.

NICKEL, S. et al.: Entwicklung eines standardisierten Fragebogens zur Messung der Krankenhausqualität bei Kurzzeitpatienten. In: Gesundheitswesen 1999d, 61, A140.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Krankenhausqualität aus Sicht von Kurzeit-Patienten: *Ergebnisse einer postalischen Befragung in drei Krankenhäusern*. In: Psychomed 2000, 12 (2), S. 83-90.

NICKEL, S. et al.: Kurzzeitpatienten in Hamburger Krankenhäusern – *Eine Analyse der Entwicklungstrends von 1993 bis 1997*. In: Das Krankenhaus 2000, 92 (10), S. 794-800.

NICKEL, S. & TROJAN, A.: Befragung von Kurzzeit-Patienten im Krankenhaus. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 275-282.

NICKEL, S. & TOJAN, A.: Diagnose: Situation im Krankenhaus aus Sicht der Mitarbeiter und Patienten. *Ergebnisse einer kombinierten Befragung in zwei Kliniken*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2004, 5, 8-12.

NICKEL, S. / TROJAN, A. & OPPOLZE, A.: Sind Personalbefragungen ein effektiveres Instrument der Qualitätsverbesserung als Patientenbefragungen? *Ergebnisse einer Pilotstudie im Krankenhaus*. In: Gesundheitswesen 2006, 62, A11.

NIEDER, P.: Der Zusammenhang zwischen Produktivität und Zufriedenheit. In: Arbeit und Leistung 1974, 9, S. 227-235.

NIEDRIG, A. & SCHMITT-KILIAN, J.: Vom Junkie zum Ironman, 5. Aufl., München 2007.

NIEMANN, F.-M.: Repräsentative Patientenbefragungen in Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern zur Einleitung und Evaluation qualitätsverbessernder Maßnahmen. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 151-165.

NIEMEYER, C.: Klassiker der Sozialpädagogik. *Einführung in die Theoriegeschichte einer Wissenschaft,* München 1998.

NIETZSCHE, F.: Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben. In: Ders., Friedrich Nietzsche – Werke, München 1981a, S. 113-174.

NIETZSCHE, F.: Also sprach Zarathustra. *Ein Buch für Alle und Keinen*. In: Ders., Friedrich Nietzsche – Werke, München 1981b, S. 545-809.

NIETZSCHE, F.: Die fröhliche Wissenschaft. In: Ders., Nietzsches Werke. Kritische Gesamtausgabe. Bd. V, München 1988.

NIETZSCHE, F.: Menschliches, Allzumenschliches. *Ein Buch für freie Geister*. In: Ders., Werke, Hrsg. v. Frenzel, I., Frankfurt/M. 1999a, Teil I, S. 231-479.

NIETZSCHE, F.: Jenseits von Gut und Böse. *Vorspiel einer Philosophie der Zukunft*. In: Ders., Werke, Hrsg. v. Frenzel, I., Frankfurt/M. 1999b, Teil 2, S. 7-173.

NIETZSCHE, F.: Zur Genealogie der Moral. *Eine Streitschrift*. In: Ders., Werke, Hrsg. v. Frenzel, I., Frankfurt/M. 1999c, Teil 2, S. 175-288.

NIEWÖHNER, L.: Behandlungserwartungen und Zufriedenheit von Patienten mit lumbalen Bandscheibenvorfällen als Beitrag zum Qualitätsmanagement der Neurochirurgischen Klinik der Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen 2003.

NIGEL, R.: Soziale Unterstützung und Alkoholabhängigkeit. In: NIGEL, R. & FUNKE, W. (Hrsg.), Soziale Netze in der Praxis, Göttingen 1995, S. 152-165.

NILES, N. et al.: Using qualitative and quantitative patient satisfaction data to improve the quality of cardiac care. In: Joint Commission Journal on Quality Improvement 1996, 22, S. 323-335.

NILSSON, K.W. et al.: Alcohol-related problems among adolescents and the role of a sense of coherence. In: International Journal of Social Welfare 2007, 16, S. 159-1667.

NISCHK, D. / GROTHE, A. & SCHIEPEK, G.: Beratungsprozesse aus Sicht der Klienten. *Das mehrdimensionale Konstrukt der Prozessinvolviertheit als Grundlage für die Entwicklung eines Klientenstundenbogens*. In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 2000, S. 118-134.

NISHIKAWA, K. et al.: Research on factors for dropout from treatment by outpatients of alcohol abuse or alcohol dependence. In: Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence 2002, 37, S. 496-504.

NITZGEN, D.: Gruppenvorbereitung: *Empirie, Theorie, Praxis*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2008, 44, S. 259-271.

NITZSCH, R. von: Prospect Theory und Käuferverhalten. In: Die Betriebswirtschaft 1998, 58, S. 662-634.

NIZON, P.: Im Hause enden die Geschichten, Frankfurt/M. 1971.

NIZON, P.: Hund. *Beichte am Mittag*, Frankfurt/M. 1998.

NIZON, P.: Das Fell der Forelle, Frankfurt/M. 2005.

N.N.: Man wird doch wohl mal fragen dürfen. *Teil I*. In: planung & analyse 1984, 11, S. 102-106.

N.N.: Man wird doch wohl mal fragen dürfen. *Teil II*. In: planung & analyse 1984, 11, S. 154-158.

N.N.: Man wird doch wohl mal fragen dürfen. *Teil III*. In: planung & analyse 1984, 11, S. 272-274.

N.N.: Man wird doch wohl mal fragen dürfen. *Teil IV*. In: planung & analyse 1984, 11, S. 328-330.

N.N.: Innovation der psychiatrischen Krankenhausbehandlung. *Was die Psychiatrie-Erfahrenen von der Klinik erwarten*. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. / SCHMIDT-ZADEL, R. & KUNZE, H. (Hrsg.), Mit und ohne Bett: *personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeinde-psychiatrischen Verbund*, Bonn 2002, S. 200-208.

NOACK, T.: Über Kaninchen und Giftschlangen. *Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland*. In: FANGERAU, H. & NOLTE, K. (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – *Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 311-340.

NOBLE, L.M. / DOUGLAS, B.C. & NEWMAN, S.P.: What do patients want and do we want to know? *A review of patients' requests of psychiatric services*. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1999, 100, S. 321-327.

NOELLE-NEUMANN, E.: Wanted: *Rules for wording structured questionnaires*. In: Public Opinion Quarterly 1970a, 34, S. 191-201.

NOELLE-NEUMANN, E.: Das Image des deutschen Krankenhauses. *Ergebnisse einer allgemeinen Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie in Allensbach*, Wuppertal 1970b.

NOELLE-NEUMANN, E.: Das Image des deutschen Krankenhauses. In: Krankenhaus 1970c, 62, S. 292-301.

NOELLE-NEUMANN, E.: Probleme des Fragebogenaufbaus. In: BEHRENS, K.C. (Hrsg.), Handbuch der Marktforschung, Wiesbaden 1974a, S. 243-253.

NOELLE-NEUMANN, E.: Lebensfreude – kein Thema für die Kirche? *Fragen zu einem Test über Bewegungs- und Minenspiel von Katholiken*. In: Herder Korrespondenz 1974b, 28, S. 41-47.

NOELLE-NEUMANN, E.: Politik und Glück. *Ein Versuch*. In: BAIER, H. (Hrsg.), Freiheit & Sachzwang. Beiträge zu Ehren Helmut Schelskys, Opladen 1977, S. 208-262.

NOELLE-NEUMANN, E.: Krankenhaus und Zeitgeist – *eine Untersuchung*. In: Krankenhaus 1978a, 70, S. 294-301.

NOELLE-NEUMANN, E.: Krankenhaus und Zeitgeist: *Meinungen und Erfahrungen in vergleichender demoskopischer Analyse 1970-1978*, Detmold 1978b.

NOELLE-NEUMANN, E.: Über den Zusammenhang von Arbeitsfreude und Lebensfreude. In: NOELLE-NEUMANN, E. & STRÜMPEL, B.: Macht Arbeit Krank? Macht Arbeit Glücklich? Eine aktuelle Kontroverse, München 1984, S. 25-48.

NOELLE-NEUMANN, E.: Forderungen des Bürgers an seine Gesundheitsbetreuung – *eine Darstellung auf der Grundlage einer aktualisierten Bürgerbefragung*. In: Krankenhaus Umschau 1988, 57, S. 511-513.

NOELLE-NEUMANN, E.: Menschen im Krankenhaus: *repräsentative Umfrage über Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern durch drei Jahrzehnte*, Allensbach 1989.

NOELLE-NEUMANN, E.: Stationen der Glücksforschung. *Ein autobiographischer Beitrag*. In: BELLEBAUM, A. & MUTH, L. (Hrsg.): Leseglück. *Eine vergessene Erfahrung?*, Opladen 1996, S. 15.56

NOELLE-NEUMANN, E.: Die Schweigespirale. *Öffentliche Meinung – unsere soziale Haut*, München 1980.

NOELLE-NEUMANN, E.: Die Fragebogenkonferenz. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 55-65.

NOELLE-NEUMANN, E.: Die Erinnerungen, München 2006.

NOELLE-NEUMANN, E. & PETERSEN, T.: Alle, nicht jeder. *Einführung in die Methoden der Demoskopie*, Heidelberg 2005.

NOLEN-HOEKSEMA, S. & HARRELL, Z.A.: Rumination, Depression, and Alcohol Use. In: Journal of Cognitive Psychotherapy 2002, 16, S. 391-403.

NOLTE, C.: Fragebogen „Patientenzufriedenheit" – *Ein lohnendes Projekt*. In: Journal für das nephrologische Team 2003, 20(1), S. 12-18.

NOLTE, C.H. et al.: Entwicklung der deutschen Version der Patientenzufriedenheits-Skala (SASC) für den Einsatz bei Patienten nach Schlaganfall. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2010, 78, S. 355-359.

NORDMEYER, J.: Arzt-Patient-Beziehung während der Visite unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten, Hamburg 1978.

NORDMEYER, J.: Formal-quantitative Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.H. (Hrsg.), Das Gespräch während der Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 56-69.

NORDMEYER, J. et al.: Dimensionen des ärztlichen Visiteverhaltens und ihr Zusammenhang mit ausgewählten Merkmalen von Arzt und Patient. In: Medizinische Psychologie 1979, 5, S. 208-228.

NORDMEYER, J. et al.: Problempatienten aus ärztlicher Sicht. In: Therapiewoche 1981, 31, S. 955-962.

NORDMEYER, J. et al.: Formal-quantitative Aspekte des Sprachverhaltens von Arzt und Patient während der Visite. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1981, 10, S. 220-231.

NORDMEYER, J. et al.: Verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Problempatienten und Ärzten während der Visite. In: Medizinische Psychologie 1982, 8, S. 20-39.

NOTHDURFT, W.: Zur Undurchlässigkeit von Visiten. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982a, S. 23-35.

NOTHDURFT, W.: „Ich komme nicht zu Wort". *Austausch-Eigenschaften als Ausschluß-Mechanismen des Patienten in Krankenhaus-Visiten*. In: FRIER, W. (Hrsg.), Pragmatik. *Theorie und Praxis*, Amsterdam 1982b, S. 321-342.

NOVAKOVIĆ-RAJICIC, B. & CIRIC, M.: The Importance of Service Quality for Achieving Customer Satisfaction. In: Annals of the Oradea University. *Fascicle of Management and Technological Engineering* 2008, 7, S. 2579-2572.

NOVALIS: Werke, München 2001.

NOYES, R.W. et al.: Expectations fulfilment as measure of patient satisfaction. In: American Journal of Obstetrics and Gynaecology 1974, 118, S. 809-814.

NUBER, U.: Was die Stimme verrät. In: Psychologie heute 1995, 11, S. 20-23.

NUBER, U.: Warum es so schwer ist, zufrieden zu sein. In: Psychologie heute 2002, 5, S. 20-22.

NUBER, U.: Dankbarkeit – *Der Schlüssel zur Zufriedenheit*. In: Psychologie heute 2003, 11, S. 20-25

NÜBLING, M. et al.: Patientenbefragung im Spital: *Revalidierung und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2003, 53, S. 236-242.

NÜBLING, M. / MÜHLBACHER, A. & NIEBLING, W.: Patientenbefragung in der Hausarztpraxis: *Entwicklung, Validierung und Einsatz eines Instruments*. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2004, 98, H.4, S. 301-308.

NÜBLING, R.: Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept, Frankfurt/M. 1992.

NÜBLING, R. / SCHMIDT, J. & SCHULZ, H.: FPTM – Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 141-145.

NÜBLING, R. et al.: Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007, 1, S. 44-50.

NUSSBAUM, M.: Verdinglichung. In: Dies., Konstruktionen der Liebe, des Begehrens und der Fürsorge. *Drei philosophische Aufsätze*, Stuttgart 2002, S. 80-162.

OBERENDER, P.O. & HACKER, J.: Entwicklungsszenario für Krankenhäuser – *„Das wettbewerbsorientierte Krankenhaus 2010"*. In: BRAUN, G.E. (Hrsg.), Handbuch Krankenhausmanagement: *Bausteine für eine moderne Krankenhausführung,* Stuttgart 1999, S. 343-366.

OBERSCHALL, A.: Empirische Sozialforschung in Deutschland 1848-1914, Freiburg und München 1997.

OCHS, M.: Soziale Netzwerkarbeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Männer und in der Angehörigenarbeit. In: In: PETZOLD, H. / SCHAY, P. & SCHEIBLICH, W. (Hrsg.), Integrative Suchtarbeit. *Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation,* Wiesbaden 2006, S. 451-475.

OCHSMANN, R. & FREY, D.: Attraktivitätsveränderung der Entscheidungsalternativen als Möglichkeit der Reduktion kognitiver Dissonanz. In: IRLE, M. (Hrsg.), Attraktivität von Entscheidungsalternativen und Urteilssicherheit, Bern 1978, S. 88-100.

OCHSNER, K.N. et al.: Rethinking Feelings: *An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion.* In: Journal of Cognitive Neuroscience 2002, 14, S. 1215-1229.

O'CONNOR, S.J. / SHEWCHUK, R.M. & CARNEY, L.W.: The great gap. *Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality*. In: Journal of Health Care Marketing 1994, 14, S. 32-39.

OEI, T.P.S. & SHUTTLEWOOD, G.J.: Development of a satisfaction with therapy and therapist scale. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, 33, S. 748-753.

ÖLANDER, F.: Consumer Satisfaction – A Sceptic's View. In: HUNT, H. (Hrsg.), Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction. Cambridge 1977, S. 409-452.

OELERICH, G.: Nutzen und Nutzung sozialer Dienstleistungen. *Der Gebrauchswert für die Nutzerinnen und Nutzer: Ein zentraler Bezugspunkt Sozialer Arbeit.* In: Impulse. Österreichische Zeitschrift für Sozialarbeit 2006, H.1, S. 4-8.

OELERICH, G. & & SCHAARSCHUCH, A.: Der Nutzen Sozialer Arbeit. In: OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. *Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*, München 2005a, S. 80-98.

OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A.: Nutzen – Performanz – Soziale Arbeit. *Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit.* In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2005b, H.6, S. 211-214.

OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A. (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. *Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*, München 2005c.

OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A.: Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. *Konturen sozialpädagogischer Nutzerforschung*. In: BITZAN, M. / BOLAY, E. & THIERSCH, H. (Hrsg.), Die Stimme der Adressatinnen und Adressaten, München 2006, S. 185-214.

OESS, A.: Total Quality Management, Wiesbaden 1989.

OETTINGEN, G. & SELIGMAN, M.: Pessimismus and behavioural signs of depression in East versus West Berlin. In: European Journal of Social Psychology 1990, 20, S. 207-220.

OGRODNICZUK, J.S. / JOYCE, A.S. & PIPER, W.E.: Effect of patient dissatisfaction with the therapist on group therapy outcome. In: Clinical Psychology and Psychotherapy 2007, 14, S. 126-134.

OGRODNICZUK, J.S. / JOYCE, A.S. & PIPER, W.E.: Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. In: Harvard Review of Psychiatry 2005, 13 (2), S. 57-70.

OHLENDORF, H.: Förderliche und hinderliche Gruppenbedingungen beim Assertive-Training. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg 1977.

OHNE AUTOR (o.A.): Deutsche Zufriedenheit (1845). In: ENZENSBERGER, H.M. et al. (Hrsg.), Klassenbuch. *Ein Lesebuch zu den Klassenkämpfen in Deutschland 1756-1971*, Darmstadt 1972, S. 185-187.

OKEN, D.: What to tell cancer patients. In: Journal American Medical Association 1961, 175, S. 86-94.

OKSAAR, E.: Arzt-Patient-Begegnung. *Alles Verhalten ist Kommunikation*. In: Deutsches Ärzteblatt 1995, 92, A3045-3047.

OURY, J.: Psychothérapie institutionelle außerhalb der Klinik. In: HOFMANN, H., Die „psychothérapie institutionelle". *Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich*, Frankfurt/M. 1983, S. 91-95.

OURY, J.: Grundbegriffe der institutionellen Therapie. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Fachzeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der BRD 1986, 133, S. 239-241.

OURY, J.: Überlegungen zu theoretischen Problemen der »Psychothérapie institutionelle«. In: KRISOR, M. & LEIDNER, O. (Hrsg.), Institutionelle Psychotherapie in der Gemeindepsychiatrie. *Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*, Frankfurt/M. 1991, S. 67-76.

MADER, L.: Der unzufriedene Esel: *Fabeln der Antike*, München 1965.

OLANDT, H.: Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern: *Operationalisierung und Messung der Patientenzufriedenheit*, Wiesbaden 1998.

OLANDT, H. & KRENTZ, H.: Patientenzufriedenheit – *subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken*. In: Gesundheitswesen 1998, 60, S. 721-728.

OLANDT, H. & BENKENSTEIN, M.: Modelle der Dienstleistungsqualität in Kliniken. *Operationalisierung und Validierung auf der Basis von SERVQUAL und TEILQUAL*. In: ALBACH, H. & BACKES-GELLNER, U. (Hrsg.), Zeitschrift für Betriebswirtschaft. *Ergänzungsheft: Krankenhausmanagement* 1999, 69 (5), S. 111-124.

OLECHOWSKI, R.: Experimente über den Stimm- und Sprechausdruck beim Lügen. In: Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie 1967, 14, S. 474-482.

OLIVER, R.L.: A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. In: Journal of Marketing Research 1980, 17, 460-469.

OLIVER, R.L.: A conceptual model of service quality and service satisfaction. *Compatible goals, different concepts*. In: SWARTZ, A.T. / BOWEN, D.E. & BROWN, S.W. (Hrsg.): Advances in Service Marketing Management, 2.Bd., Greenwich 1993a, 65-85.

OLIVER, R.L.: Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. In: Journal of Consumer Research 1993b, 20, S. 418-430.

OLIVER, R.L.: Satisfaction. *A behavioural perspective on the consumer*, Boston 1996a.

OLIVER, R.L.: Varieties of Values in the Consumption Satisfaction Response. In: Advances in Consumer Research 1996b, 23, S. 143-147.

OLIVER, R.L. & WINER, R.S.: A Framework for the Formation and Structure of Consumer Expectations: *Review and Propositions*. In: Journal of Economic Psychology 1987, 8, S. 469-499.

OLIVER, R.L. & DE SARBO, W.S.: Response determinants in satisfaction judgements. In: Journal of Consumer Research 1988, 14, S. 495-507.

OLIVER, R.L. & SWAN, J.E.: Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. In: Journal of Consumer Research 1989a, 16, S. 372-383.

OLIVER, R.L. & SWAN, J.E.: Consumer perceptions of interpersonal quity and satisfaction in transactions. In: Journal of Marketing 1989b, 53, S. 21-35.

OLOFSSON, B. & JACOBSSON, L.: Die Forderung nach Respekt – *zwangseingewiesene psychiatrische Patienten berichten über Zwangsmaßnahmen*. In: Psychiatrische Pflege 2003, 9, S. 302-310.

OLSHAVSKY, R. & MILLER, R.A.: Consumer Expectations, Produkt Performance, and Percevied Quality. In: Journal of Marketing Research 1972, H.2, S. 19-21.

OLSON, J. & DOVER, P.: Effects of Expectation Creation and Disconfirmation on Belief Elements of Cognitive Structure. In: ANDERSON, B.B. (Hrsg.), Advances in Consumer Research, Cincinnati 1976, S. 168-175.

OLSON, J. & DOVER, P.: Disconfirmation of Consumer Expectations through Product Trial. In: Journal of Applied Psychology 1979, 64, S. 179-189.

OLSON, L.L.: Service Equity, Satisfaction, and Loyalty: *From Transaction-Specific to Cumulative Evaluations*. In: Journal of Service Reseach 2003, 5, S. 184-195.

OMMEN, O. et al.: Patienten- und krankheitsspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. In: Der Unfallchirurg 2006, 109, S. 628-639.

OMMEN, O. et al.: Einflussfaktoren auf das Vertrauen schwerverletzter Patienten in den Krankenhausarzt. In: Der Chirurg 2007, 78, S. 52-61.

O'NEILL, E.: Der Eismann kommt. *Schauspiel in 4 Akten*, Frankfurt/M. 1989.

ONG, L.M.L. et al.: Doctor-patient communication: *A review of the Literature*. In: Social Science and Medicine 1995, 40, S. 903-918.

OPASCHOWSKI, H.W.: Einführung in die Freizeitwissenschaft, 4. Aufl., Wiesbaden 2006.

OPP, K.-D.: Methodologie der Sozialwissenschaften. *Einführung in Probleme ihrer Theoriebildung und praktischen Anwendung*, 4. Aufl., Opladen 1999.

OPPIKOFER, S. et al.: Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. *Die Käferberg-Besucherstudie.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2002, 35, S. 39-48.

ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I.: The good therapy hour. In: Archives of General Psychiatry 1967, 16, S. 621-632.

ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I.: A generic model of psychotherapy. In: Journal of Integrative and Electic Psychotherapy 1987, 6, S. 6-27.

ORLINSKY, D.E. / GRAWE, K. & PARKS, B.: Process and Outcome in Psychotherapy – *noch einmal.* In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behaviour change, New York 1994, S. 270-376.

ORLINSKY, D.E. et al.: Die Qualität der therapeutischen Beziehung: *Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeuten?* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1996, 46, S. 102-110.

ORNE, M. & WENDER, P.: Anticipatory Socialization for Psychotherapy: *Method and Rationale.* In: American Journal of Psychiatry 1968, 124, S. 1202-1211.

ORTEGA Y GASSET, J.: Wahrheit und Perspektive. In: Ders., Der Betrachter. Gesammelte Werke, Band I, Augsburg 1996a, S. 11-19.

ORTEGA Y GASSET, J.: Vitalität, Seele, Geist. In: Ders., Der Betrachter. Gesammelte Werke, Band I, Augsburg 1996b, S. 317-350.

ORTEGA Y GASSET, J.: Über den Ausdruck als kosmisches Phänomen. In: Ders., Der Betrachter. Gesammelte Werke, Band I, Augsburg 1996c, S. 393-415.

ORTEGA Y GASSET, J.: Die Aufgabe unserer Zeit. In: Ders., Gesammelte Werke, Band II, Augsburg 1996d, S. 79-141.

ORTEGA Y GASSET, J.: Der Aufstand der Massen. In: Ders, Gesammelte Werke, Band III, Augsburg 1996e, S. 7-162.

ORTEGA Y GASSET, J.: Der Mensch und die Leute. In: Ders., Gesammelte Werke, Band VI, Augsburg 1996f.

ORTH, J.E.: Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. In: Health Psychology 1987, 6 (1), S. 29-42.

ORTH, U. et al.: Die therapeutische Umwelt auf zwei offenen und durchmischten psychiatrischen Stationen. *Ergebnisse computergestützter Verhaltensbeobachtung.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 2000, 2, S. 33-41.

ORTMANN, G.: Macht, Spiel, Konsens. In: KÜPPER, W. & ORTMANN, G. (Hrsg.), Mikropolitik: *Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen*, Darmstadt 1988a, S. 13-26.

ORTMANN, G.: Handlung, System, Mikropolitik. In: KÜPPER, W. & ORTMANN, G. (Hrsg.), Mikropolitik: *Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen*, Darmstadt 1988b, S. 217-225.

ORWELL, G.: 1984, 29. Aufl. Berlin 2007

OSMOND, H. / AGEL, J. & OSMUNDSEN, J.A.: Verständnis für die Welt anderer. *Understanding, Understanding.* Düsseldorf und Wien 1975.

OSWALD, M.E.: Vertrauen in Personen und Organisationen. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 710-716.

OSWALD, W. & KÜNZI, B.: Wartezeiten in der hausärztlichen Praxis. *Antworten auf QualiDoc-Evaluationen.* In: Primary-Care 2001, 1, S. 734-739.

OTTENBACHER, K.J. et al.: Satisfaction with Medical Rehabilitation in Patient with Cerebrovascular Impairment. In: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2001, 80, S. 876-884.

OVERALL, B. & ARONSON, H.: Expectations of psychotherapy in-patients of lower socioeconomic class. In: American Journal of Orthopsychiatry 1963, 33, S. 421-430.

OVSIANKINA, M.: Die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen. In: Psychologische Forschung 1928, 11, S. 302-379.

.

OYEN, R.: Grundbegriffe der Sozialmedizin und Epidemiologie – *Gesundheit, Krankheit.* In: SCHWARZER, W. (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik, 2. Aufl., Dortmund 1998, S. 11-27.

PADDOCK, L.E. et al.: Development and Validation of a Questionnaire to Evaluate Patient Satisfaction with Diabetes Disease Management. In: Diabetes Care 2000, 23, S. 951-956.

PALM, W.: Computergestütze Prozesskontrolle für die ambulante Psychotherapie. In: Verhaltenstherapie 1998, 8, S. 208-213.

PALMER, J.W.: Staff-patient communications in a chest hospital. In: British Journal Preventive Social Medicine 1966, 20, S. 195-201.

PAPE, S. & WEIDNER, C.: Verbesserung von Frageformulierungen durch kognitive Pretests. Arbeitsbericht 3 des Projekts LV Panel 71, Berlin 2005.

PAPKE, B.: Experten aus Erfahrung – *Nutzerpartizipation als Element der Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Bereich*. ZPE-Schriftreihe Nr.15, Siegen 2004.

PARASURAMAN, A. / ZEITHAML, V.A. & BERRY, L.L.: SERVQUAL. A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. In: Journal of Retailing 1988, 64, S. 12-40.

PARASURAMAN, A. / ZEITHAML, V.A. & BERRY, L.L.: Understanding Customer Expectations of Services. In: Solan Management Review 1991, 32, S. 39-48.

PARASURAMAN, A. / ZEITHAML, V.A. & BERRY, L.L.: Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: *Implications for further research*. In: Journal of Marketing 1994, 58, S. 111-124.

PARIN, P.: Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen. In: Psyche 1977, 6, S. 481-515.

PARIN, P.: Anpassung oder Widerstand. In: Psyche 1984, 38, S. 627-635.

PARIS, R.: Warten auf Amtsfluren. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2001, 53, S. 705-733.

PARKER, S.C. & KROBOTH, F.J.: Practical problems of conducting patient-satisfaction surveys. In: Journal of General internal medicine 1991, 6, S. 430-435.

PARROT, R.: Exploring family practitioners' and patients' information exchange about prescribed medications: *Implications for practitioners' interviewing and patients' understanding*. In: Health Communication 1994, 6, S. 267-280.

PARSONS, T.: The Mental Hospital as a Type of Organization. In: GREENBLATT, M. / LEVINSON, D.J. & WILLIAMS, R.H. (Hrsg.), The Patient and the Mental Hospital, Glencoe 1957, S. 108-129.

PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. *Eine soziologische Analyse*. In: KÖNIG, R.: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 4. Aufl., Köln 1970a, S. 30-57.

PARSONS, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: MITSCHERLICH, A. et al. (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln und Berlin 1970b, S. 57-87.

PARSONS, T.: The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. In: Milbank Memorial Fund 1975, 53, S. 257-278.

PARSONS, T.: Sozialstruktur und Persönlichkeit, Franfurt/M. 1977.

PARSONS, T.: Akteur, Situation und normative Muster. *Ein Essay zur Theorie sozialen Handelns*, Frankfurt/M. 1994.

PARSONS, T.: Das System der modernen Gesellschaft, 7. Aufl., Weinheim 2009.

PARSONS, T. / SHILS, E. & LAZARSFELD, P.F.: Soziologie autobiographisch. *Drei kritische Berichte zur Entwicklung einer Wissenschaft*, München 1975.

PARZINGER, J.: Raumklima und Behaglichkeitsurteil von Patienten und Behandlern in physikalisch-therapeutischen Abteilungen, München 1983.

PAUL, H.: Begriff und Bedeutung des Betriebsklimas. In: Soziale Welt 1951/52, 3, S. 132-142.

PAUL, R.: Gefangen in Routinen. *Ein psychoanalytischer Blick auf die Veränderungsbereitschaft und Funktionsfähigkeit von Organisationen am Beispiel psychiatrischer Krankenhäuser*. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 262-265.

PASCAL, B. Die Gedanken, Berlin u.a. 1964.

PASCHEN, U.: Qualität und Patientenzufriedenheit. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 1997, 2, A52-A56.

PASCHEN, U.: Annehmbarkeit und Patientenzufriedenheit. In: elektronische post. Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft 2000.
URL:http://www.iq-institut.de/fileadmin/user_upload/Fachbeitraege/02annehmbarkeit_ iq.pdf
[Stand 07.01.2008]

PASCOE, G.C.: Patient Satisfaction in Primary Health Care: *A Literature Review and Analysis*. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 185-210.

PASCOE, G.C. & ATTKISSON, C.C.: The Evaluation Ranking Scale: *A New Methodology for Assessing Satisfaction*. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 335-347.

PASCOE, G.C. / ATTKISSON, C.C. & ROBERTS, R.E.: Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 359-371.

PASSFELD, H.: Kurzeitpatienten im Krankenhaus. *Vorstudien zur Erhebung der Patientenzufriedenheit aus Patientensicht mittels eines neuen Fragebogens*, Dissertation Universität Hamburg 2001.

PATTERSON, P.G. & JOHNSON, L.W.: Disconfirmation of Expectations and the Gap Model of Service Quality: *An Integrated Paradigma*. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1993, 6, S. 90-99.

PAUEN, M.: Grundprobleme der Philosophie des Geistes, Frankfurt/M. 2001.

PAVESE, C.: Das Handwerk des Lebens. *Tagebuch 1935-1950*. Frankfurt/M. 1974.

PAWLOWSKY, P. & FLODELL, C.: Die Arbeitsmoral der Deutschen: *Schwitzen… nur noch in der Freizeit?* In: Psychologie heute 1984, 1, S. 38-45.

PBS-AG: Patientenbefragung im Krankenhaus. EPA – *E*reignisorientierte *P*atienten-*A*nalyse
URL:http://www.pbs.ag.de/downloads/EPA.pdf
[Stand 17.11.2005]

PECHSTEIN, J.: Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung, Stuttgart 1974.

PEECK, G. / SECKENDORFF, C. & HEINECKE, P.: Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener zur Qualität der stationären Versorgung. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1995, 4, S. 30-34.

PEKARIK, G.: Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. In: Journal of Clinical Psychology 1983, 39, S. 909-913.

PEKARIK, G.: Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. In: Journal of Clinical Psychology 1992, 48, S. 91-98.

PEKARIK, G. & WOLFF, C.B.: Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. In: Professional Psychology: *Research and Practice* 1996, 27, S. 202-208.

PELIKAN, J. et al.: Qualitätsentwicklung durch Benchmarking zwischen Krankenhäusern. *Ein Beispiel für interorganisational unterstütze Organisationsentwicklung*. In: Organisationsentwicklung 2001, 20, H. 3, S. 26-41.

PENCHANSKY, R. & MACNEE, C.: Initiation of medical malpractice suits: *A conceptualization and test*. In: Medical Care 1994, 32, S. 813-831.

PENDELTON, D.: Doctor-Patient-Communication: *A review*. In: PENDELTON, D. & HASLER, J. (Hrsg.), Coctor-Patient-Communication, London 1983, S. 5-53.

PEREZ DE LOS COBOS, J. et al.: A satisfaction survey of opioid-dependect clients at methadone treatment centres in spain. In: Drug and Alcohol Dependence 2004, 73, S. 307-313.

PERREAULT, M. & LEICHNER, P.: Patient Satisfaction with Outpatient Psychiatric Servies: *Qualitative and Quantitative Assessments*. In: Evaluation and Program Planning 1993, 16, S. 109-118.

PERREAULT, M. et al.: Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. In: Psychiatric Services 1996, 47, S. 287-292.

PERVIN, L.A.: Persönlichkeitstheorien: *Freud, Adler, Jung, Rogers, Kelly, Skinner, Bandura* u.a., 3.Aufl., München 1993.

PESCHEL, H.W.: Zur Sinnproblematik des Alkoholikers: *Eine Fragebogenuntersuchung mit dem Logo-Test bei männlichen Alkoholikern*. In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 115-119.

PETER, L.J. & HULL, R.: Das Peter-Prinzip oder Die Hierarchie der Unfähigen, Reinbek 1972.

PETERS, M. & ZEUGIN, P.: Sozialindikatorenforschung. *Eine Einführung*, Stuttgart 1979.

PETERS, M. & LÖWENBERG, H.: Erwartungen an die Behandlung in einer Psychosomatischen Klinik. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1993, 39, S. 38-50.

PETERSEN, L.-E.: Der Einfluss von Models in der Werbung auf das Körperselbstbild der Betrachter/innen. In: Zeitschrift für Medienpsychologie 2005, 17, S. 54-63.

PETERSEN, L.-E. / STAHLBERG, D. & FREY, D.: Selbstwertgefühl. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 40-48.

PETERSEN, T.et al.: Der Fragebogen Karls des Großen. *Ein Dokument aus der Vorgeschichte der Umfrageforschung.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2004, 56, S. 736-745.

PETERSON, R.A. & WILSON, W.R.: Measuring Customer Satisfaction: *Fact and Artifact.* In: Journal of the Academy of Marketing Science 1992, 20, S. 61-71

PETRI, H.: Über therapeutische Wirkungen einer Malbeschäftigung bei psychisch Kranken. In: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1967, 17, S. 1-8.

PETERMANN, F. / NIEBANK, K. & BERGMANN, K.-C.: Patientenerwartungen an die pneumologische Rehabilitation. In: Rehabilitation 1996, 35, S. 224-227.

PETRY, J.: Behandlungsmotivation, Weinheim 1993.

PETRY, J.: Das sozial-kognitive Rückfallpräventionsmodell: *Ein gruppentherapeutisches Basisprogramm.* In: WATZL, H. & COHEN, R. (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin u.a. 1989, S. 188-209.

PETZOLD, H.G.: Daytop – das „Konzept" einer Therapeutischen Gemeinschaft zur Behandlung Drogenabhängiger. In: Ders. (Hrsg.), PETZOLD, H.G. (Hrsg.), Drogen-Therapie. *Modelle, Methoden, Erfahrungen.* Paderborn 1974, S. 62-95.

PETZOLD, H.G. (Hrsg.): Psychotherapie& Babyforschung. *Band 2: Die Kraft der liebevollen Blicke. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie*, Paderborn 1995.

PETZOLD, H.G.: Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systembetrachtung. In: Integrative Therapie 1997,23, S. 435-471.

PETZOLD, H.G.: Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung: Ergebnisse einer Ausbildungsevaluation und Instrumente der Qualitätsdokumentation. *Ergebnisse einer Ausbildungsevaluation (n=7068) und Instrumente der Qualitätskontrolle: EAG-Stundenbegleitbogen, IT-Checkliste, IT-Therapieprozessdokumentation.* In: Integrative Therapie. *Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* 2005, 3, S. 294-326.

PETZOLD, H.G. / LEUENBERGER, R. & STEFFAN, A.: Ziele in der Integrativen Therapie. In: AMBÜHL, H. & STRAUß, B. (Hrsg.), Therapieziele, Göttingen 1998, S. 142-188.

PETZOLD, H.G. et al.: Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – *Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting.* In: Integrative Therapie 2000, 2/3, S. 277-355.:

PEUKERT, R.: Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Angehörigen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 204-211.

PEUKERT, R.: Was erwarten Angehörige vom Trialog? oder: *Ein ungleicher Kampf um wechselseitige Anerkennung und Beteiligung.* In: BOMBOSCH, J. / HANSEN, H. & BLUME, J. (Hrsg.), Trialog praktisch. *Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster 2004, S. 82-94.

PEUKERT, R. & GOLDBACH, H.: Pro und Kontra: *Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Hilfeplankonferenz (HPK).* In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, S. 3-4. (Pro)

PFAU, B.: Körpersprache der Depression, Stuttgart 1994.

PFAUNDLER, M.v.: Physiologie des Neugeborenen. In: DÖDERLEIN, A. (Hrsg.), Handbuch der Geburtshilfe, *Band I*., Wiesbaden 1917.

PFAFF, H.: Arbeitsbelastungen, soziale Beziehungen und koronare Herzkrankheiten. In: BADURA, B. (Hrsg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. *Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung,* Frankfurt/M. 1981, S. 120-167.

PFAFF, H.: Stressbewältigung und soziale Unterstützung. *Zur Regulierung individuellen Wohlbefindens*, Weinheim 1989.

PFAFF, H.: Lean Production – ein Modell für das Krankenhaus? *Gefahren, Chancen, Denkanstöße*. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1994, 2(1), S. 61-80.

PFAFF, H.: Das lernende Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1997a, 5(4), S. 323-342.

PFAFF, H.: Das lernende Krankenhaus, die lernende Station und Patientenpartizipation. In: KLEIN, R. & BORSI, G.M. (Hrsg.), Pflegemenagement als Gestaltungsauftrag, Frankfurt/M. 1997b.

PFAFF, H.: Datengestütztes Lernen als Basis betrieblicher Gesundheitsförderung. In: SIEGRIST, J. & EBERT, M. (Hrsg.), Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen – *was kann Public Health-Forschung dazu beitragen?* Bielefeld 1998.

PFAFF, H.: Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In: LAUTERBACH, K.W. & SCHRAPPE, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. *Eine systematische Einführung,* Stuttgart 2001, S. 327-332.

PFAFF, H. et al.: Entschuldigungstendenz und das Phänomen der hohen Patientenzufriedenheit: *erste Ergebnisse der „Kölner Patientenstudie"*. In: Gesundheitswesen, 2000a, 62, A 112.

PFAFF, H. et al.: Methodische und organisatorische Aspekte von Patientenbefragungen. In: KLOTZ, T. et al. (Hrsg.), 3. Kölner Krankenhauskongreß. *Gesundheitspolitik, Krankenhausorganisation, Qualitätsmanagement*, Göttingen 2000b.

PFAFF, H. et al. (Hrsg.): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003a.

PFAFF, H.: Vorwort. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003b.

PFAFF, H. & FREISE, D.C.: Einleitung. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003c, S. 1-6.

PFAFF, H.: Der Kölner Patientenfragebogen: *Theoretischer Rahmen, Konstrukte und Messinstrumente*. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003d, S. 7-28.

PFAFF, H. & FREISE, D.C.: Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Skalen und Indizes. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003e, S. 101-136.

PFAFF, H. & FREISE, D.C.: Schlussfolgerungen aus der Kölner Patientenbefragungsstudie. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003f, S. 149-150.

PFAFF, H. et al.: Der Einfluss von Breast Care Nurses auf die Wahrnehmung der Versorgungsqualität von Brustkrebspatientinnen bei Erstdiagnose: *Resultate einer Mehrebenenanalyse.* In: Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2010, Heft 7.

PFANNKUCH, H.: Suchtkliniken und Hausordnungen – einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 1997, 43, S. 130-137.

PFEIFFER, W. / FAHRNER, E.-M. & FEUERLEIN, W.: Soziale Anpassung und Rückfallanalyse bei ambulant behandelten Alkoholabhängigen. In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 357-367.

PFINGSTEN, U. & HINSCH, R.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. *Materialien für die psychosoziale Praxis*, München u.a. 1983.

PFINGSTEN, U. & HINSCH, R.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. *GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele,* München u.a. 1984.

PFLANZ, E.: Patientenforum "Aufklärung und Einwilligung". *Gutes Einfühlungsvermögen ist notwendig.* In: Deutsches Ärzteblatt 1994, 91, B1075-1076.

PFLANZ, M.: Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht. In: Ärztliche Mitteilungen 1961, 46, S. 1263-1268.

PFLANZ, M.: Medizinsoziologie als Selbstreflexion des Arztes. In: Der praktische Arzt 1973, 10, S. 570-581.

PFLANZ, M. & PINDING, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. *I. Literaturübersicht.* In: Die Medizinische Welt 1966a, 17, S. 903-910.

PFLANZ, M. & TÖRÖK, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. *II. Statistik der Inanspruchnahme.* In: Die Medizinische Welt 1966b, 17, S. 1343-1346.

PFLANZ, M. et al.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. III. Überweisung und Erwartungen der Patienten. In: Die Medizinische Welt 1966c, 17, S. 2090-2093.

PFLANZ, M. / ARMBRÜSTER, A. & PINDING, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. *IV. Erwartungen der einweisenden Ärzte.* In: Die Medizinische Welt 1966d, 17, S. 2149-2152.

PFLANZ, M. & PINDING, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. *V. Der Poliklinikpatient aus der Sicht des Personals.* In: Die Medizinische Welt 1966e, 17, S. 2344-2347.

PFLUG, B.: Depression und Anhedonie. In: HEIMANN, H. (Hrsg.), Anhedonie. *Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*, Stuttgart 1990, S. 71-81.

PFRANG, H. & SCHENK, J.: Nachsorge bei Alkoholabhängigen: *Bedingungen der Bereitschaft zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen.* In: Suchtgefahren 1982, 28, S. 297-310

PFRANG, H. & SCHENK, J.: Einstellungsänderungen und Therapieergebnis in Abhängigkeit von der Bereitschafts-Verhaltens-Konsistenz in Bezug auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen bei Alkoholikern. In: Suchtgefahren 1983, 29, S. 335-344.

PFRANG, H. & SCHENK, J.: Kontrollüberzeugungen und die Einstellung zu Aspekten der Alkoholismustherapie bei Alkoholikern. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1985, 9, S. 60-71.

PFRANG, H. / SCHENK, J. & REIMER, F.: Alkoholismus: *Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Nachsorge.* In: Suchtgefahren 1988, 34, S. 379-388.

PFUNGST, O.: Der kluge Hans – *ein Beitrag zur nicht-verbalen Kommunikation*, 2. Aufl., Frankfurt/M. 1977.

PHILIPSEN, T.: Erkundungen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, Rostock 2007.

PHILLIPS, W.M. / GOLDBERG, D.A. & O'CONNELL, B.M.: Contrast between patients definition of their problems and expectations for treatment as a predictor of failure to engage in treatment. In: Psychological Reports 1984, 54, S. 19-22.

PIAGET, J.: Einführung in die genetische Erkenntnistheorie, Frankfurt/M. 1973.

PIAGET, J.: Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde, Stuttgart 1975.

PIAGET, J.: Das Weltbild des Kindes, Frankfurt/M. 1980.

PIAGET, J. & INHELDER, B.: Die räumliche Entwicklung beim Kinde, Stuttgart 1971.

PICKEL, V.: Patientenschutz braucht Strukturen und keine Systemkosmetik. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 2000, 6, S. 72-76.

PICKER INSITUTE EUROPE: Die Picker Methode.
URL:http://www.picker-europe.de/methode/defaultmethode.htm
[Stand 16.11.2005a]

PICKER INSITUTE EUROPE: Die Picker-Methode – *Fakten statt Zufriedenheit.*
URL:http://www.picker-europe.de/methode/defaultmethode2.htm
[Stand 16.11.2005b]

PICKER INSITUTE EUROPE: Die Picker-Fragebögen (Deutschland).
URL:http://www.picker-europe.de/methode/frageboegen.htm
[Stand 16.11.2005c]

PICKER INSITUTE EUROPE: Ideenbörese.
URL:http://www.picker-europe.de/Ideen/defaultideen.htm
[Stand 16.11.2005d]

PICKER INSITUTE EUROPE: Picker-Institute Deutschland. *„Throught the patient's eyes".*
URL:http://www.picker-europe.de/Infobrosch_Picker.pdf

[Stand 22.11.2005e]

PIDERIT, T.: Mimik und Physiognomik, 4. Aufl., Detmold 1925.

PIEDMONT, E.B. & DORNBLASSER, B.M.: Spoke Design for Inpatient Care: *Evaluations of Patient Welfare*. In: Health Services Research 1970, 5, S. 248-257.

PIEL, E.: Wie gut ist der Ruf des deutschen Krankenhauses? *Die stationäre Versorgung aus der Sicht des Patienten.* In: Krankenhausarzt 1989, 62, S. 394-395.

PIERCHALLA, J.: Die präoperative Aufklärung aus der Sicht des Patienten: *Eine Umfrage*, Berlin 1986.

PIES, I. & LESCHKE, M.: Karl Poppers kritischer Rationalismus, Tübingen 1999.

PIFCZYK,A. & KLEINBECK, U.: Zum Einfluß leistungs- und anschlussthematischer Variablen auf die Arbeitsmotivation und die Arbeitszufriedenheit in einem anschlussthematisch geprägten Arbeitsfeld. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2000, 44, S. 57-68.

PIKULIK, L.: Warten, Erwartung. *Eine Lebensform in End- und Übergangszeiten. An Beispielen aus der Geistesgeschichte, Literatur und Kunst.* Göttingen 1997.

PILIAVIN, J.A.: Doing well by doing good: Benefits for the benefactor. In: KEYES, L.M. & HAIDT, J. (Hrsg.), Flourishing: *Positive psychology and the life well-lived*, Washington 2003, S. 227-247.

PIPER, W.E. et al.: Pretraining for group psychotherapy. In: Archives of General Psychiatry 1979, 36, S. 1250-1256.

PIPER, W.E. & PERRAULT, E.L.: Pretherapy preparation for group members. In: International Journal of Group Psychotherapy 1989, 39, S. 17-34.

PIPER, W.E. & OGRODNICZUK, J.: Gruppenvorbereitung. In: TSCHUSCKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 74-78.

PIRA, A.: Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital. *Das EFQM-Modell als Basis*, Zürich 2000.

PIPER, W. et al.: Quality of object relations vs. interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. In: Journal of Nervous & Mental Disease 1991, 179, S. 432-438.

PIPPKE, W.: Innere Kündigung. In: HEINRICH, P. & SCULZ ZUR WIESCH, J. (Hrsg.), Wörterbuch zur Mikropolitik, Opladen 1998, S. 114-115.

PIRELLA, A.: Sozialisation der Ausgeschlossenen, Reinbek 1976.

PIRINCCI, A.: Feliade, München 1989.

PISANI, V.D.: Assessing inpatient treatment attitudes toward an alcoholic treatment center. In: Journal of Studies an Alcohol 1969, 30, S. 640-644.

PLATH, S.: Die Glasglocke, Frankfurt/M. 1997.

PLATON: Laches, Stuttgart 1999.

PLATON: Das Gastmahl oder Von der Liebe, Stuttgart 2001.

PLATON: Der Staat, Stuttgart 2003.

PLATONOVA, E.A. / KENNEDY, K.N. & SHEWCHUK, R.M.: Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. In: Medical Care Research and Review 2008, 65 (6), S. 696-712.

PLATZEK, T.: Mystery Shopping. *"Verdeckte Ermittler" im Kampf um mehr Kundenorientierung.* In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 1997, 26, S. 364-366.

PLAUM, F.G.: Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten, Gießen 1968.

PLESSNER, H.: Die verspätete Nation. *Über die politische Verführbarkeit des bürgerlichen Geistes*, 3. Aufl., Stuttgart 1962.

PLESSNER, H.: Die Stufen des Organischen und der Mensch. *Einleitung in die philosophische Anthropologie,* 3. Aufl. Berlin 1975.

PLESSNER, H.: Homo absconditus. In: Ders, Gesammelte Werke Band VIII, Frankfurt/M. 1981, S. 353-366.

PLESSNER, H.: Grenzen der Gemeinschaft. *Eine Kritik des sozialen Radikalismus*, Frankfurt/M. 2002.

PLOEGER, A.: Therapeutische Gemeinschaft und Institution. *Ergänzung oder Widerspruch?* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1971, 21, S. 194-197.

PLOEGER, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. *Theorie und Praxis*, Stuttgart 1972.

PLOG, U.: Subjektivität – der Königsweg zur gewaltfreien Psychiatrie? In: LESCHINSKY, A. (Hrsg.), Ursula Plog. *Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lernen. Vorträge und Essays*, Bonn 2003, S. 73-81.

PLÜGGE, H.: Über die Arten der menschlichen Befangenheit. In: Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 1967, 15, S. 1-12.

POCK, C.: Untersuchung zur Patientenzufriedenheit: *Die Interaktion zwischen Patient und medizinischem Personal an einer orthopädischen Universitätsklinik*, Düsseldorf 2000.

POE, E.A.: Das System des Dr. Teer und Professor Feder. In: Ders., Der Doppelmord in der Rue Morgue und andere unheimliche Geschichten, Berlin 1957.

POE, E.A.: Der Massenmensch. In: Ders., Das gesamte Werk in zehn Bänden, Band IV, 1979, Bd. II, 706-720

POELZIG, G.: Dreibett- oder Zweitbett-Tiefe? In: Krankenhaus 1971, 64, Beilage 5, S. 1-12.

PÖRKSEN, N.: Kommunale Psychiatrie. *Das Mannheimer-Modell. Auf dem Weg zur Überwindung des Institutionalismus sozialer und psychiatrischer Einrichtungen*, Reinbek 1974.

POHRT, W.: Der Geheimagent der Unzufriedenheit: *Balzac, Rücksicht auf die Moderne*, Berlin 1984.

POIESZ, T.B.C. & von GRUMBKOW, J.: Economic Well-being, Job-Satisfaction, Income Evaluation and Product Satisfaction: *An Integrativ Attempt*. In: RAAIJ, W.F.v. / VELDHOVEN, G.M.v. & WÄRNERHYD, K.E.v. (Hrsg.), Handbook of Economic Psychology, Dordrecht 1988, S. 570-593.

POIESZ, T.B.C. & BLOEMER, J.M.M.: Customer (Dis)Satisfaction with the Performance of Complex Products and Services – *The Applicability of the (Dis)Confirmation Paradigma*. In: Marketing Throught around the World. Vol.2, Dublin 1991, S. 446-462.

POKORNY, R.: Über die Ausdrucksdeutung des menschlichen Ganges. In: Zeitschrift für Menschenkunde und Zentralblatt für Graphologie 1959, 23, Heft 1.

POKORNY, R.: Über das Wesen des Ausdrucks mit besonderer Behandlung des Ausdrucks im menschlichen Gang, München 1974.

POLLAK, E. et al.: Was wissen Ärzte über die Behandlungszufriedenheit ihrer schizophrenieerkrankten Patienten? *Eine Pilotstudie*. In: Neuropsychiatrie 2005, 19, S. 52-58.

POLLAK, M.: Die Entwicklung und Erprobung des Stationsklimafragebogens, Hannover 1988.

POLLMANN, H. et al.: Patientenbefragung in der Rehabilitationsklinik als Instrument der internen Qualitätssicherung – *Erfahrungen und Auswirkungen*. In: VDR (Hrsg.), DRV-Schriften, Bd. 7, Frankfurt/M. 1997, S. 92-93.

POLLOCK, F.: Vorwort. In: FRIEDMANN, G.: Grenzen der Arbeitsteilung, Frankfurt/M. 1959, S. IX-XII.

POLLOCK, F.: Gruppenexperiment. *Ein Studienbericht*, Frankfurt/M. 1955.

POLOWCZYK, D. et al.: Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction. In: Hospital and Community Psychiatry 1993, 44, S. 589-591.

POLSTERMÜLLER, B.: Das haben wir immer (schon) so gemacht! *Ritualisierte Arbeitsabläufe in der Pflege und deren Auswirkungen auf das Stationsklima und auf den Patienten*. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift 1997, 50, S. 42-43.

POPE, A.: Vom Menschen. Essay on Man, Hamburg 1993.

POPP, A.: Die Jugendgeschichte einer Arbeiterin, 4. Aufl., Berlin 1922.

POPPER, K.R.: Objektive Erkenntnis, Hamburg 1973.

POPPER, K.R.: Logik der Forschung, Tübingen 1976.

POPITZ, H.: Über die Präventivwirkung des Nichtwissens. *Dunkelziffer, Norm und Strafe,* Tübingen 1968.

POPITZ, H.: Soziale Normen, Frankfurt/M. 2006.

POPITZ, H.: Phänomene der Macht, 2. Aufl., Tübingen 2009.

PORST, R.: Praxis der Umfrageforschung, Stuttgart 1985.

PORST, R.: Fragebogenerstellung. In: GOEBEL, H. et al. (Hrsg.), Kontaktlinguistik – Contact Linguistics – Linguistique de contact. *Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*, Berlin und New York 1996a, S. 737-744.

PORST, R.: Ausschöpfungen bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen. *Die Sicht der Institute.* ZUMA-Arbeitsbericht 07/1996, Mannheim 1996.

PORST, R.: Erfahrungen mit und Bewertung von Umfragen. *Was unsere Befragten über Umfragen denken. ZUMA-Arbeitsbericht* 98/03, Mannheim 1998a.

PORST, R.: Im Vorfeld der Befragung: *Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting.* ZUMA-Arbeitsberichte 02/98, Mannheim 1998b.

PORST, R.: Thematik oder Incentives? *Zur Erhöhung der Rücklaufquote bei postalischen Befragungen.* In: ZUMA-Nachrichten 1999, 45, S. 72-87.

PORST, R.: Question Wording – *Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen.* ZUMA How-to-Reihe, Nr.2/2000, Mannheim 2000.

PORST, R.: Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 9/2001, Mannheim 2001.

PORST, R.: Fragebogen. *Ein Arbeitsbuch*, 2. Aufl., Wiesbaden 2009.

PORST, R. & SCHNEID, M.: Ausfälle und Verweigerungen bei Panelbefragungen: *ein Beispiel.* ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 12, Mannheim 1988.

PORST, R. & SCHNEID, M.: Frage schreiben mit Microsoft WORD 5.0: *Druckformate, Textbausteine und Makros zur effizienten Gestaltung von Fragebogen.* ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 20, Mannheim 1992.

PORST, R. & SCHNEID, M.: Ausfälle bei einer Panel-Befragung. In: planung & analyse 1989, 1, S. 8-13.

PORST, R. & VON BRIEL, C.: Wären Sie vielleicht bereit, sich gegebenenfalls noch einmal befragen zu lassen? *Oder: Gründe für die Teilnahme an Panelbefragungen.* ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 04/95, Mannheim 1995.

POST, G.E.: Opinion survey questionnaire. In: Hospital Management 1957, 84, H.6, S. 46-47.

POSTEL, G.: Doktorspiele. *Geständnisse eines Hochstaplers*, 2. Aufl. München 2003.

POSTMAN, N.: Wir amüsieren uns zu Tode. *Urteilsbildung im Zeitalter der Unterhaltungsindustrie*, 17. Aufl., Frankfurt/M. 2006.

PORTA, J.B.: Die Physiognomie des Menschen, Dresden 1930.

PORTER, R.: The patients' view. *Doing medical history from below.* In: Theory and Society 1985a, 14, S. 175-198.

PORTER, R.: Introduction. In: Ders. (Hrsg.), Patients and practitioners. *Lay perceptions of medicine in pre-industrial society,* London u.a. 1985b, S. 1-22.

POTHAST, U. (Hrsg.): Seminar: Freies Handeln und Determinismus, Frankfurt/M. 1978

POTHAST, U.: Die Unzulänglichkeit der Freiheitsbeweise. *Zu einigen Lehrstücken aus der neueren Geschichte von Philosophie und Recht,* Frankfurt/M. 1987.

POTTHOFF, A. et al.: Befinden und Zufriedenheit der Patienten nach gynäkologischen Operationen. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1987, 47, S. 417-421.

POULTON, B.C.: Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patient's satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminat validity. In: British Journal of Generel Practice 1996, S. 26-31.

POUND, P. et al.: Does Patient Satisfaction Reflect Differences in Care Receive After Stroke? In: Stroke 1999, 30, S. 49-55.

POZO, C. et al.: Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: *a prospective study of the first year post surgery*. In: Journal of Clinical Oncology 1992, 10, S. 1292-1298.

PRAGER-ANDRESEN, A. & LEßMANN, J.J.: Das Rehabilitationskonzept der Abteilung „Sucht-Rehabilitation-Stillenberg" an der WKPP Warstein, unveröff., klinikinternes Manuskript, Warstein 1999.

PRAKASH, V.: Validity and reliability of the confirmation of expectations paradigma as a determinand of consumer satisfaction. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1984, 12, S. 63-76.

PRAKASH, V. & LOUNSBURY, J.W.: The Role of Expectations in the Determination of Consumer Satisfaction. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1984, 12, S. 1-17.

PRAKASH, V. & LOUNSBURY, J.W.: A reliability problem in the measurement of disconfirmation of expectations. In: Advances in Consumer Research 1992, 10, S. 244-249.

PRATT, R. et al.: The alcoholic's perception of the ward as a predictor of after care attendance. In: Journal of Clinical Psychology 1977, 33, S. 915-918.

PREIN, G.: Interpretative Methodologie und Computer. *Kann EDV-gestütze Datenverwaltung Validitätsprobleme qualitativer Forschung lösen?* In: STROBL, R. & BÖTTGER, A. (Hrsg.) Wahre Geschichten? *Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*, Baden-Baden 1996, S. 93-110.

PREISKER-RÖLLINGER, G. & PICKER, M.: Selbsterkenntnis als erster Schritt – *Kundenbefragung als Qualitätsmaßstab im ambulanten Pflegedienst*. In: Häusliche Pflege 1995, 9, S. 642-646.

PRIEBE, S.: Early subjective reactions predicting the outcome of hospital treatment in depressive patients. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1987,76, S. 134-138.

PRIEBE, S.: Die Bedeutung der Patientenmeinung. *Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie*, Göttingen 1992.

PRIEBE, S.: Ist die Bewertung einer stationären Behandlung durch depressive Patienten für den Verlauf bedeutsam? In: Verhaltenstherapie 1993, 3, S. 208-212.

PRIEBE, S.: Bedeutung der Lebensqualität für psychiatrische Versorgung und Forschung. In: Psychiatrische Praxis 1994, 21, S. 87.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T.: The role of the helping alliance in psychiatric community care – *A prospective study*. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 1993a, 181, S. 552-557.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T.: Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB). Unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 1993b.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T.: Patients' and caregivers' initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms. In: Comprehensive Psychiatry 1994, 35, S. 234-238.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T.: The importance of the first three days: *Predicators of treatment outcome in depressed in-patients*. In: British Journal of Clinical Psychology 1995a, 34, S. 229-236.

PRIEBE, S. & GRUYTERS, T.: Patients' assessment of treatment predicting hospitalization. In: Schizophrenia Bulletin 1995b, 21, S. 87-94.

PRIEBE, S. & POLZER, U.: Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Betroffenen. In: BERNNECKE, R. (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, *Bd. I: Grundlagen und Versorgungsforschung*, Berlin 1992, S. 222-229.

PRIEBE, S. et al.: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – *Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis*. In: Psychiatrische Praxis 1995, 22, S. 140-144.

PRIEBE, S. & GUNKEL, S.: Prädikationswert der Therapiebewertung von Patienten bei Kurz- und Langzeitpatienten. In: PETERS, U.H. / SCHIFFERDECKER, A. & KRAHL, (Hrsg.), 150 Jahre Psychiatrie. *Das Jubiläumswerk der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, Köln 1996, Band I, S. 301-307

PRIEBE, S. / HUXLEY, P. & BURNS, T.: Who needs needs? In: European Psychiatry 1999, 14, S. 186-188.

PRIEBE, S. & BRÖKER, M.: Prediction of hospitalization by schizophrenia Patients' assessment of treatment: *an expanded study*. In: Journal of Psychiatric Research 1999, 35, S. 113-119.

PRINCE, J.D.: Determinants of care satisfaction among inpatients with schizophrenia. In: Community Mental Health Journal 2006, 42, S. 189-196.

PRINS, S.: Gut, dass wir mal darüber sprechen!" – *Wortmeldungen einer Psychiatrieerfahrenen*, Neumünster 2002.

PRINS, S.: Psychiatrie-Patienten: *Objekt oder Subjekt der Wissenschaft*? Vortrag vom 06. Dezember 2004. URL:http://www.imew.de/imwe.php/cat/79/aid/176 [Stand 21.11.2007]

PRINS, S.: „Ohne uns geht nichts mehr". *Betroffenenbeteiligung in der Psychiatrie – ein Überblick*. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2005, H. 4, S. 8-10.

PRINS, S.: Theaterflitter? *Vom Unbehagen im Trialog*. In: BOMBOSCH, J. / HANSEN, H. & BLUME, J. (Hrsg.), Trialog praktisch. *Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*, Neumünster 2004, S. 189-193.

PRINS, S.: Seitenwechsel – *Psychiatriebetroffene Professionelle erzählen*, Neumünster 2006.

PRIOR, M.: Beratung und Therapie optimal vorbereiten. *Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch*, Heidelberg 2006.

PRISCHING, M.: Die zweidimensionale Gesellschaft. *Ein Essay zur neokonsumistischen Geisteshaltung*, Wiesbaden 2006.

PROCHASKA, J. / NORCROSS, J. & DI CLEMENTE, C.: Jetzt fange ich neu an. *Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben,* München 1997.

PROHANSKY, H.M.: A projective method for the study of attitudes. In: Journal of Abnormal Psychology 1943, 38, S. 393-395.

PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Verfahren zur Evaluation von Survey-Fragen: *Ein Überblick*. ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 5, Mannheim 1996

PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08, Mannheim 2000a.

PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Zwei-Phasen-Pretesting. In: MOHLER, P.P. & LÜTTING, P. (Hrsg.), Querschnitt. *Festschrift für Max Kaase*, Mannheim 2000b, S. 203-219.

PRÜFER, P. & REXROTH, M.: Kognitive Interviews. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15, Mannheim 2005.

PRÜFER, P. & STIEGLER, A.: Die Durchführung standardisierter Interviews*: Ein Leitfaden*. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 11, Mannheim 2002.

PSCHERER, J.: Der Boden des Alkoholverzichts. *Eine empirische Untersuchung über den Einfluss von Ressourcen auf die Abstinenz-Sicherheit von Alkoholikern*, Bamberg 2003.

PSYCHOLOGIE HEUTE: Den Patienten ernst nehmen. *Das Ulmer Modell psychosomatischer Versorgung*. In: Psychologie heute 1978, H.8, S. 65-72.

PSYCHOLOGIE HEUTE: Die Sprache der Augen. *Ein Selbsttest in Empathie*. In: Psychologie heute 2004, 3, S. 48-49.

PSYCHOTHERAPEUT: Patientenberichte. In: Psychotherapeut 2008, 53, S. 108-123.

PÜHL, H.: Angst in Gruppen und Institutionen, Frankfurt/M. 2005.

PÜHL, H.: Institutionen als Orte der Angstbindung und -mobilisierung. In: Psychologie & Gesellschaftskritik 2007, 121, Heft 1.

PUKIES, G.: Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der Evaluation stationärer psychiatrischer Behandlung, Düsseldorf 2001.

PUSCHNER, B. et al.: Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005, 55, S. 517-526.

PUTZHAMMER, A. et al.: Ultraschallgestützte Analyse von Gang- und Handmotorik schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis 2005, Supplement 1, S. 38-42.

QUANTE, M.: The things we do for love. *Zur Weiterentwicklung von Frankfurters Analyse personaler Freiheit*. In: BETZLER, M. & GUCKES, B. (Hrsg.), Autonomes Handeln. *Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt*, Berlin 2000, S. 117-135.

QUARTAPELLE, A.Q. & LARSEN, G.: Kundenzufriedenheit. *Wie Kundentreue im Dienstleistungsbereich die Rentabilität steigert*, Berlin 1996.

QUEDNAU, K.: Die Kontaktpunktanalyse. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 291-299.

QUERI, S. & SPÖRRLE, M.: Wie aussagekräftig sind Kundenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation von psychisch Kranken? In: Rehabilitation 2008, 47, S. 350-358.

QUICK, B.L.: The effects of viewing Grey's Anatomy on perceptions of doctors and patient satisfaction. In: Journal of Broadcasting & Electronic Media 2009 (3).
URL:http://entrepreneur.com/tradejournals/article/print/197233665/effects-viewing-grey-anatomy.html
[Stand 07.10.2009]

QUIST, S.R. et al.: Vernetzung als Chance zur Profilierung einer Klinik? *Strategieoptionen nach Evaluation der Zuweiser*. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004, 129, S. 1495-1499.

QUIST, S.R. et al.: Determinanten der Patientenzufriedenheit in einer dermatologischen Universitätsklinik als Parameter zur Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2007, 7, S. 598-604.

QUITMANN, H. / TAUSCH, A.-M. & TAUSCH, R.: Selbstkommunikation von Jugendlichen und ihren Eltern. *Zusammenhang mit Psychoneurozentrismus und elterlichem Erziehungsverhalten*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1974, 3, S. 193-204.

RAAB, E.: Probleme der Fragenformulierung. In: BEHRENS, K.C. (Hrsg.), Handbuch der Marktforschung, Wiesbaden 1974, S. 255-270.

RADLEY, A. & TAYLOR, D.: Remembering one's stay in hospital: *a study in photography, recovery and forgetting*. In: Health 2003a, 7, S. 129-159.

RADLEY, A. & TAYLOR, D.: Images of recovery: *a photo-eliciation study on the hospital ward*. In: Qualitative Health Research 2003b, 13, S. 77-99.

RADLINGER, P.: Zufriedenheitsforschung aus Sicht der Patienten: *Erwartungen und Zufriedenheit stationär-psychiatrischer Patienten*, Regensburg 2006.

RADÓ, S.: Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1926, 12, S. 540-566.

RADÓ, S.: Psychoanalyse der Pharmakothymie. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1934, 20, S. 16-32.

RADOSCHEWSKI, M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – *Konzepte und Maße.* In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000, 43, S. 165-189.

RADTKE, K.-R. & WIESE, G.: Einflüsse der Wartezimmeratmosphäre auf die Angst des Patienten vor der Zahnarztbehandlung: *eine empirische Studie,* Hannover 1985.

RAHMQUIST, M.: Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. In: International Journal for Quality in Health Care 2001, 13, S. 385-390.

RÄTHKE, C.: »Unser Anderssein ist unsere Stärke«. *Erfahrungen mit EX-IN*. In: Soziale Psychiatrie 2009, H.1, S. 9-10.

RAETSCH, M.: Von der Ist-Analyse zur Qualitätsverbesserung. *Vom Umgang der Organisation mit der Selbst- und Fremdbewertung*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2003, Heft 4.

RAFTOPOULOS, V.: A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. In: ICUS and Nursing Web Journal 2005, 22, H. 4, S. 1-15.

RAGUSS-KLIMITZ, S.: Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik. *Eine qualitative Untersuchung der Patientenzufriedenheit*, Berlin 2009.

RAHN, E.: Depressionsstaionen im Urteil der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 1996, 23, S. 172-174.

RAIMUND, F.: Der Diamant des Geisterkönigs. *Zauberspiel in drei Aufzügen*, Wien 1920a.

RAIMUND, F.: Der Bauer als Millionär oder Das Mädchen aus der Feenwelt. *Zaubermärchen mit Gesang in drei Akten*, Leipzig 1920b.

RAIMUND, F.: Der Alpenkönig und der Menschenfeind. *Romantisch-komisches Orginal-Zauberspiel in zwei Aufzügen*, Leipzig 1921.

RAIMUND, F.: Der Verschwender. *Orginal-Zauberspiel in drei Aufzügen*, Stuttgart 1990.

RAINER, M.: Die existenzielle Seite der Alkoholkrankheit. *Eine existenzanalytische Untersuchung an Alkoholkranken*. In: LÄNGLE, A. & PROBST, C. (Hrsg.), Süchtig sein. *Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*, Wien 1997, S. 39-50.

RAIS, S. et al.: Untersuchungen zur Zufriedenheit über einen fachinvariaten standardisierten Fragebogen. In: Das Krankenhaus 1998, S. 86-90.

RAMMSTEDT, O.: Alltagsbewusstsein von Zeit. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1975, 27, S. 47-63.

RANAWEERA, C. & PRABHU, J.: On the Relative Importance of Customer Satisfaction and Trust as Determinants of Customer Retention and Positive Word of Mouth. In: Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing 2003, 12, S. 82-90.

RANK, O.: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse, Gießen 1998.

RAPAPORT, R.J.: A Comparison of Anonymous and Self-Identified Respondents to a Client Satisfaction Survey. In: Michigan Personnel and Guidance Journal 1985, 16, H.1, S. 8-12.

RAHAEL, W.: Do we know what the patients like? *A survey comparing the views of patients, staff and committee members.* In: International Journal of Nursing Studies 1967, 4 (3), S. 202-223

RAPHAEL, W.: Patients and Their Hospitals. *A survey of patients' view of life in hospital which demonstrates a method of obtaining such views, a survey method that can be applied and interpreted by any hospital wishing so to do*, London 1969.

RAPHAEL, W.: Patients and Their Hospitals. *A survey of patients' view of life in general hospitals*, London 1977.

RAPHAEL, W. & PEERS, V.: Psychiatric hospitals viewed by their Patients, London 1972.

RASHID, A. et al.: Consultation in general practice: *a comparison of patients' and doctors' satisfaction.* In: British Medical Journal 1989, 299, S. 1015-1016.

RASPE, H.-H.: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten. In: BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München 1976, S. 49-70.

RASPE, H.-H.: Informationsbedürfnis von Patienten. *Aufklärungsintentionen von Ärzten im Allgemeinkrankenhaus.* In: Die Medizinische Welt 1977a, S. 1990-1993.

RASPE, H.-H.: Der Patient als Partner. In: Tutzinger Blätter II 1977b, 3, S. 12-16.

RASPE, H.-H.: Die Aufklärung des Krankenhauspatienten und das Problem des Hospitalismus. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1978a, 103, S. 1998-2003.

RASPE, H.H.: Die Aufklärung des Krankenhauspatienten – *Eine Gemeinschaftsaufgabe von Ärzten und Schwestern.* In: Schwestern Revue 1978b, 16, S. 4-10.

RASPE, H.-H.: Das Problem der Aufklärung und Information bei Akutkrankenhauspatienten und seine Erforschung, Freiburg 1979.

RASPE, H.-H.: Warum fragen Krankenhauspatienten so wenig? *Eine medizinsoziologische Untersuchung der Stationsvisite.* In: Therapiewoche 1980a, 30, S. 560-573.

RASPE, H.-H.: Neue Wege der Hospitalismusforschung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1980b, 122, S. 411-414.

RASPE, H.-H.: Die Stationsvisite – *eine verschenkte Möglichkeit*? In: Therapiewoche 1981a, 31, S. 1021-1025.

RASPE, H.-H.: Herrschaft im Krankenhaus. *Medizinsoziologische und medizingeschichtliche Überlegungen zur Situation des Krankenhauspatienten.* In: Evangelische Theologie 1981b, 41, S. 544-556.

RASPE, H.-H.: Visitenforschung in der Bundesrepublik: *Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen.* In: KÖHLE, K. & RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 1-15.

RASPE, H.-H.: Aufklärung und Information im Krankenhaus: *medizinsoziologische Untersuchungen*, Göttingen 1983.

RASPE, H.-H.: Formal-quantitative Visitenanalyse – *Stärken, Schwächen und Grenzen*. In: TEWES, U. (Hrsg.), Angewandte Medizinpsychologie, Frankfurt/M. 1984, S. 109-114.

RASPE, H.-H.: Patientenzufriedenheit – Führungsgrundsätze – Mitarbeiterzufriedenheit. In: HELBIG, W. (Hrsg.), Positionen und Erfahrungen – *Unternehmensphilosophie in der Diakonie*, Hannover 1997, S. 167-181.

RASPE, H.-H. & SIEGRIST, J.: Zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: SIEGRIST, J. & HENDEL-KRAMER, A. (Hrsg.), Wege zum Arzt. *Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung*, München u.a. 1979, S. 113-138.

RASPE, H. et al.: Patienten-"Zufriedenheit" in der medizinischen Rehabilitation – *ein sinnvoller Outcome-Indikator?*. In: Gesundheitswesen 1996, 58, S. 372-378.

RASPE, H. et al.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit"). In: Rehabilitation 1997, 36, XXXI-XLII.

RASPE, H. & KOHLMANN, T.: Ergebnisqualität in der Klinik: *Probleme der „Outcomes"-Messung in der medizinischen Rehabilitation*. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 185-194.

RATHEISER, K.: Dauerfeuer. *Das verborgene Drama im Krankenhausalltag*, Frankfurt/M. 2006.

RATHER, B.C. & SHERMAN, M.F.: Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among alcoholics anonymous members. In: Addictive Behaviors 1989, 14, S. 531-536.

RATTNER, J.: Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen. *Eine Einführung in die neopsychoanalytische Sozialpsychologie von H.S. Sullivan*, 3. Aufl., Freiburg 1972.

RATTNER, J.: Klassiker der Tiefenpsychologie, München 1990.

RAVE-SCHWANK, M.: Was heißt Patienten-/Klientenorientierung in der Psychiatrie heute? In: Psychiatrische Praxis 2002, 5, S. 230-234.

RAWLS, J.: Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/M. 1975.

REBER, T.: Hohe Zufriedenheit chronisch Schizophrener unter Deprivationsbedingungen: *Die Rolle von relativer Deprivation, Referenzkognitionen und sozialen Vergleichen*, Gießen 2006.

RECHE, J.W.: Motiv zur Zufriedenheit mit Menschen. In: Ders., Vermischte Papiere. *Für Westphalens Leser. Zur Beförderung wahrer Aufklärung und Menschlichkeit. 1. Theil*, Mühlheim am Rhein 1788, S. 78-94.

RECKELES, H.J.: Bestimmungsgründe der Arztwahl. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1984, 4, S. 226-272.

RECK-HOG, U.: "Ich freue mich, wenn sie gut gelaunt sind". *Studie zu Kundenerwartungen an ambulante Pflegedienste.* In: Häusliche Pflege 2000a, 4, S. 25-28.

RECK-HOG, U.: Methodische Leitlinien für Kundenbefragungen. In: Forum Sozialstation 2000b, S. 20-24.

RECK-HOG, U. & KLINIK, G.: Kundenorientierte Pflege. In: BLONSKI, H. (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Hagen 1998, S. 171-180.

RECKORT, H.P.: Kommunikation schafft zufriedene Zahnärzte und Patienten. In: Zahnärztliche Mitteilungen 1982, 72, S. 1998-2001.

RECKWITZ, N. et al.: Televiste als Erfolgsfaktor in Zeiten der DRG – *Patientenzufriedenheit und Prozessoptimierung durch Televiste schaffen Wettbewerbsvorteile.* In: Fachverband Biomedizinische Technik & Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik (Hrsg.), TeleHealthCare 2005. *Tagungsband,* Wetzlar 2005, S. 273-274.

RECKWITZ, N. et al.: Patientenzufriedenheit und Qualitätsmessung in der Telemedizin – *Anwendung eines Erhebungsinstruments für die postoperative Nachsorge.* In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2007, 12, S. 149-154.

REDIES, M.: Überprüfung eines Messinstruments zur Erfassung des Stationsklimas in Kliniken des Maßregelvollzugs. Diplom-Arbeit, Ruhruniversität Bochum: Fakultät für Psychologie, Bochum 2004.

REGLI, D. et al.: Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2000, 4, S. 399-420.

REGUS, M.: Gemeindenah ist auch vorbei? In: Soziale Psychiatrie 2006, 30, H. 3, S. 4-7.

REDELMEIER, D. & KAHNEMAN, D.: Patients Memories of Painful Medical Treatments: *Real-Time and Retrospective Evaluations of Two Minimally Invasive Procedures.* In: Pain 1996, 116, S. 3-8.

REDFERN, S. & NORMAN, I.: Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: *an application of the critical incident technique.* Part 1 and 2. In: Journal of Clinical Nursing 1999, 8, 407-421.

REDLICH, E.: Eine durch kräftige und andauernde Muskelkontraktion ausgelöste Erweiterung der Pupille. In: Zeitschrift für Augenheilkunde 1908, 19, S. 171-172.

REHORN, J.: Pretests: *…bin so klug als wie zuvor.* In: Absatzwirtschaft 1975, 18(9), S. 60-66.

REIBNITZ, C.: Qualitätsmanagement und Kundenzufriedenheit. *Die Sicht des Patienten.* In: Pflege Management 1997, 5, S. 18-22.

REIBNITZ, C. & GÜNTERT, B.: Was bedeutet Zufriedenheit aus Sicht der Patienten? In: f&w im Krankenhaus 1996, 3, S. 260-265.

REICH, W.: Die Entdeckung des Orgons I. *Die Funktion des Orgasmus: Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie*, Köln 1987.

REICH, W.: Charakteranalyse, Köln 1989.

REICHENHELD, F.: Loyalty-Based Management. In: Harvard Business Review 1993, 71, S. 64-73.

REICHENHELD, F. & SASSER, W.: Zero-Migration: *Dienstleister im Sog der Qualitätsrevolution*. In: Harvard Manager 1991, 13, S. 108-116.

REICHENHELD, F. & ASPINALL, K.: Building High-Loyalty Business Systems. In: Journal of Retail Banking 1994, 15, S. 21-29.

REICHHART, T. et al.: Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – *eine kritische Bestandsaufnahme*. In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 111.121.

REICHSTEIN, J.: Soziale Rehabilitation durch psychiatrische Tagesstätten? *Bewertungen der Möglichkeiten und Grenzen unter Einbeziehung einer Nutzerbefragung*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2006, 2, S. 17-20.

REIK, T.: Hören mit dem dritten Ohr. *Die innere Erfahrung eines Psychoanalytikers*, Frankfurt/M. 1983.

REIMANN, H.: Die Entwicklung der Psychiatrischen Soziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1973, 25, S. 240-256.

REIMANN, H.: Die psychosozialen Bedürfnisse von Krankenhauspatienten. In: REIMANN, H. & BECKER, R. (Hrsg.), Medizinische Versorgung, München 1976, S. 143-160.

REMSCHMIDT, H. & SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-Treatment im Vergleich*, Stuttgart 1988.

REINECKE, N.F.: Zufriedenheit mit der Kurzzeittherapie in der Urologie. *Ergebnisse einer Patientenbefragung im Vergleich mit Befragungen auf zwei Normalstationen*, Hamburg 2003.

REINHARD, M.-A. / STAHLBERG, D. & PETERSEN, L.-E.: Selbstwahrnehmungstheorie. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 27-32.

REINHARDT-SCHNADT, H.: Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. *Eine Übersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1973, 25, S. 336-349.

REISBECK, G.: Das Bild des psychisch Gestörten in der Presse: *Vom „Zwerg von Harlaching" zum „Vampir von Nürnberg"*. In: Psychologie heute 1977, H. 1, S. 31-33.

RENIK, O.: Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung. In: Psyche 1999, 53, S. 929-957.

RENN, H.: Nichtparametrische Statistik. *Eine Einführung in die Grundlagen*, Stuttgart 1975.

RENTROP, M.: Pilotstudie zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Gegenüberstellung der Befragungsergebnisse aus vier Kliniken*, München 1997.

RENTROP, M. / BÖHM, A. & KISSLING, W.: Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1999, 67, S. 456-465.

RERRICH, D.: Nutzerkontrolle. In: KEUPP, H. & RERRICH, D.(Hrsg.), Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven, München 1982, S. 229-237.

REST, F.: Praktische Orthothanasie (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis. *Entwicklung von Verhaltensmerkmalen für den Umgang mit Sterbenden auf der Grundlage partizipierender Feldforschung in Einrichtungen der Altenhilfe*, Opladen 1977.

REST, F.: Den Sterbenden beistehen. *Ein Wegweiser für die Lebenden*, Wiesbaden und Heidelberg 1998.

REUBAND, K.-H.: Telefonkarten als Incentives für nicht-kooperative Zielpersonen in postalischen Befragungen. *Auswirkungen auf die Teilnahmebereitschaft und die Zusammensetzung der Befragten.* In: planung & analyse 1999, 3, S. 63-66.

REUBAND, K.-H.: Kontexteffekte und Antwortstabilität. *Wie Befragte auf identische Statements antworten, die im Fragebogen unterschiedlich platziert sind.* In: planung & analyse 2001, 3, S. 60-63.

REUBAND, K.-H.: Der Interviewer in der Interaktion mit dem Befragten – *Reaktionen der Befragten und Anforderungen an den Interviewer.* In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Interviewereinsatz und -qualifikation. *Spektrum der Bundesstatistik*, Bd. 11, Stuttgart 1998, S. 138-155.

REUBEL-CIANI, T.: Das unzufriedene Kätzchen und weitere lustige Tiergeschichten: *zum Lesen und Vorlesen*, Nürnberg 1996.

REUSCHENBACH, B. & MOHR, T.: Anforderungen an Pflegende in Dialyseeinrichtungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten – *Ergebnisse einer Befragung mittels Critical Incident Technique.* In: Pflege 2005, 18, S. 86-94.

REUTTER, S. / THEIL, S. & VOLK, W.: Kontakte der Patienten einer psychosomatischen Klinik – *Soziometrie einer Großgruppe.* In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1978, 13, S. 387-400.

REVERS, W.J.: Der thematische Apperzeptionstest (TAT). *Handbuch zur Verwendung des TAT in der psychologischen Persönlichkeitsdiagnostik*, 3. Aufl., Bern 1973.

PEUS, C. / FREY, D. & STÖGER, H.: Theorie der kognitiven Dissonanz. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 373-379.

REY, E.-R.: Die ‚Stationsatmosphäre', ein bereits anwendbares Konzept in der klinischen Psychologie? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1985, S. 343-347.

REY, E.-R. et al.: Empirische Analysen zur Gültigkeit des Anhedonie-Konstruktes bei ersthospitalisierten Schizophrenen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1994, 23 (2), S. 93-104.

REYNOLDS, D.: Naikan-Therapie. In: CORSINI, R. (Hrsg.), Handbuch der Psychotherapie, Band II, Weinheim 1983, S. 769-781.

REZNIKOFF, M. / BRADY, J.P. & ZELLER, W.W.: The psychiatric attitudes battery: *a procedure for assessing attitudes toward psychiatric treatment and hospitals.* In: Journal of Clinical Psychology 1959, 15, S. 260-265.

REZNIKOFF, M. / BRADY, J.P. & ZELLER, W.W.: Attitudinal change in hospitalized psychiatric patients. In: Journal of Clinical and Experimental Psychopathology 1960, 21, S. 309-314.

RHEINBERG, F. / VOLLMEYER, R. & ENGESER, S.: Die Erfassung des Flow-Erlebens. In: STIENSMEIER-PELSTER, J. & RHEINBERG, F. (Hrsg.), Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept, Göttingen 2003, S. 261-279.

RICE, C. et al.: The Ward Evaluation Scale. In: Journal of Clinical Psychology 1963, 19, S. 251-255.

RICHTER, D.: Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung – *Übersicht über Methoden, Kriterien und Probleme*. In: Krankenhauspsychiatrie 2004, 3, S. 104-113.

RICHTER, D. & FLEER, B.: Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2004, 9, 236-240.

RICHTER, H.-J.: Die schriftliche Massenbefragung. *Ein verhaltenstheoretischer Beitrag zur Methodenforschung*, Bad Harzburg 1970.

RICHTER, K.H.: Die unzufriedenen Wörter und andere Märchen, Berlin 1980.

RICHTER, M.: Dynamik von Kundenerwartungen im Dienstleitungsprozess – *Konzeptionalisierung und empirische Befunde*, Wiesbaden 2005.

RICHTER, M. / SCHMID-OTT, G. & MUTHNY, F.A.: Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation – *Ausprägung und Einfluss soziodemographischer, motivationaler und klinischer Patientenmerkmale*. In: Zeitschrift Medizinische Psychologie 2009, 18, S. 33.

RICHTER, M. / SCHMID-OTT, G. & MUTHNY, F.A.: Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. *Ausprägung und Einfluss soziodemografischer, motivationaler und klinischer Patientenmerkmale*. In: Nervenheilkunde 2010a, H.7, S. 386-392.

RICHTER, M. / SCHMID-OTT, G. & MUTHNY, F.A.: Subjektive Anforderungen an die psychosomatische Rehabilitation und ihr Einfluss auf die Patientenzufriedenheit – *"Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren" nach dem Kano-Modell*. In: Gesundheitswesen 2010b, 72.

RICHTER, M. / SCHMID-OTT, G. & MUTHNY, F.A.: Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation und ihr Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. In: DRV-Schriften 2010c, Band 88, S. 241-242.

RICKETTS, T. & KIRSHBAUM, M.N.: Helpfulness of mental health day care: *client and staff views*. In: Journal of Advanced Nursing 1994, 20, S. 297-306.

RIDER, E.A. & PERRIAN, J.M.: Performance profiles: *the influence of patient satisfaction data on physicians' practice*. In: Pedtiatrics 2002, 109, S. 752-757.

RIDDER, P.: Zwischen Bürokratie und menschlicher Hilfe. *Das Krankenhaus als personenbezogene Dienstleistungsorganisation*. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1978, 3, S. 145-153.

RIDDER, P.: Patient im Krankenhaus. *Personenbezogener Dienst auf der Station. Bd.I, Die Trauer des Leibes*, Stuttgart 1980a.

RIDDER, P.: Patient im Krankenhaus. *Personenbezogener Dienst auf der Station. Bd.II, Die Teilung der Arbeit*, Stuttgart 1980b.

RIECHMANN, M. / GÜNTHER, W. & BLÄTTNER, B.: Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Ausdruck von Patientenorientierung? In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2008, 13, S. 71-75.

RIEDEL, U.: Patientencharta – Patientenschutz. *Wo stehen wir, wohin gehen wir?* In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 2000, 6, S. 67-71.

RIEDESEL, D. & SCHLIERKAMP, W.: Selbstkommunikation und Trinkmotive bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In: DE JONG-MEYER, R. & HEYDEN, T. (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen. *Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses*, München 1993, S. 95-108.

RIES, R.K. et al.: Treatment satisfaction compared with outcome in serve dual disorders. In: Community Mental Health Journal 1999, 35, S. 213-221.

RIESMAN, D.: Die einsame Masse. *Eine Untersuchung der Wandlungen des amerikanischen Charakters*, Reinbek 1962.

RIETMÜLLER, H.U.: Krankenhäuser der Zukunft. *Architekturwettbwerbe Bd. 58*, Stuttgart 1969.

RHIEL, W.H.: Die Deutsche Arbeit, 2. Aufl., Stuttgart 1862.

RICHINS, M.L.: Negative Word-of-Mouth by Dissatisfied Customers: *A Pilot Study*. In: Journal of Marketing 1983, 47, S. 68-78.

RICHINS, M.L.: Factors Affecting the Level of Consumer-Initiated Complaints to Marketing Organizations. In: HUNT, H. & DAY, R.L. (Hrsg.), *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, Bloomington 1985, S. 82-84.

RICOUER, P.: Das Selbst als ein Anderer, München 1996.

RICOUER, P.: Wege der Anerkennung – *Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*. Frankfurt/M. 2006.

RIDER, E.A. & PERRIN, J.M.: Performance profiles: *the influence of patient satisfaction data on physicians' practice*. In: Pediatrics 2002, 109, S. 752-757.

RIEF, W.: Die Macht der Erwartungen. In: Verhaltenstherapie 2007, 17, S. 217-218.

RIEGEL, G.F.: Krankenhaus-Marketing & QualitätsManagement: *Großes Handbuch für das Erfolgs-Management in Hospitälern*, 2. Aufl., Augsburg 2000.

RIEMANN, D. & BACKHAUS, J.: Behandlung von Schlafstörungen, Weinheim 1996.

RIEMER, M.: Schweigepflicht in der Gruppenpsychotherapie – eine Gesetzeslücke? In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2002, 38, S. 372-376.

RIIS, J. et al.: Ignorance of hedonic adaptation to hemodialysis: *A study using ecological momentary assessment*. In: Journal of Experimental Psychology 2005, 134, S. 3-9.

RINCKENS, S.: »Eine Ausrede findet sich immer!« Die subjektive Rückfallbegründung alkoholabhängiger Patienten. *Über den Zusammenhang zwischen subjektiven Rückfallbegründungen und Ergebnissen psychometrischer Testverfahren*, Bonn 2003.

RING, E.: Ausdrucksbeobachtungen in der Demoskopie. In: Psychologie und Praxis 1967, 11, S. 1-11.

RING, E.: Signale der Gesellschaft. *Psychologische Diagnostik in der Umfrageforschung*, Göttingen 1992.

RING, R.-M.: Patientenbefragung im psychiatrischen Krankenhaus. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 267-274.

RIPPE, W. & PIPPKE, W.: Aufstiegszufriedenheit: *Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von Aufstiegswunsch, -möglichkeit und -zufriedenheit bei kaufmännischen Angestellten*. In: Zeitschrift für Soziologie 1981, 10, S. 379-394.

RIST, F. / WATZL, H. & COHEN, R.: Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken. In: WATZL, H. & COHEN, R. (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin 1989, S. 126-138.

RITTER, J. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, *Bd. 12, W-Z*, Basel 2004.

RITTMANNSBERGER, H. / HABERFELLNER,M. & STÖBICH, E.: Der Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus in der Beurteilung durch seine Patienten. In: Krankenhauspsychiatrie 1991, 2, S. 59-65.

RITZ, T.: Alexithyme Merkmale und affektive Intensität: *Adaption und Zusammenhang zweier Fragebogeninstrumente*. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 1994, 15, S. 23-39.

RITZ, T. & DAHME, B.: Die Absorption-Skala: *Konzeptionelle Aspekte, psychometrische Kennwerte und Dimensionalität einer deutschsprachigen Adaption*. In: Diagnostica 1995, 45, S. 53-61.

RITZ, T. & KANNAPIN, O.: Zur Konstruktvalidität einer deutschen Fassung der Toronto Alexithymia Scale. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 2000, 21, S. 49-64.

RITZER, G.: Die McDonaldisierung der Gesellschaft, Frankfurt/M. 1995a.

RITZER, G.: Die McDonaldisierung der Gesellschaft. In: Psychologie heute 1995b, S. 28-33.

ROBBINS, J.A. et al.: The influence of physician practice behaviours on patient satisfaction. In: Family Medicine Journal 1993, 25, S. 17-20.

ROBERGE, D. et al.: Loyality to the regular care provider: *patients' and physicians' views*. In: Familiy Practice 2001, 18, S. 53-59.

ROBERTS, J. & TUGWELL, P.: Comparison of questionnaires determing patient satisfaction with medical care. In: Health Services Research 1987, 22(5), S. 637-654.

ROBERTS, R.E. & ATTKISSON, C.C.: Assessing client satisfaction among hispanics. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 401-413.

ROBERTS, R.E. / PASCOE, G.C. & ATTKISSON, C.C.: Relationship of Service Satisfaction to Life Satisfaction and Perceived Well-Being. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 373-383.

ROBISON, T.A.: The Effects of Fictional Portrayals of Psychotherapy on Viewers Expectations and Attitudes Toward Seeking Treatment, March 2009.
URL:http://etd.ohiolink.edu/etd/send-pdf.cgi/Robison%20Troy%20A.pdf?acc_num=ohiou1217419991
[Stand 07.10.2009]

ROBOTHAM, C.E.: Therapie-Erwartungen bei ambulanten Patienten einer psychosomatischen Klinik, Gießen 1980.

RODE, P.: Messung der Patientenzufriedenheit: Eine kritische Betrachtung von Befragungen zur Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Aspekten des Qualitätsmanagements und der Methodik – *beispielhaft dargestellt anhand einer Patientenbefragung in einem Krankenhaus der Regelversorgung*, Diplomarbeit an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln 1999a.

RODE, P.: Anhang zur Diplomarbeit: *Messung der Patientenzufriedenheit: Eine kritische Betrachtung von Befragungen zur Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung von Aspekten des Qualitätsmanagements und der Methodik – beispielhaft dargestellt anhand einer Patientenbefragung in einem Krankenhaus der Regelversorgung*, Diplomarbeit an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln 1999b.

RODIN, J.: Aging and health. *Effects of the sense of control*. In: Science 1986, 233, S. 1271-1976.

RODIN, J. & LANGER, E.J.: Longterm effects of a controll-relevant intervention with the institutionalized aged. In: Journal of Personality and Social Psychology 1977, 35, S. 897-902.

RODRIGUEZ DEL BOSQUE, I.A. / SAN MARTIN, H. & COLLADO, J.: The role of expectations in the consumer satisfaction formation process: *Empirical evidence in the travel agency sector*. In: Tourism Management 2006, 27, S. 410-417.

ROEB, W. & ZOBEL, M.: Patientenbefragung als interne Qualitätssicherungsmaßnahme. In: FACHVERBAND SUCHT e.V. (Hrsg.), Qualtätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. *Beiträge des 7.Heidelberger Kongresses 1994*, Geesthacht 1995, S. 229-242.

RÖHRLE, B. & SESSAR, W.: Eine Skala zur Evaluation von Behandlungseinrichtungen für Alkoholiker (SEBA). In: Diagnostica 1991, 37, S. 179-189.

RÖHRLE, B. & BRANDES, C.: Skala zur Evaluation von Behandlungseinrichtungen für Alkoholiker (SEBA). In: GLÖCKNER-RIST, A. / RIST, F. & KÜFNER, H. (Hrsg.), Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 3.00. Mannheim 2003.

ROETHLISBERGER, F.J.: Die Hawthorne-Experimente (1941). In: FÜRSTENBERG, F. (Hrsg.): Industriesoziologie I. *Vorläufer und Frühzeit 1835-1934*, 2. Aufl., Neuwied 1966, S. 99-113.

ROETHLISBERGER, F.J. & DICKSON, W.J.: Management and the worker, Cambridge 1939.

ROES, M.: Responsive Evaluation. *Ein beteiligungsorientierter Evaluationsansatz*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2003, Heft 4.

ROESE, N.J.: Conterfactual thinking. In: Psychological Bulletin 1997, 121, S. 133-148.

RÖHRLE, B. & OSTERLOW, J.: Gemeinsam allein? *Zur Psychologie der Einsamkeit.* In: Universitas 1999, 636, S. 572-585.

RÖSING, I.: Der verwundete Heiler: *Kritische Analyse einer Metapher*, Kröning 2007.

RÖSSLER, W. & SALZIE, H.J.: Einflussfaktoren auf die Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung. In: Neuropsychiatrie 1995, 9, S. 137-143.

ROGAUSCH, A. et al.: Erhebung der Lebensqualität in der Hausarztpraxis: *Patientenbefragung per Tablet-PC.* In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 104, A 2857-A 2860.

ROGAUSCH, A. et al.: Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 194-197.

ROGERS, A. & PILGRIM, D.: Service users' view of psychiatric treatments. In: Sociology of Health & Illness 2008, 15, S. 612-631.

ROGERS, C.R.: Studies in Client-Centered Psychotherapy III: *The Case of Mrs. Oak — A Research Analysis.* In: Psychological Service Center Journal 1954, 3, S. 47-165.

ROGERS, C.R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1957, 21, S. 95-103.

ROGERS, C.R.: Die nicht-direktive Beratung, München 1972.

ROGERS, C.R.: Die klientenbezogene Gesprächstherapie, München 1973.

ROGERS, C.R.: Eine neue Definition von Einfühlung. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, S. 33-51.

ROHDE, J.J.: Was ist und was soll Medizin-Soziologie? In: Psychologie – Soziologie – Medizin, Schriftenreihe der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover 1969, H. 6, S. 15-29.

ROHDE, J.J.: Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs. In: SCHRAML, W. (Hrsg.), Klinische Psychologie, Bern 1970a, S. 46-71.

ROHDE, J.J.: Planung im Gesundheitswesen – Notwendigkeit und Dilemma. In: ECKART, W. & NATHAN, M.K. (Hrsg.), Planung im Gesundheitswesen – *Ein Symposion des Quickborner Teams*, Quickborn 1970b, S. 11-18.

ROHDE, J.J.: Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. *Über die Situation des Patienten im Krankenhaus.* In: DÖHNER, O. (Hrsg.), Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/M. 1973, S. 13-35.

ROHDE, J.J.: Soziologie des Krankenhauses. *Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*, Stuttgart 1974a.

ROHDE, J.J.: Veranstaltete Depressivität. *Über strukturelle Effekte von Hospitalisierung auf die psychische Situation des Patienten.* In: Der Internist 1974b, H.15, S. 277-282. Wiederabgedruckt in: LÜTH, P. (Hrsg.), Beiträge zur Sozialmedizin. *Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis*, Stuttgart 1975a, S. 115-125.

ROHDE, J.J.: Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. *Leitgedanken zu einer patientenzentrierten Krankenhaussoziologie. In:* RITTER-RÖHR, D.(Hrsg.), Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, Frankfurt/M. 1975b, S. 167-207.

ROHDE, V. et al.: Patientenbefragung im Qualitätsmanagement: *Was kann eine abteilungsinterne Bestandsaufnahme leisten?* In: Das Gesundheitswesen 2005, 67, A347.

ROHLFING, G.: Patient oder Kunde in der ambulanten Pflege: *"Ein ethisch-ökonomischer Zwitter" oder die Divergenz zweier Begriffe,* unveröffentlichte Diplomarbeit, Köln 2000.

ROHRER, J.E. & HILSENRATH, P.: Client Satisfaction with Substance Abuse Treatment. In: Health Marketing Quarterly 1999, 17, S. 31-42.

ROHRER, K.: Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement am Beispiel der Frauenklinik Bamberg, München 2000.

ROHRER, G.E. / THOMAS, M. & YASENCHAL, A.B.: Client perceptions of the ideal addictions counsellor. In: International Journal of Addictions 1992, 27(6), S. 727-733.

ROHRMANN, B.: Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1978, 9, S. 222-245.

ROJEK, D.G. / CLEMENTE, F. & SUMMERS, C.F.: Community satisfaction*: A study of contentment with local services.* In: Rural Sociological 1975, 40, S. 170-192.

ROLLNICK, S. & HEATHER, N.: The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment. In: Addictive Behaviors 1982, 7, S. 243-250.

ROLSHOVEN, H. & RUDEL, H.: Das formelle psychiatrische Testament. *Gebrauchsanweisung und Mustertest.* In: KEMPKER,K. & LEHMANN,P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie, Berlin 1993, S. 282-298.

ROMPE, C.: „Sperrt den Irren endlich weg!" *Der Psychiatrie-Diskurs in den deutschen Printmedien und dessen mögliche Auswirkung auf die psychiatrische Pflege.* In: Pflege & Gesellschaft 2006, 11 (4), S. 328-343.

ROPER, N.: Pflegeprinzipien im Pflegeprozeß, Bern 1997.

RORTY, R.: Kontingenz, Ironie, Solidarität. Frankfurt/M. 1992.

ROSANOWSKI, F. / PRÖSCHEL, M. & EYSHOLDT, U.: Fragebogenevaluierung der Patientenzufriedenheit nach der stationären Behandlung in der Phoniatrie und Pädaudiologie – *Ein Beitrag zur Qualitätskontrolle?* In: Laryngo-Rhino-Otologie 1998, 77, S. 307-311.

ROSEN, A.: Client preferences: an *overview of the literature.* In: The Personnel and Guidance Journal 1967, 45, S. 785-789.

ROSEN, P. / ANELL, A. & HJORTSBERG, C.: Patient views on choice and participation in primary health care. In: Health Policy 2001, 55, S. 121-128.

ROSEN, S. & TESSER, A.: On reluctance to communicate undesirable information: *The MUM effect.* In: Sociometry 1970, S. 253-263.

ROSENBERG, G. et al.: Some effects of a hospital employee strike on patient satisfaction. In: The Mount Sinai Journal of Medicine 1985, 52, S. 259-264.

ROSENBERG, H.: Relapsed versus Non-Relapsed Alcohol Abusers: *Coping Skills, Life Events and Social Support*. In: Addictive Behaviors 1983, 8, S. 183-186.

ROSENHAN, D.L.: „Je me suits fait passer pour fou". In: Le Nouvel Observateur 1973, 435, S. 72-92.

ROSENHAN, D.L.: Gesund in kranker Umgebung. In: WATZLAWICK, P. (Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit. *Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*, 12. Aufl., München 2000, S. 111-137.

ROSENHAN, D.L. / UNDERWOOD, B. & MOORE, B.: Affect moderates self-gratification and altruismus. In: Journal of Personality and Social Psychology 1974, 30, S. 546-552.

ROSENMEIER, H.P.: Medizinische Psychologie, 3. Aufl., Stuttgart 1987.

ROSENSTEIN, D.: Arzt- und Krankenhaus-Serien. *Profil(e) eines Genres*. In: Augen-Blick 1998, 28, S. 6-30.

ROSENTHAL, R.: Experimenter effects in behavioural research., New York 1966.

ROSENTHAL, R. & JACOBSON, L.: Pygmalion im Unterricht, Weinheim 1971.

ROSENTHAL, R. & JACOBSON, L.: Lehrererwartungen als Determinante der IQ-Gewinne ihrer Schüler. In: STEINER, H. (Hrsg.), Symbolische Interaktion, Stuttgart 1973, S. 208-212.

ROSENTHAL, R. / BLANCK, P.D. & VANNICELLI, M.: Speaking to and about patients: *predicting therapists' tone of voice*. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1984, 52, S. 679-686.

ROSENTHAL, T.R. & TÖLLNER, R.: „Hier möchte ich gern Patient sein!" *Bericht über ein Fachprojekt zur Inhaltsanalyse von Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen*. In: Standpunkt sozial 1998, 3, S. 84-89.

ROSENTHAL, T.R. & TÖLLNER, R.: Gesundheit und Unterhaltung. *Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen. Ergebnisse einer Inhaltsanalyse*. In: Medien praktisch 1999, 23, S. 54-58.

ROSENTHAL, T.R. & TÖLLNER, R.: Medizinischer und pflegerischer Arbeitsalltag im TV: *Pflege in Arzt- und Krankenhausserien*. In: Pflegezeitschrift 2000, 53, S. 265-270.

ROSENZWEIG, F.: Das Büchlein vom gesunden und kranken Menschenverstand, Frankfurt/M. 1984.

ROSENZWEIG, F. & ROSENZWEIG, E. (Hrsg.): Briefe, Berlin 1935.

ROSNER, M. & SCHEER, P.: Erwartungen und Zufriedenheit des Patienten beim praktischen Arzt. In: ROSNER, M. & SCHEER, P. (Hrsg.), Arztbilder. *Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes*, Wien 1987, S. 64-78.

ROSNER, S. & SCHLAWIN, H.: Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. *Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charite und dem Kreiskrankenhaus Eisleben*, Berlin 1993.

ROSIN, U. & WILMERS, F.: Determinanten des Abbruchs. *Vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus*, Bad Krozingen 1999.

ROSS, C.E. / MIROWSKY, J. & DUFF, R.S.: Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. In: Journal of Health and Social Behaviour 1982, 23, S. 317-329.

ROSS, C.E. & MIROWSKY, J.: Socially desirable response and acquiescence in a cross-cultural survey of mental health. In: Journal of Health and Social Behaviour 1984, 25, S. 189-197.

ROSS, C.K. et al.: The Role of Expectations in Patient Satisfaction with Medical Care. In: Journal of Health Care Marketing 1987, 7(4), S. 16-26.

ROSS, C.K. / STEWARD, C.A. & SINACORE, J.M.: The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. In: Medical Care 1993, 31, S. 1138-1149.

ROSS, C.K. / STEWARD, C.A. & SINACORE, J.M.: A comparative study of seven measures of patient satisfaction. In: Medical Care 1995, 33, S. 392-406.

ROSS, C.K. et al.: The role of expectations and preferences in health care satisfaction of patients with arthritis. In: Arthritis & Rheumatism 2005, 2, S. 92-98.

ROßBACH, P.-O.: Patientenzufriedenheit und Kundenorientierung als Kernelemente gelebter Marketingphilosophie in Krankenhäusern, Berlin 2002.

ROSSBERG, J.I. & FRIIS, S.: A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2003, 108, S. 374-380.

ROSSEL, E.: Der Nachbearbeitungsbogen für die Therapiesitzung – *erste praktische Erfahrungen*. In: Verhaltenstherapie 1994, 4, S. 116-121.

ROSSEELS, M.: Das unzufriedene Herz: *Ein Roman*, Köln 1957.

ROSSIGNON- HODZODE, A.-M.: Untersuchungen zum psychosozialen Status von älteren Menschen – über die Aspekte von Zufriedenheit und Langeweile im Heim: A*uswertung einer in Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum für Rehabilitation und Prävention,* Stiftung Rehabilitation, Heidelberg, erstellten "Fragebogen zur statistisch-epidemiologischen Erhebung einer Stichprobe von Altenheimbewohnern". Heidelberg 1981.

ROSSMANN, C.: Die heile Welt des Fernsehens. *Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien*, München 2002.

ROSSMANN, C.: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie die Patienten. *Eine Studie zur Darstellung von Ärzten in Krankenhausserien und ihrem Einfluss auf das Arztbild der Patienten*. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft 2003a, 51, S. 497-522.

ROSSMANN, C.: Götter in Weiß oder Menschen wie Du und Ich? *Zum Einfluss des Fernsehens auf das Arztbild der Öffentlichkeit*. In: MEZER, A. (Hrsg.), Gesundheit fördern – Krankheit heilen. *Neue Wege zum Zusammenwirken von Naturwissenschaft – Medizin – Technik*, Köln 2003b, S. 111-128.

ROST, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. *Theorie, Diagnostik, Behandlung*, 2. Aufl., Stuttgart 1988.

ROSUMEK, S.: Gespräche mit Patienten – oder über Sie? *Sprachwissenschaftliche Ananalysen von Oberarztvisiten in der Psychiatrie*, Frankfurt/M. 1992.

ROTER, D.L.: Patient participation in the patient-provider interaction: *The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance*. In: Health Education Monographs 1977, 5, S. 281-315.

ROTER, D.L.: Which facets of communication have strong effects on outcome – *A Meta-Analysis*. In: STEWART, M. & ROTER, D.L. (Hrsg.), Communicating with medical patients, Newbury Park 1989, S. 183-196.

ROTER, D.L.: The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. In: Patient Education and Counselling 2000, 39, S. 5-15.

ROTER, D.L. / HALL, J.A. & KATZ, N.R.: Relations between physicians' behaviour and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. In: Medical Care 1987, 25, S. 437-451.

ROTER, D.L. / HALL, J.A. & KATZ, N.R.: Patient-physician communication: *a descriptive summary of the literature*. In: Patient Education and Counselling 1988, 12, S. 99-119.

ROTER, D.L. & HALL, J.A.: Studies of doctor-patient interaction. In: Annual Review of Public Health 1989, 10, S. 163-180.

ROTER, D.L. & HALL, J.: Doctors talking with patients/patients talking with doctors: *Improving communications in medical visits*, 2. Aufl., Westpoint 2006.

ROTTER, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs 1966, 33(1), S. 300-303.

ROTTER, J. B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1975, 43, S. 56-67.

ROTH, K.: Geschichte und Entstehung des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, 2. Aufl., Berlin 2007.

ROTH, J.: Die Legende vom heiligen Trinker, 5. Aufl., München 2009.

ROTHENBERGER, W.: Acht Thesen für eine strategisch ausgerichtete und kundenorientiert angelegte Kundenzufriedenheitsforschung. In: planung & analyse 1997, Nr. 4, S. 20-24.

ROY, D. et al.: Wie denken eigentlich Patienten über Patientenverfügungen? *Ergebnisse einer prospektive Studie*. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 2002, 48, S. 71-83.

ROTER, D.L. / HALL, J.A. & KATZ, N.R.: Relations between physicians' behaviours and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. In: Medical Care 1987, 25, S. 437-451.

ROTH, E. & SCHLOß, G.: Arbeitszufriedenheit und Krankheit. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 1980, 5, S. 170-178.

ROTHBAUER, J. et al.: Angehörigen-Informationstage. *Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten*. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 118-122.

ROTHENBACHER, D. / LUTZ,M. & PORZSOLT, F.: Treatment decisions in palliativ cancer care: *patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it.* In: European Journal of Cancer 1997, 33, S. 1184-1189.

ROTHLAUF, J.: Total Quality Management in Theorie und Praxis. *Managementwissen für Studium und Praxis*, Wien 2001.

ROWELL, R.M. & POLIPNICK, D.C.: A pilot mixed methods study of patient satisfaction with chiropractic care for back pain. In: Journal of Manipulative and Physiological Therapy 2008, 31, S. 602-610.

RUBIN, H.R.: Patient evaluations of hospital care: *a review of the literatur*. In: Medical Care 1990a, 28, S. 3-9.

RUBIN, H.R.: Can patients evaluate the quality of hospital care? In: Medical Care Review 1990b, 47, S. 267-326.

RUCKSTUHL, U.: Der Januskopf der Institution. In: Pro Mente Sana 1993, H.1, S. 4-6.

RÜDIGER, A.: Anweisung zu der Zufriedenheit der menschlichen Seele als dem höchsten Guthe dieses zeitlichen Lebens, Leipzig 1721.

RÜHL, U.: Unsere Erfahrungen mit der Psychiatrie. In: Psychosoziale Umschau 1998, 13, Heft 4, S. 29-32.

RÜSCHMANN, H.-H.: Modellklinik Mainhagen: *Patientenkarriere mit integrierter Rehabilitation – Qualität über Leistungswettbewerb und Finanzierung über Effizienzreserven in der Akutversorgung.* In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* Sankt Augustin 1998, S. 195-208.

RÜSTER, P.: Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der ambulanten Alkoholentwöhnungstherapie. In: Psychotherapie 2004, 9 (4), S. 91-96.

RUDERT, J.: Vom Ausdruck der Sprechstimme. In: KIRCHHOFF, R. (Hrsg.), Ausdruckspsychologie. *Handbuch der Psychologie, Band 5*, Göttingen 1972, S. 422-664.

RUDOLF, G.: Prognose und Indikation – *Von der Objektivierung der Patienteneigenschaften zur Analyse der Arzt-Patient-Interaltion.* In: LAMPRECHT, H. (Hrsg.), Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin 1986.

RUDOLF, G. / GRANDE, T. & PORSCH, U.: Die Berliner Psychotherapiestudie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1988a, 34, S. 2-18.

RUDOLF, G. / GRANDE, T. & PORSCH, U.: Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädikator des Behandlungsverlaufs: *Eine empirische Untersuchung prognostischer Faktoren in der Psychotherapie.* In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1988b, 34, S. 32-49.

RUDOLF, G. / GRANDE, T. & PORSCH, U.: Formen der therapeutischen Arbeitsbeziehung. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1988c, 34, S. 50-75.

RUDOLF, G.: Die therapeutische Arbeitsbeziehung. *Untersuchung zum Zustandeskommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*, Berlin 1991.

RUDOLF, G. & MANZ, R.: Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1993, 43, S. 193-199.

RUDOLPH, U.: Motivationspsychologie, Weinheim 2007.

RUFF, W.: Die stationäre Voruntersuchung. *Ein Modell zu Verbesserung der klinischen Psychotherapie*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1983, 29, S. 15-27.

RUFF, W. & WERNER, H.: Der Wunsch der Patienten nach Behandlung – *untersucht am Beispiel stationärer Psychotherapie*. In: Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1987, 33, S. 355-360.

RUGG, D. & CANTRIL, H.: Die Formulierung von Fragen. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966, S. 85-114.

RUGGERI, M.: Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of it's measurement. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 1994b, S. 212-227

RUGGERI, M.: Satisfaction with psychiatric service. In: THORNICROFT, G. & TANSELLA, M. (Hrsg.), Mental Health Outcome Measures, Berlin 1996a, S. 27-51.

RUGGERI, M. & DALL'AGNOLA, R.: The development and the use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. In: Psychological Medicine 1993, 23, S. 511-523.

RUGGERI, M. et al.: Acceptability sensitivity and content validity of VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994a, 29, S. 265-276.

RUGGERI, M. / DALL'AGNOLA, R. & BISOFFI, G.: Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. In: International Journal of Methods in Psychiatric Research 1996b, H. 6, S. 23-38.

RUGGERI, M. et al.: Development, internal consistency and reliability of the European version of the Verona Service Satisfaction Scale – *European version Epsilon Study 7*. In: British Journal of Psychiatry 2000, 177(suppl 39), S. 41-48.

RUGGERI, M. et al.: Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: *results from the EPSILON Study*. In: Schizophrenie Bulletin 2003, 29, S. 229-245.

RUGULLES, R. / KRASEMANN, E.O. & SIEGRIST, J.: Evaluation ärztlich betreuter Reisen für Herzkranke („Herzreisen"). *Zufriedenheit der Reiseteilnehmer und langfristige Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität*. In: Rehabilitation 2003, 42, S. 211-217.

RUISINGER, M.M.: Auf Messers Schneide. *Patientenperspektiven aus der chirurgischen Praxis Lorenz Heisters (1683-1753)*. In: Medizinhistorisches Journal 2001, 36, S. 309-333.

RUMMEL-KLUGE, C. & HANSEN, W.-P.: Innovative Strategien zur Förderung der Compliance von Patienten mit Schizophrenie – *„Peer-to-peer-Psychoeduktion" und „Peer-to-peer-Sprechstunde"*. In: Psychoneuro 2008, 34, S. 422-425.

RUMPF, H.-J. et al.: Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: *Der Stand der Forschung.* In: Sucht 2009, 55, S. 75-85.

RUNGGALDIER, K. & BEHRENDT, H.: Ausgewählte Ergebnisse aus der ersten bundesweiten Patientenbefragung im Rettungsdienst. In: Notfall & Rettungsmedizin 2005, 8, H.2, S. 116-122.

RUNOW, H.: Zur Theorie und Messung der Verbraucherzufriedenheit, Frankfurt/M. 1982.

RUNTE, I. / PRINS, S. & MAEHLEIDT, W.: Selbsthilfe bei Betroffenen. In: RÖSSLER, W. & LAUBAR, C. (Hrsg.), Psychiatrische Rehabilitation, Berlin u.a. 2004, S. 633-643.

RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998a.

RUPRECHT, T.M.: Vorwort. In: Ders. (Hrsg.), Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998b, S. 7-10.

RUPRECHT, T.M.: Der Patient – das unbekannte Wesen*?! Oder: Was wollen Patient(inn)en wirklich?*. In: Qualitäts-Management 1999a, 1, S. 23-27.

RUPRECHT, T.M.: Patientenerfahrungen statt „Zufriedenheit". *Ein Eckstein für Managed Care.* In: Perspectives on Managed Care 1999b, 2(3), S. 7-10.

RUPRECHT, T.M. / GRUHL, M. & KRANICH, C.: Wer gibt dem Patienten Recht?. In: Gesundheit & Gesellschaft 1999c, 2(6), S. 22-29.

RUPRECHT, T.M.: Qualität „throught the patient's eyes" – *taugt die Patientenzufriedenheit als Qualitätsmaßstab?*. In: BALK-Info 2000a, 44, S. 24-25.
URL:http://www.picker-europe.de/publikation/BALK-August-00.pdf
[Stand 14.11.2005]

RUPRECHT, T.M.: Qualität quo vadis – *die Perspektive der Patienten.* In: Qualität in der Gesundheitsversorgung – Newsletter der GQMG 2000b, 1(7), S. 9-14.

RUPRECHT, T.M. Qualität aus der Perspektive der Patienten – *das Picker-Modell.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 181-194.

RUPRECHT, T.M.: Patientenbefragung – *Verfahrensvorschlag.* In: Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Handbuch für Netzberater (Controlling, Evaluation, Audit, Berichterstattung), Köln 2001b, S. 91-110.
URL:http://www.picker-europe.de/publikation/KBVHanbuch%20Netzberater.pdf
[Stand 14.11.2005]

RUPRECHT, T.M.: Patientenerfahrungen als Steuerungsinstrument – Zahlen, Daten, Fakten zur Qualitätslage im Gesundheitswesen aus Sicht der Patienten. Vortrag auf der Fachtagung "Patientenrechte in der Diskussion" (28./29. September 2001c)
URL:http://www.dhmd.dc/forum-wissenschaft/fachtagung04/ft04-ruprecht_ref.htm
[Stand 15.11.2005]

RUPRECHT, T.M.: Die Crux mit der 'Zufriedenheit'. In: KMA 2001d, S. 52-53.

RUPRECHT, T.M.: Evidenzbasierte Qualitätsbewertung und -entwicklung aus Patientensicht. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2001e, 95, S. 274-275.

RUPRECHT, T.M.: Experten fragen, Patienten antworten – *Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen*. In: Arbeit und Sozialpolitik 2002, 56, S. 36-44.

RUPRECHT, T.M.: Patientenbefragungen. In: TRILL, R. & TECKLENBURG, A., Das erfolgreiche Krankenhaus. *Best Practice, Prozessmanagement, Controlling*, Neuwied 2003.

RUPRECHT, T.M.: Experten fragen, Patienten antworten. *Versorgungsqualität aus Sicht der Betroffenen*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2004, Heft 5.

RUPRECHT, T.M.: Warum brauchen wir Patientenbefragungen?
URL:http://www.aqua-institute.de/pdf/Tagung/Ruprecht-Patientenbefragung.pdf
[Stand 14.11.2005a]

RUPRECHT, T.M.: Management des Wandels. *Qualität aus der Sicht der PatientInnen – ihre Erlebnisse und Erfolge als Motor des Wandels*. Vortrag auf dem 1. Fachsymposion des Transfer-Projekts an der Evangelischen Fachhochschule Berlin.
URL:http://www.qmg.de/qmg/VortragDr_ThomasRuprecht.pdf
[Stand 15.11.2005b]

RUSS, L.: Methodische Überlegungen zur Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, Diplomarbeit Universität Erlangen-Nürnberg 1986.

RUSS, L. & WOHLMANNSTETTER, V.: Durchführung und Ergebnisse einer Patientenbefragung im Krankenhaus, Nürnberg 1986.

RUSS, L. & WOHLMANNSTETTER, V.: Durchführung und Ergebnisse einer Patientenbefragung im Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau 1987, 56, S. 23-26.

ROUSSEAU, J.-J.: Träumereien eines einsamen Spanziergängers, Stuttgart 2003.

RUSSEL, J.A.: A circumplex model of affect. In: Journal of Peronality and Social Psychology 1980, 39, S. 1161-1178.

RUSSELL, B.: Was ist Glück. In: Ders., Betrand Russell sagt seine Meinung: *eine Stimme der modernen Aufklärung*, Darmstadt 1976, S. 99-111.

RUSSELL, B.: Eroberung des Glücks. *Neue Wege zu einer besseren Lebensgestaltung*, 12. Aufl., Frankfurt/M. 2000.

RUSSO, J. & FINK, T.: Stellung nehmen. *Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen*, Berlin 2003.

RUST, M.: Zur Situation entmündigter Patienten in einem psychiatrischen Groß-Krankenhaus, Berlin 1971.

RUST, R.T. & OLIVER, R.L.: Service Quality: *Insights and Managerial Implications from the Frontier*. In: Dies. (Hrsg.), Service Quality. *New Directions in Theory and Practice*, London u.a. 1994, S. 1-19.

RYBAKOWSKI, J. et al.: High prevalence of alexithymie in male patients with alcohol dependence. In: Drug and Alcohol Dependence 1988, 21, S. 133-136.

RYCHTARIK, R.G. et al.: Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. In: Journal of Studies on Alcohol 1992, 53, S. 435-440.

SABEL, H.: Kundenorientierung? *Zehn Potemkinsche Dörfer*. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1999, 69, S. 1369-1370.

SABOURIN, S. et al.: Social desirability, psychological distress, and consumer satisfaction with mental health treatment. In: Journal of Counselling Psychology 1989, 36, S. 352-356.

SACHS, B.: Untersuchung zur Abhängigkeit der Patientenzufriedenheit von Merkmalen psychiatrischer Patienten und deren Behandlung, Hamburg 2007.

SACHSE, R.: Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. *Eine grundlegende Neukonzeption*, Göttingen 1992.

SACHSE, R.: Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Göttingen 1996.

SACHSE, R.: Klärungsorientierte Psychotherapie, Göttingen 2003.

SACHSE, R.: Therapeutische Beziehungsgestaltung, Göttingen 2006.

SACHSSE, U.: Psychotherapie mit dem Sherifstern. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1989, 25, S. 141-158.

SACK, T.W.: Die Haut als Ausdrucksorgan. In: Archiv für Dermatologie 1926, 1, S. 200-206.

SADER, M.: Psychologie der Gruppe, Weinheim 2000.

SADOWSKI, P.: Der mündige Trinker. *Selbstmanagement-Therapie für Alkoholkranke*, Tübingen 2007.

SAFRAN, D.G. et al.: Linking primary care performance to outcomes of care. In: Journal of Family Practice 1998, 47, S. 213-220.

SAFREN, S.A. / HEIMBERG, R.G. & JUSTER, H.R.: Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioural group treatment for social phobia. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997, 66, S. 694-698.

SAHA, S.: Explaining low ratings of patient satisfaction among asian-americans. In: American Journal of Medical Quality 2010, 18, S. 256-264.

SAHMLAND, I.: Das Anstaltsleben im Landeshospital Hofheim in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. *Einblicke und Einsichten anhand von Krankenakten.* In: Dies. et al. (Hrsg.), »Haltestaion Philippshospital« *Ein psychiatrisches Zentrum – Kontinuität und Wandel 1535 – 1904 – 2004*, Marburg 2004, S. 91-113.

SAILE, H.: Rooming-in bei Krankenhausaufenthalten von Kindern. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1988, 17, S. 8-20.

SAINT-EXUPÉRY, A. de: Die Stadt in der Wüste, Berlin 1998.

SALA, F. / KRUPAT, E. & ROTER, D.: Satisfaction and the Use of Humor by Physicians and Patients. In: Psychology and Health 2002, 17, S. 269-280.

SALBER, W.: Der Blick. In: Studium Generale 1960, 13, S. 576-585.

SAMJATIN, J.: Wir, 9. Aufl., Köln 2006.

SAMMET, I. & SCHAUENBURG, H.: SEB – Stations-Erfahrungsbogen. *Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie*, Göttingen 1999.

SAMMET, I. / RABURG, S. & SCHAUENBURG, H.: Stationsklima, Beziehungserleben und Symptomentwicklung in der deutschen Psychotherapie. *Zeitreihenanalyse.* In: BASSLER, M. (Hrsg.), Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie, Gießen 2001, S. 240-254.

SAMMET, I. & SCHAUENBURG, H.: SEB – Stationserfahrungsbogen. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Göttingen 2002, S. 304-307.

SAMMET, I. / STAATS, H. & SCHUENBURG, H.: Beziehungserleben und Therapieergebnis stationärer Psychotherapie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2004, 50, S. 376-393.

SAMORA, J. / SAUNDERS, L. & LARSON, R.F.: Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients. In: Journal of Health and human Behaviour 1961, 2, S. 83-92.

SANA: Was Patienten und Mitarbeitern wichtig ist. In: SANA-aktuell 2000, 4, S. 2-3.

SANCHO-ALRIDHE, J. & GUNTER, B.: Effects of a TV drama series upon impressions about psychiatrists. In: Psychological Reports 1994, 74, S. 163-178.

SANDAHL, C.: Determinants of relapse among alcoholics: *a cross-cultural replication study.* In: The International Journal of the Addictions 1984, 19, S. 833-848.

SANDERS, L.M.: Assessment of client satisfaction in a peer counselling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. In: Evaluation and Program Planning 1998, 21, H. 3, S. 287-296.

SANDKÜHLER, H.J. (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie, Band I A-N, Hamburg 1999.

SANDKÜHLER, H.J. (Hrsg.): Enzyklopädie Philosophie, Band II O-Z, Hamburg 1999.

SANDROCK, F.: Untersuchungen zur Sozialstruktur einer Krankenstation unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Funktionsbereichs. In: KAUPEN-HAAS, H. (Hrsg.), Soziologische Probleme medizinischer Berufe, Köln-Opladen 1968, S. 195-226.

SANFORD, F.H.: The use of a projective devise in attitude testing. In: Public Opinion Quarterly 1950/51, 41, S. 697-709.

SANTARSIERO, L.J. / BAKER, R.M. & MC GEE, T.F.: The effects of cognitive pretraining on cohesion and self-disclosure in small groups: *an analog study.* In: Journal of Clinical Psychology 1995, 51, S. 403-409.

SAPOLSKY, R.: Warum Zebras keine Migräne kriegen, München 1998.

SARAMAGO, J.: Der Stuhl und andere Dinge, Reinbek 1997.

SARAMAGO, J.: Die Stadt der Blinden, Reinbek 1999.

SARAMAGO, J.: Eine Zeit ohne Tod, Reinbek 2007.

SARTRE, J.-P.: Das Sein und das Nichts. *Versuch einer phänomenologischen Ontologie*, Reinbek 1962.

SARTRE, J.-P.: L'Existencialisme es un Humanisme. In: Ders., Drei Essays. *Ist der Existentialismus ein Humanismus?*, Frankfurt/M. 1971, S. 7-51.

SARTRE, J.-P.: Baudelaire. *Ein Essay*. In: Ders., Gesammelte Werke, Bd. I, Schriften zur Literatur, Reinbek 1986.

SARTRE, J.-P.: Die Transzendenz des Ego. *Philosophische Essays 1931-1939*, Reinbek 1997.

SARTRE, J.P.: Der Ekel, Reinbek 1998.

SARTRE, J.-P.: Geschlossene Gesellschaft, Reinbek 2000a.

SARTRE, J.P.: Über Geschlossene Gesellschaft. In: Ders., Geschlossene Gesellschaft, Reinbek 2000b, S. 60-63.

SATZINGER, W. et al.: Patientenbefragung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Erfahrungen aus einer Studie über Patientenzufriedenheit* (I). In: f&w im Krankenhaus 1995, 12, S. 501-509.

SATZINGER, W.: Die Patientenschaft als Informationsquelle für Qualitätsmanagement. *Zur Methodik von Patientenbefragungen im Krankenhaus*. In: GQMG-Newsletter 2: 3, 1996a 9-14.

SATZINGER, W.: Patient als „Qualitätsmonitor": *Zur Rolle von Patientenbefragungen beim Qualitätsmanagement im Krankenhaus*. In: VDAK (Hrsg.), Krankenkassen und Krankenhäuser im Zeichen des Wettbewerbs, Siegburg 1996b, S. 61-68.

SATZINGER, W. & SEYFARTH-METZGER, I.: Konsequenzen einer Patientenbefragung im Krankenhaus: *Methodische Erkenntnisse und prozedurale Lektionen*. In: Gesundheitswesen 1996, 58, LXXXIX.

SATZINGER, W.: Der Weg bestimmt das Ziel? *Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten*. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 101-108.

SATZINGER, W. / SEYFARTH-METZGER, I. & HÄBLER, H.: Patienten-Prioritäten bei der Beurteilung des Krankenhausaufenthaltes. *Ergebnisse einer schriftlichen Befragung*. In: Gesundheitswesen 1997, 59, A 88.

SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a.

SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P.: Vorwort der Herausgeber. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001b, S. 13-15.

SATZINGER, W. & TROJAN, A.: Kurze Vorstellung der Beiträge zu diesem Sammelband. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001c, S. 19-24.

SATZINGER, W. & RASPE, H.: Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. *Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten.* In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001d, S. 41-80.

SATZINGER, W.: Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: *Zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen.* In: Medizinische Klinik 2002, 97, S. 104-110.

SAUBER, S.R.: Patient training prior toentering psychotherapy. In: Social Psychiatry 1972, 7, S. 139-143.

SAUBER, S.R.: Approches to Pretherapy Training. In: Journal of Contemporary Psychotherapy 1974, 6, S. 190-197.

SAUDER, G.: Empfindsamkeit. *Band I: Voraussetzungen und Elemente*, Stuttgart 1974.

SAUER, H.-R. & SAUER, K. Wie fühlen sich Patienten im Krankenhaus nach ihrer Entlassung? *Eine empirische Studie*, Hannover 1983.

SAUER, J.: Sozialraumanalyse. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit, 5.Aufl., Frankfurt/M. 2002, S. 909-910.

SAUERWEIN, E.: Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit: *Reliabilität und Validität einer Methode zur Klassifizierung von Produkteigenschaften*, Wiesbaden 2000.

SAULTZ, J.W. & ALBEDAIWI, W.: Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: *A Critical Review*. In: Annals of Familiy Medicine 2004, 2, S. 445-451.

SAUNDERS, C.: Hospiz und Begleitung im Schmerz. *Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können*, Freiburg u.a. 1993.

SAUP, W.: Alter und Umwelt. Eine *Einführung in die Ökologische Gerontologie*, Stuttgart u.a. 1993.

SAVAGE, R. & AMSTRONG, D.: Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: *a controlles study*. In: British Medical Journal 1990, 301, S. 968-970.

SAWICKI, P.T.: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht*. In: Medizinische Klinik 2005, 11, S. 1-14.

SCABIA, G.: Das große Theater des Marco Cavallo. *Phantasiearbeit in der Psychiatrischen Klinik Triest*, Frankfurt/M. 1979.

SCHAAL, J.: Interaktion im Krankenzimmer – *eine Befragung von Patienten am Allgemeinkrankenhaus*, Berlin 1996.

SCHAAL, J. / ROHNER, R. & STUDT, H.-H.: Der Bettnachbar im Patientenzimmer – *Plagegeist oder nützliche Ressource.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1998, 48, S. 55-62.

SCHAARSCHUCH,A.: Dienst-Leistung und Soziale Arbeit *Theoretische Überlegungen zur Rekonstruktion Sozialer Arbeit als Dienstleistung.* In: Widersprüche 1996, 16, S. 87-97.

SCHAARSCHUCH, A.: Die Privilegien des Nutzers. *Zur theoretischen Begründung sozialer Dienstleistung.* In: OLK, T. & OTT, H-U. (Hrsg.), Soziale Arbeit als Dienstleistung. *Grundlegungen, Entwürfe und Modelle.* München 2003, S. 150-169.

SCHAARSCHUCH, A.: Der Nutzer Sozialer Dienstleistungen als Produzent des „Sozialen". In: BADAWIA, T. / LUCKAS, H. & MÜLLER, H. (Hrsg.), Das Soziale gestalten. *Über Mögliches und Unmögliches in der Sozialpädagogik,* Wiesbaden 2006a, S. 81-94.

SCHAARSCHUCH, A.: Dienstleistung. *Das aktive Subjekt der Dienstleistung.* In: DOLLINGER, B. & RAITHEL, J. (Hrsg.), Aktivierende Sozialpädagogik. *Ein kritischer Glossar*, Wiesbaden 2006b, S. 91-107.

SCHAARSCHUCH, A.: Vom Adressaten zum „Nutzer" von Dienstleistungen. In: BIELEFELDER ARBEITSGRUPPE 8 (Hrsg.), Soziale Arbeit in Gesellschaft, Wiesbaden 2008, 197-204.

SCHAARSCHUCH, A. & SCHNURR, S.: Konflikte um Qualität. *Konturen eines relationalen Qualitätsbegriffs.* In: BECKMANN, C. et al. (Hrsg.), Qualität in der Sozialen Arbeit. *Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*, Wiesbaden 2004, S. 311-324.

SCHAARSCHUCH, A. & OELERICH, G.: Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: OELERICH, G. & SCHAARSCHUCH, A. (Hrsg.), Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. *Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*, München 2005, S. 9-25.

SCHACHTER, S. & SINGER, J.E.: Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. In: Psychological Review 1962, 69, S. 379-399.

SCHADE, B.: Lebenszufriedenheit als gesundheitsbeeinflussender Faktor im Alter. In: BASLER, H.-D. & KEIL, S.: (Hrsg.), Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter. *Marburger Forum zur Gerontologie, Band 6,* Grafschaft 2002, S. 231-250.

SCHÄFER, A.: …dann wäre ich endlich glücklich. In: Psychologie heute 2004, H.2, 20-27.

SCHÄFER, A.: Das Porträt: *Mihaly Csikszentmihalyi – Mr. Flow und die Suche nach dem guten Leben.* In: Psychologie heute 2005, 3, S. 42-48.

SCHÄFER, M.: Lebensqualität aus *Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen,* Wiesbaden 2008.

SCHÄFER, R. et al.: Validitätshinweise der Deutschen Version der TAS-20. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 449-453.

SCHÄR, W.: Qualitätsmanagement: *Patientenzufriedenheit. Studienbrief FH Jena*, Studiengang Pflege, Berlin 1999.

SCHAFFER, H.: Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. *Eine Einführung,* Freiburg 2002.

SCHAFFER, W.: Die Pflegeanstalt Mariaberg bei Aachen (1885-1900) und der Umbruch der provinzialen Geisteskrankenfürsorge auf dem Hintergrund des „Alexianderskandals". In: Annalen des Historischen Vereins für den Niederrhein insbesondere das alte Erzbistum Köln 1999, 202, S. 155-192.

SCHAIPP, C. & PLAUM, E.: „Projektive Techniken": *unseriöse „Tests" oder wertvolle qualitative Methoden?* Bonn 1995.

SCHALAST, N.: Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie, Braunschweig 1995.

SCHALAST, N.: Zur Situation der Beschäftigten im Maßregelvollzug. *Ergebnisse einer arbeitspsychologischen Untersuchung*. In: Recht & Psychiatrie 1997, 15(1), S. 24-33.

SCHALAST, N. Motivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB, München 2000a.

SCHALAST, N.: Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. In: Psychiatrische Praxis 2000b, 27(6), S. 270-276.

SCHALAST, N.: SK-M: *Ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug*. In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 175-181.

SCHALAST, N. & REDIES, M.: „SK-M". *Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug*, Essen 2005.

SCHALAST, N. & REDIES, M.: Das Stationsklima als Wirkfaktor der Behandlung – *Entwicklung eines Beurteilungsbogens*. In: SAIMEH, N. (Hrsg.), Was wirkt? *Prävention – Behandlung – Rehabilitation*, Bonn 2006, S. 244-255.

SCHANDORF, N.: Die Arzt-Patient-Beziehung. *Was wünschen sich psychiatrische Patienten von ihrem Behandler? Eine explorative Studie*, Hamburg 2007.

SCHANZ, B.: Patientenzufriedenheit aus ökonomischer Sicht. In: Psychiatrische Pflege 2006, 12, S. 139-145.

SCHANZ, B. et al.: Patientenbefragung in der Psychiatrie. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.), Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 259-265.

SCHANZ, B. & MÜLLER, M.J.: Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 319-323.

SCHARA. J. (Hrsg.): Humane Intensivtherapie, Erlangen 1982.

SCHARF, A. & VOLKMER, H.-P.: Geschmackswahrnehmungen und Geschmackspräferenzen bei Nahrungs- und Genussmitteln unter besonderer Berücksichtigung von Produkterwartungen. In: Marketing ZFP 1997, H.2, S. 93-106.

SCHARFE, M.: Briefe aus dem Irrenhaus. In: VANJA, C. / SANDNER, P. & AUMÜLLER, G. (Hrsg.), Heilbar und nützlich. *Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn,* Marburg 2001, S. 163-183.

SCHARIOTH, J. & ZUBER, C.: Kundenbindung messen – aber wie? In: Gablers Magazin 1999, 13, S. 24-27.

SCHARITZER, D.: Dienstleistungsqualität – Kundenzufriedenheit, Wien 1994.

SCHARNBACHER, K. & KIEFER, G.: Kundenzufriedenheit: *Analyse, Messbarkeit und Zertifizierung.* 2. Aufl., Oldenburg 1998.

SCHATTNER, A. / RUDIN, D. & JELLIN, N.: Good physicians from the perspective of their patients. In: BMC Health Services Research 2004, 4(1), S. 26.

SCHATZMANN, L. & STRAUSS, A.: A Sociology of Psychiatry: *A Perspective and some Organizing* Foci. In: Social Problems 1966, 14, S. 3-16.

SCHAUENBURG, H. / SAMMET, I. & STRACK, M.: Verlaufsbeobachtungen in der stationären Psychotherapie mit dem Stationserfahrungsbogen. In: BASSLER, M. (Hrsg.), Ergebnisse der Mainzer Werkstatt für Psychotherapie 2000, Gießen 2001, S. 255-267.

SCHAUENBURG, H. & SAMMET: Der Stationserfahrungsbogen – SEB. *Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapien.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1999, 49, S. 476-483.

SCHAUPETER, R.: Einmalige postalische Befragung zur Standortbestimmung. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 91-100.

SCHAY, P. et al.: Laufen streichelt die Seele – Lauftherapie mit Drogenabhängigen. In: Integrative Therapie 2004, 30, S. 150-175.

SCHAY, P. et al.: Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. Theorie, Praxis, Forschung. In: PETZOLD, H. / SCHAY, P. & SCHEIBLICH, W. (Hrsg.), Integrative Suchtarbeit. *Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation,* Wiesbaden 2006, S. 159-204.

SCHECK, C.: Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: *eine Fragebogen-Studie zur Konstruktvalidität,* Münster 2001.

SCHEER, J.W. & MÖLLER, M.L.: Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten. *Teil I*: *Vorstellungen zur Genese und Behandlung seelischer Störungen.* In: Medizinische Psychologie 1976a, 1, S. 13-29.

SCHEER, J.W. & MÖLLER, M.L.: Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten. *Teil II: Ihr Zusammenhang mit Symptomen, Verhalten, Arzturteilen.* In: Medizinische Psychologie 1976b, 1, S. 30-48.

SCHEIBLER, F.: Von der Compliance zum Shared Decision Making: *Eine medizinsoziologische Untersuchung des Patientenverhaltens,* Köln 2003.

SCHEIBLER, F. / LAND, A. & PFAFF, H.: Der Patient als Kotherapeut: *Eine qualitative Untersuchung.* In: Gesundheitswesen 1999a, 61, A 171.

SCHEIBLER, F. / LAND, A. & PFAFF, H.: Ein Auswertungsschema für qualitative Interviews in der gesundheitssystemorientierten medizinsoziologischen Forschung. In: Gesundheitswesen 1999b, 61, A 171.

SCHEIBLER, F. / FREISE, D.C. & PFAFF, H.: Patientenpräferenzen, Aktivierung durch den Arzt und Patientenpartizipation. *Ergebnisse der Kölner Patientenbefragung*. In: Gesundheitswesen 2001, 63, A29.

SCHEIBLER, F. et al.: Der Patient als Kotherapeut? – *Eine Typologie des Patientenverhaltens*. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003a, S. 63-90.

SCHEIBLER, F. & PFAFF, H. (Hrsg.): Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003b.

SCHEIBLER, F. & PFAFF, H.: Shared decision-making. *Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion*. In: Dies. (Hrsg.), Shared Decision-Making. *Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim 2003c, S. 11-22.

SCHEIBLER, F. / JANßEN, C. & PFAFF, H.: Shared Decision Making: *Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur*. In: Sozial- und Präventivmedizin 2003d, 48, S. 11-24.

SCHEIBLER, F. FREISE, D.F. & PFAFF, H.: Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. *Validierung der deutschen PICS-Skalen*. In: Journal of Public Health 2004, 12, S. 199-209.

SCHEIDT, P. et al.: „Wenn ich hier der Chefarzt wäre…" – *Interventive Interviews mit Patienten und Mitarbeitern einer psychiatrischen Abteilung*. In: Psychiatrische Praxis 2001, 28, S. 158-162.

SCHEINERT, H.-D. et al. (Hrsg.): KTQ®-Leitfaden zur Patientenbefragung. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 2000.

SCHELER, M: Die Stellung des Menschen im Kosmos, München 1949.

SCHELER, M.: Wesen und Form der Sympathie, Bern 1973

SCHELLER, R. & KLEIN, M.: Persönlichkeitspsychologische Determinanten des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1982, 3, H.1, S. 47-54.

SCHELLER, R. & KLEIN, M.: Stationäre Suchttherapie unter dem Aspekt der Behandlungsdauer. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1987, 7, S. 69-76.

SCHELLER, R. & LEMKE, P.: Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. In: Sucht 1994, 40, S. 232-243.

SCHELLHORN, M.: Vergleich der Warzezeit von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & AMHOF, R. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2007, S. 95-113.

SCHELSKY, H.: Die skeptische Generation. *Eine Soziologie der deutschen Jugend*, Frankfurt/M. u.a. 1957.

SCHELSKY, H.: Die Soziologie des Krankenhauses im Rahmen einer Soziologie der Medizin. In: Ders.: Auf der Suche nach Wirklichkeit, Düsseldorf/Köln 1965a, S. 222-237.

SCHELSKY, H.: Ist die Dauerreflexion institutionalisierbar? *Zum Thema einer modernen Religionssoziologie*. In: Ders.: Auf der Suche nach Wirklichkeit. *Gesammelte Aufsätze,* Düsseldorf und Köln 1965b, S. 250-275.

SCHEMER, C.: Schlank und krank durch Medienschönheiten? *Zur Wirkung attraktiver Mediendarstellerinnen auf das Körperbild und Selbstwertgefühl von Frauen*. In: Medien und Kommunikationswissenschaft 2003, 51, S. 523-540.

SCHEMER, C.: Die Medien als heimliche Verführer? *Der Einfluss attraktiver Medienpersonen auf das Körperbild von Rezipientinnen und Rezipienten*. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2006, 1, S. 12-15.

SCHEMER, C.: Wem Medienschönheiten schaden. *Die differentielle Anfälligkeit für negative Wirkungen attraktiver Webemodells auf das Körperbild junger Frauen*. In: Zeitschrift für Medienpsychologie 2007, 19, S. 58-67.

SCHENK, J.: Die Bedeutung von Alkoholbewertung, Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Umweltbedingungen für den Alkoholkonsum bei jungen Männern. In: BERGER, H. et al. (Hrsg.), Jugend und Alkohol. Trinkmuster, Suchtentwicklung und Therapie, Stuttgart 1980.

SCHERMELLEH-ENGEL, K. & SCHWEIZER, K.: Multitrait-Multimethod-Analysen. In: MOOSBRUGGER, H. & KELAVA, A. (Hrsg.), Multitrait-Multimethod-Analysen, Berlin und Heidelberg 2007, S. 325-341.

SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: KÖNIG, R.: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Stuttgart 1974, S. 66-190.

SCHEUCH, E. K.: Die Notwendigkeit von Pretests zur Vorbereitung statistischer Erhebungen. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 16-27.

SCHERBAUM, N.: Grundprinzipien der Therapie. In: GASTPAR, M. et al. (Hrsg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart und New York 1999, S. 94-103.

SCHERER, K.R.: Affektlaute und vokale Embleme. In: POSNER, R. & REINECKE, H.P. (Hrsg.), Zeichenprozesse – *Semiotische Forschung in den Einzelwissenschaften*, Wiesbaden 1977, S. 199-214.

SCHERER, K.R.: Die Funktion des nonverbalen Verhaltens im Gespräch. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation. *Forschungsberichte zum Interaktionsgeschehen*, Weinheim und Basel 1979, S. 25-32.

SCHERER, K.R.: Akustische Parameter der vokalen Kommunikation: In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982a, S. 122-137.

SCHERER, K.R.: Die vokale Kommunikation emotionaler Erregung. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982b, S. 287-306.

SCHERER, K.R. & OSHINSKY, J.S.: Zur emotionalen Eindruckswirkung akustischer Reizparameter. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982, S. 326-342.

SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G.: Ausdruck der Emotionen. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Psychologie der Emotionen, Göttingen 1990, S. 345-422.

SCHERHORN, G.: Gesucht: der mündige Verbraucher. *Grundlagen eines Verbraucherpolitischen Bildungs- und Informationssystem*, 2. Aufl. Düsseldorf 1974.

SCHERNUS, R.: Beschwerden beachten – Menschen achten. *Was macht die Qualität psychiatrischer Beschwerdemöglichkeiten aus?* In: Soziale Psychiatrie 2006, H.3.

SCHERNUS, R.: Kunst des Indirekten

SCHERR, A.: Kritik der Anerkennungsverhältnisse – *Subjektivität als fortdauerndes Problem sozialwissenschaftlicher Theoriebildung.* In: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau 1989, 12, H. 18, S. 35-40.

SCHERR, A.: Subjektivität und Ohnmachtserfahrungen. *Überlegungen zur Wiedergewinnung einer emanzipatorischen Perspektive der Jugendarbeit.* In: Deutsche Jugend 1990, H. 5, S. 205-213.

SCHERR, A.: Überlegungen zu einer subjekttheoretischen Begründung der Theorie sozialer Arbeit. In: Neue Praxis 1992, H. 2, S. 158-166.

SCHERR, A.: Subjektorientierte Jugendarbeit. *Eine Einführung in die Grundlagen emanzipatorischer Jugendpädagogik.* Weinheim und München 1997.

SCHERR, A.: Subjektorientierte offene Jugendarbeit. In: DEINET, U. & STURZENECKER, B. (Hrsg.), Handbuch offene Jugendarbeit. Münster 1998, S. 200-210.

SCHERR, A.: Subjektorientierung – eine Antwort auf die Identitätsdiffusion in der Jugendarbeit. In: RAUSCHENBACH, T. DÜX, W. & SASS, E. (Hrsg.), Kinder- und Jugendarbeit – Wege in die Zukunft. Weinheim und Basel 2003a, S. 139-152.

SCHERR, A.: Subjektbildung in Anerkennungsverhältnissen. In: HAFEBGER, B. / HENKENBIRG, P. & SCHERR, A. (Hrsg.): Pädagogik der Anerkennung, Bad Schwalbach 2003b, S. 26-44

SCHERR, A.: Subjektorientierte Bildungspraxis – eine immer noch aktuelle Orientierung für die Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe? In: BECKER, P. et al. (Hrsg.): Bildung in der Jugendhilfe, Marburg 2006, S. 127-144.

SCHICK, A. & SCHMIDT, L.R.: Computer-Aided Setting Assessment. Beschreibung einer Feldbeobachtungsmethode (CASA). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1997, 45, S. 408-420.

SCHIEPEK, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. *Theorie – Praxis – Forschung*, Göttingen 1999a.

SCHIEPEK, G.: Selbstorganisation in psychischen und sozialen Prozessen: *Neue Perspektiven der Psychotherapie.* In: MAIZER, K. (Hrsg.), Komplexe Systeme in natur und Gesellschaft. *Komplexitätsforschung in Deutschland auf dem Weg ins nächste Jahrtausend*, Berlin 1999b, S. 280-317.

SCHIEPEK, G.: Synergetik der Psychotherapie. *Das Konzept der Selbstorganisation als Forschungs- und Handlungsparadigma in Psychotherapie und Psychosomatik*. In: KRÖGER, F. & PETZOLD, E.R. (Hrsg.), Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik, Frankfurt/M. 1999c, S. 51-82.

SCHIEPEK, G.: Synergetik für die Praxis. *Therapie als Anregung selbstorganisierender Prozesse*. In: System Familie 2000, 13, S. 169-177.

SCHIEPEK, G. & STRUNK, G.: Dynamische Systeme. *Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*, Heidelberg 1994.

SCHIEPEK, G. et al.: Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananlyse. *Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse*. In: Psychotherapie Forum 1995a, 3, S. 1-17.

SCHIEPEK, G. / STRUNK, G. & KOWALIK, Z.J.: Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels sequentieller Plananalyse. *Teil II: Die Ordnung des Chaos*. In: Psychotherapie Forum 1995b, 3, S. 87-109.

SCHIEPEK, G. & KOWALIK, Z.J.: Psychotherapie als Chaos-Management? In: Psychologie heute 1996, H.19, S. 66-71.

SCHIEPEK, G. & TSCHACHER, W. (Hrsg.): Selbstorganisation in der Psychologie und Psychiatrie, Braunschweig 1997.

SCHIEPEK, G. / LUDWIG-BECKER, F. & PETZOLD, E.R.: Stationäre Psychotherapie ist nichtstationär. *Die Erfassung von Prozessmerkmalen mittels Fluktuations-Resonanz-Diagramm*. In: BASSLER, M. (Hrsg.), Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie, Giesen 2001, S. 278-294.

SCHIEPEK, G. & KRÖGER, F.: Psychotherapie aus der Perspektive der Synergetik. *Ein Beitrag zur theoriegeliegeleiteten Rekonstruktion ressourcenorientierter Praxis und Möglichkeiten der empirischen Prüfung eines synergetischen Therapiemodells*. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2000, S. 241-252.

SCHIEPEK, G. & HONERMANN, H.: Prozessdokumentationsbogen (PD), Aachen 1999.

SCHIEPEK, G. et al.: Monitoring: Der Psyche bei der Arbeit zuschauen. Psychologie heute 2007, 1, S. 42-47.

SCHIERSMANN, C. / THIEL, H.-U. & PFIZENMAIER, E. (Hrsg.): Organisationsbezogenes Qualitätsmanagement. EFQM-orientierte Analyse und Qualitätsentwicklung – *Projekte am Beispiel der Familienbildung*, Opladen 2001.

SCHIFFER, E.: Wie Gesundheit entsteht. *Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung,* 5. Aufl., Weinheim und Basel 2001.

SCHIGL, B.: Evaluationsstudie zur integrativen Gestalttherapie: *Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnestischer Sicht ehemaliger Klienten*, Wien 1998.

SCHILDBACH, B. / LOHER, J. & RIEDINGER, N.: Die Bedeutung emotionaler Unterstützung bei der Bewältigung von intellektuellen Anforderungen. In: SPANGLER, G. & ZIMMERMANN, P. (Hrsg.), Die Bindungstheorie. *Grundlagen, Forschung und Anwendung*, Stuttgart 1997, S. 249-264.

SCHILDMANN, J. et al.: Aufklärung und Einwilligung zur Psychopharmakotherapie aus der Sicht schizophrener und depressiver Patienten. *Eine empirische Untersuchung aus der klinischen Medizinethik*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2003, 71, S. 265-270.

SCHILL, T. / HARSCH, J. & RITTER, K.: Countertransference in the movies: *effects on beliefs about psychiatric treatment*. In: Psychological Reports 1990, 67, S. 399-402.

SCHILLER, F: Kallias oder über die Schönheit. Über Anmut und Würde, Stuttgart 2006.

SCHILLING, D.: Robert Walser, Reinbek 2007.

SCHILLING, J.: Soziale Arbeit. *Entwicklungslinien der Sozialpädagogik/Sozialarbeit,* Neuwied 1997.

SCHILLING, K.: Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Grundversorgung: *Individuelle Therapiezielerreichung aus Patienten- und Therapeutensicht*. Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz 2000.

SCHINDLER, C. & KÖRKEL, J.: Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsender Alkoholabhängiger: *Ausprägung und Vorhersagbarkeit*. In: Verhaltenstherapie 1994, 4, S. 152-161.

SCHINDLER, C. & KÖRKEL, J.: Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. *Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen*. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 61-79.

SCHINDLER, C. et al.: Testtheoretische Güte des »Kurzfragebogens zur Abstinenzzuversicht« (KAZ-35): *Validität und Reliabilität*. In: Sucht 1997, 43, S. 319-328.

SCHINDLER, C. & KÖRKEL, J.: Die Bedeutung Sozialer Unterstützung für Rückfallgenese und –verlauf bei Alkoholabhängigen. In: RÖHRLE, B. & LAIREITER, A.-R. (Hrsg.), Soziale Unterstützung und Psychotherapie, Tübingen 2009, S. 419-444.

SCHINDLER, D.: Empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei jungen Alkoholabhängigen, Nürnberg 1993.

SCHINDLER, L.: Das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): *Ein Instrument zur systematischen Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Klient im Therapieverlauf*. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 1989, 28, S. 68-79.

SCHINDLER, L.: Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie, Berlin 1991.

SCHINDLER, L.: Prozessforschung. In: EHLERS, A. & HAHLWEG, K. (Hrsg.), Grundlagen der Klinischen Psychologie, Göttingen 1996, S. 269-298.

SCHINDLER, L. / HOHENBERGER-SIEBER, E. & HAHLWEG, K.: Observing client therapist interaction in behaviour therapy. Development and first application of an observational system. In: British Journal of Clinical Psychology 1989, 28, S. 213-226.

SCHINDLER, L. / HOHENBERGER-SIEBER, E. & HAHLWEG, K.: Stundenbeurteilungsbogen Klient/Therapeut. In: HANK, K. / HAHLWEG,K. & KLANN, N. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren für Berater, Weinheim 1990, S. 331-332.

SCHINDLER, L. / HOHENBERGER-SIEBER, E. & HAHLWEG, K.: SB – Stundenbeurteilung. In: KLANN, N. / HALWEG, K. & HEINRICHS, N.: Diagnostisches Verfahren für die Beratung. *Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*, Göttingen 2003, S. 23-28.

SCHINDLER, R.: Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. In: Psyche 1957a, 11, S. 308-314.

SCHINDLER, R.: Soziodynamik der Krankenstation. In: Zeitschrift für Diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung 1957b, 3, S. 227-236.

SCHINDLER, R.: Über den wechselseitigen Einfluss von Gesprächsinhalt, Gruppenposition und Ichgestalt in der analytischen Gruppentherapie. In: Psyche 1960, 14, S. 382-392.

SCHINDLER, R.: Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. In: Praxis der Psychotherapie 1961, 6, S. 1-8.

SCHINDLER, R.: Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1968, 2, S. 9-21.

SCHINDLER, R.: Das Verhältnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1969, 3, S. 31-37.

SCHINDLER, R. & STEININGER, E.: Erfahrungen mit dem Hausparlament im psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychotherapie und Psychosomatik 1968, 16, S. 128-139.

SCHINDLER, T.-P.: Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ (Ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891-1914, Berlin 1990.

SCHIPKOWENSKY, N.: Die Antipsychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 1974, 42, S. 291-311.

SCHIPPAN, B. / BAUMANN, K. & LINDEN,M.: Weisheitstherapie. *Kognitive Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung.* In: Verhaltenstherapie 2004, S. 284-293.

SCHIPPERGES, H.: Homo patients. *Zur Geschichte des kranken Menschen*, München 1985.

SCHIRL. C. et al.: Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie. *Eine katamnestische Feldstudie*, Linz 2001.

SCHITTENHELM, J.: Beschwerdemöglichkeiten als Weg zur NuterInnenorientierung. In: pro mente sana aktuell 2003, H. 3, S. 22-23.

SCHKADE, D.A. & KAHNEMAN, D.: Does living in California make people happy? *A focusing illusion in judgments of life satisfaction.* In: Psychological Science 1998, 9, S. 340-346.

SCHLIEBENER, G.: Erfahrungen mit der und Anforderungen der Angehörigen an die psychiatrische Klinik. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. / SCHMIDT-ZADEL, R. & KUNZE, H. (Hrsg.): Mit und ohne Bett: *personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*, Bonn 2002, S. 209-220.

SCHLIMME, J.E.: Sucht – Zur philosophischen Anthropologie eines „misslingenden“ Selbst, Würzburg 2000.

SCHLIMME, J.: Zur philosophischen Anthropologie der Sucht. In: Nervenarzt 2007, 78, S. 74-80.

SCHLIMME, J.: Versuch eines phänomenologischen Verständnisses der Sucht. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2008a, 31, S. 5-12.

SCHLIMME, J.E. Willensschwäche und Getriebensein. *Zugänge zu Jaspers' Verständnis der Sucht*. In: RINOFER-KREIDL, S. & WILTSCH, H.A. (Hrsg.), Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis, Würzburg 2008b, S. 147-170.

SCHLUCHTER, W.: Legitimationsprobleme der Medizin. In: Zeitschrift für Soziologie 1974, 3, S. 375-396.

SCHMÄDEL, D.: Sozialpsychologische Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens im Gesundheitswesen. In. HAUß, F. / NASCHOLD, F. & ROSENBROCK, R. (Hrsg.), Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn 1981, S. 110.-132.

SCHMÄDEL, D.v.: Die Arztpraxis als Quelle nonverbaler Signale. *Teil I*. In: Der Allgemeinarzt 1997a, 17, S. 1602-1612.

SCHMÄDEL, D.v.: Die Arztpraxis als Quelle nonverbaler Signale. *Teil II*. In: Der Allgemeinarzt 1997b, 18, S. 1724-1728.

SCHMALEN, H.: Fragebogen und Gewinnanreiz. In: Marketing ZfP 1989, Heft 3, S. 187-193.

SCHMEISSER, U. et al.: Psychoedukation bei Sucht und Psychose – *Evaluation der Patientenzufriedenheit mit einer Kurzintervention in der Phase der stationären Entzugsbehandlung*. In: Nervenheilkunde 2008, 27, S. 26-27.

SCHMLING-KLUDAS, C.: Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag, Weinheim 1988.

SCHMLING-KLUDAS, C.: Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis – *Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1995, 45, S. 193-201.

SCHMLING-KLUDAS, C. / KOCH, U. & HAGENBUCH, F.: Die psychosoziale Lage internistischer Patienten nach der Aufnahme im Krankenhaus – *Eine erste Bestandsaufnahme*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1989, 39, S. 75-83.

SCHMLING-KLUDAS, C. et al.: Psychosoziale Belastungen nach der Krankenhausaufnahme – *Ein Vergleich internistischer und chirurgischer Patienten*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1991, 41, 257-266.

SCHMÖLDERS, C.: Hitlers Gesicht. *Eine physiognomische Studie*, München 2000.

SCHMOHR, M. & BIERHOFF, H.-W.: Sozialer Austausch. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 717-726.

SCHLAGENHAUFER, R.: Der mündige Patient nur eine Fiktion der deutschen Rechtssprechung? Aachen 1996.

SCHLEGEL, F.: Die Unzufriedene. In: Ders., Dichtungen, München 1962, S. 209-210.

SCHLEGEL, J.A.: Der Unzufriedene. In: Ders., Vermischte Gedichte, Hannover 1787.

SCHMID, R. et al.: "Nutzerorientierung" in der stationär-psychiatrischen Versorgung: *Die Perspektive der Angehörigen*. In: Psychiatrische Praxis 2004, 31, S. 117-119.

SCHMID, R. et al.: Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. *Literaturübersicht und eigene Ergebnisse*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2003, 71, S. 118-128.

SCHMID, S.: Freiheit heilt. *Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien*, Berlin 1977.

SCHMID, W.: Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. *Die Frage nach dem Grund und der Neubegründung der Ethik bei Foucault*, Frankfurt/M. 1991.

SCHMID, W.: Selbstsorge. *Zur Biographie eines Begriffs*. In: ENDREß, M. (Hrsg.), Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. *Für Hans Krämer*, Frankfurt/M. 1995.

SCHMID, W.: Philosophie der Lebenskunst. *Eine Grundlegung*, Frankfurt/M. 1998.

SCHMID, W.: Die Geburt der Philosophie im Garten der Lüste. *Michel Foucaults Archäologie des platonischen Eros*, Frankfurt/M. 2000a.

SCHMID, W.: Schönes Leben? *Einführung in die Lebenskunst*, Frankfurt/M. 2000b.

SCHMID MAST, M. / KINDLIMANN, A. & HORNUNG, R.: Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: *Vom kleinen, aber feinen Unterschied*. In: Praxis Bern 2004, 93, S. 1183-1188.

SCHMID MAST, M. & DIETZ, C.: Kommunikation in der Sprechstunde. In: Managed Care 2005, 7/8, S. 22-24.

SCHMID MAST, M. et al.: Physician Gender Affects: *How Physician Nonverbal Behaviour is related to Patient Satisfaction?* In: Medical Care 2008, 46, S. 1212-1218.

SCHMIED, K. & ERNST, K.: Isolierung und Zwangsinjektionen im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1983, 3, S. 211-222.

SCHMIEDEBACH, H.-P.: Eine „antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende. In: DINGES, M. (Hrsg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933), Stuttgart 1996, S. 127-159.

SCHMIEDEBACH, H.-P.: „Zerquälte Ergebnisse einer Dichterseele" – *Literarische Kritik, Psychiatrie und Öffentlichkeit um 1900*. In: FANGERAU, H. & NOLTE, K. (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – *Legitimation und Kritik*, Stuttgart 2006, S. 259-281.

SCHMIDT, C.: Patientenzufriedenheit – *Ein potentieller Eckpfeiler des Krankenhausmanagements.* In: Deutsch Medizinische Wochenschrift 2009, 134, S. 1151-1156.

SCHMIDT, H.: Die Patientenbibliothek – *Ein Beitrag zur Humanität des Krankenhauses.* In: DEUTSCHES BIBLIOTHEKSINSTITUT (Hrsg.), Die Patientenbibliothek. *Ein Beitrag zur Humanität im Krankenhaus. Referate einer Fortbildungstagung des Deutschen Bibliotheksinstituts Mai 1981*, Berlin 1982, S. 7-8.

SCHMID, H.G.: Geschlossene Abteilung. *Tagebuch aus der Langzeit-Psychiatrie*, Basel 1992.

SCHMIDT, P. et al.: Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung – *Prädikatoren des Behandlungserfolgs.* In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2009, 77, S. 451-456.

SCHMIDT, S.: Märchen – Schule der Unzufriedenheit? In: wespennest. *zeitschrift für brauchbare texte und bilder* 1989, 40.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Emotionspsychologie, Stuttgart 1981.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Ausdruckserscheinungen. In: EULER, H.A. & MANDL, H. (Hrsg.), Emotionspsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, München 1983, S. 28-35.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Zur umgangssprachlichen Ähnlichkeit von Emotionswörtern. In: Psychologische Beiträge 1987, 29, S. 140-163.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Affect and cognition: *On the chronological order of stimulus evaluation and emotion.* In: FIEDLER, K. & FORGAS, J.P. (Hrsg.), Affect, cognition and social behaviour: *New evidence and integrative attempts*, Toronto 1988, S. 153-164.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Ein Fragebogen zur Erfassung emotional relevanter Alltagsereignisse. In: Diagnostica 1989, 35, S. 354-358.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Die Entstehung von Gefühlen: *Vom Auslöser zur Mitteilung,* Berlin 1993.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Mimischer Ausdruck und Emotionen aus psychologischer Sicht. In: DEBUS, G. / ERMANN, G. & KALLUS, K.W. (Hrsg.), Biopsychologie von Streß und emotionale Reaktionen: *Ansätze interdisziplinärer Forschung*, Göttingen 1995, S. 53-66.

SCHMIDT-ATZERT, L.: Lehrbuch der Emotionspsychologie, Köln 1996.

SCHMIDT-ATZERT, L. & STRÖHM, W.: Ein Beitrag zur Taxonomie der Emotionswörter. In: Psychologische Beiträge 1983, 25, S. 126-141.

SCHMIDT, C. et al.: Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. *Stellenwert, Methoden und Besonderheiten.* In: Deutsche Medizinische Wochenschau 2003, 128, S. 619-624.

SCHMIDT, H.D. / BRUNNER, E.J. & SCHMIDT-MUMMENDEY, A.: Soziale Einstellungen, München 1975.

SCHMIDT, J. / LAMPRECHT, F. & WITTMANN, W.W.: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. *Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 1989, 39, S. 248-255.

SCHMIDT, J. et al.: Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. *Zusammenhänge mit Behandlung- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung.* In: LAMPRECHT, F. & JOHEN, R. (Hrsg.), Salutogenese. *Ein neues Konzept in der Psychosomatik*?, Frankfurt/M. 1994, S. 271-283.

SCHMIDT, J. / LAMPRECHT, F. & WITTMANN, W.W.: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. In: VDR (Hrsg.), DRV-Schriften, Bd. 12, Frankfurt/M. 1999, S. 347-348.

SCHMIDT, J.: Erfahrungen mit dem ZUF-8. Vortrag, Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen, Titel: „Patienten- und Mitarbeiterbefragungen in der Rehabilitation. Bad Säckingen, 01./02. Juli 1999.

SCHMIDT, J. & NÜBLING, R.: ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: BRÄHLER, E. & SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Göttingen 2002a, S. 392-396.

SCHMIDT, K.: Behandlungserwartungen psychiatrischer Patienten an Psychotherapie und Pharmakotherapie, Frankfurt/M. 1990.

SCHMIDT, K.: Mystery Shopping. *Leistungsfähigkeit eines Instruments zur Messung der Dienstleistungsqualität,* Wiesbaden 2007.

SCHMIDT, K. & KLEINBECK, U.: Beziehungen zwischen intrinsischen und extrinsischen Anreizfaktoren der Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In: Psychologie und Praxis 1983, 27, S. 79-86.

SCHMIDT, L.R.: Zur »Befreiung« psychiatrischer Patienten in Deutschland. In: Report Psychologie 1994, 19, H. 5-6, S. 14-21.

SCHMIDT, L.R.: Öffnung! *Für eine Veränderung des psychiatrischen Systems und des psychologischen Rollenverständnisses.* In: WERNER, W. (Hrsg.), Auflösung ist machbar. *Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung*, Bonn 1998, S. 107-119.

SCHMIDT, L.R.: Auflösung des Landeskrankenhauses Merzig und Öffnung aller psychiatrischen Stationen: *Die Sicht des Psychologen.* In: WOLLSCHLÄGER, M. (Hrsg.), Sozialpsychiatrie. *Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven*, Tübingen 2001.

SCHMIDT, L.R.: Verändert die Psychiatriereform die psychiatrischen Stationen? In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Psychiatrie auf dem Weg – *Von der Anstalt zum Menschen*, Lengerich 2004, S. 65-88.

SCHMIDT, L.R.: Eine andere Psychiatrie … Vorwort. In: KRISOR, M., Aufgehoben in der Gemeinde. *Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie*, Bonn 2005, S. 9-11.

SCHMIDT, L.R. et al.: Auswirkungen von Strukturreformen in der Psychiatrie auf die Lebensqualität (Stationsklima). In: LAUER, G. (Hrsg.), Lebensqualität in der Psychiatrie, Heidelberg 1997.

SCHMIDT, L.R. / WOLF, M. & FRIEDMANN, B.: Soziale Umwelten psychiatrischer Stationen unterschiedlicher Struktur: *Evaluation mit computergestützter Verhaltensbeobachtung.* In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2003, 35, S. 293-321.

SCHMIDT, R.: Basis-, Begeisterungs- und Leistungsfaktoren und deren Identifizierung bei einer direkten und indirekten Messung der Wichtigkeit von Zufriedenheitskriterien. *Dargestellt am Beispiel der krankenhausbezogenen Patientenzufriedenheit*, Arbeitsbericht Nr. 97/05, Aachen 1997.

SCHMIDT, R. & SATZINGER, W.: Befragung als „Monitor" des Beschwerdemanagements. *Zur Verwendung und Verwertung von Kurzfragebögen*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 123-128.

SCHMIDT, S.J.: Der radikale Konstruktivismus. *Ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs*. In: Ders. (Hrsg.), Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus, Frankfurt/M. 1966.

SCHMIDT, S.J.: Vom Text zum Literatursystem. *Skizze einer konstruktivistischen (empirischen) Literaturwissenschaft*. In: Carl Friedrich von Siemens Stiftung (Hrsg.): Einführung in den radikalen Konstruktivismus, München 2002.

SCHMIDT, S. & STRAUß, B.: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Teil1: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung*. In: Psychotherapeut 1996, 41, S. 139-150.

SCHMIDT, T.: Klassische Erwartungsnutzentheorie: *Status, Anwendbarkeit, Perspektiven*. In: DRUWE, U. & KUNZE, V. (Hrsg.), Handlungs- und Entscheidungstheorien, Opladen 1996, S. 42-55.

SCHMIDT, W.: Psychologische Bedingungen betrieblicher Fehlzeiten, Unfälle, Qualitätsmängel. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1976, 30, S. 234-239.

SCHMIDT-SALOMON, M.: Ist das Glück ein Heidenspaß? In: Psychologie heute 2007, H.5, S. 25-27.

SCHMIDT-ZADEL, R. / KUNZE, H. & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Die Zukunft hat begonnen. *Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Tagungsbericht Kassel, 03./04. Juni 2003.

SCHMIDTBAUER, W.: Wenn Patienten Therapeuten werden. In: Psychologie heute 1994, 4, S. 32-36.

SCHMIDTBAUER, W.: Hilflose Helfer. *Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*, 14. Aufl., Reinbek 2005.

SCHMIED, K. & ERNST, K.: Isolierung und Zwangsinjektion im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1983, 233, S. 211-222.

SCHMITT, A. & REHM, E.: Kundenorientierung als zufriedenheits-, erfolgs- und qualitätssichernde Haltung. In: Familiendynamik 2001, 26, S. 68-97.

SCHMITT-SCHÄFER, T.: Eine Sprache finden. *Hilfeplanungsinstrumente als Medium der Verständigung bei widerstreitenden Interessen*. In Kerbe 2004, 4, S. 30-33.

SCHMITZ, H.: System der Philosophie. *Dritter Band: Der Raum. Zweiter Teil: der Gefühlsraum,* Bonn 1969

SCHMITZ, I.: Familienfürsorge aus der Sicht von Klienten: *ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Einschätzung von familienbezogenen sozialen Diensten und der dort tätigen Sozialarbeiter aus der Perspektive der Nutzer*, Berlin 1984.

SCHMITZ, O.A.H.: Glück und Lebenskunst. In: Psychologische Rundschau 1930, 2, S. 233-238.

SCHMITZ-BUHL, S.M. / KRIEBEL, R. & PAAR, G.H.: Die Revision des Düsseldorfer Gruppenwirkfaktorenbogens von David-Osterkamp (WDO-GK). In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2004, 40, S. 22-46.

SCHMITZ-SCHERZER, R. et al.: Altenwohnheime, Personal und Bewohner – *Eine empirische Studie in der Stadt Braunschweig*, Stuttgart 1978.

SCHMOOK, R. et al.: Prospekttheorie. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band III: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien,* 2. Aufl., Bern 2002, S. 279-311.

SCHMUTTE, A.M.: Patientenbefragungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München. *Projektbericht*, München 1996.

SCHMUTTE, A.M.: Conjoint Analyse zur Ermittlung von Patientenpräferenzen im Krankenhaus, München 1997.

SCHNAPPER-ARNDT, G.: Hoher Taunus, Allensbach 1975.

SCHNEE, M.: Vertrauen in die Gesundheitsversorgung. In: BÖCKEN, J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006. *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh 2006, S. 171-186.

SCHNEE, M. & KIRCHNER, H.: Qualitätsmanagement und Zertifizierung. In: BÖCKEN, J. et al. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2005. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2005, S. 41-53.

SCHNEID, M.: Fragebogen schreiben mit Microsoft WORD für Windows Version 6.0. ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 1, Mannheim 1995.

SCHNEIDER, H.: Evaluierung der Patientenbetreuung an der Urologischen Universitätsklinik Mainz. Medizinische Dissertation, Mainz 1987.

SCHNEIDER, J. & SCHNEIDER-DÜKER, M.: Warum sollen eigentlich Persönlichkeitsfragebogen „schnell und zügig" beantwortet werden? *Ein Experiment zur Fragebogenbeantwortung mit und ohne Zeitdruck*. In: TENT, L. (Hrsg.), Erkennen – Wollen – Handeln. *Beiträge zur Allgemeinen und Angewandten Psychologie. Festschrift für Heinrich Düker zum 80. Geburtstag*, Göttingen 1981, S. 375-385.

SCHNEIDER, J. & SCHNEIDER-DÜKER, M.: Untersuchungen zum Beantwortungsprozeß bei psychodiagnostischen Fragebogen. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1977, 26 (2), S. 282-302.

SCHNEIDER, K.: Woran krankt es im Krankenhaus. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1988, 130, S. 20-24.

SCHNEIDER, N. et al.: Subjektive Therapiebeurteilungen jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen und deren Übereinstimmung mit Eltern- und Therapeutenbeurteilungen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2010, 38, S. 51-57.

SCHNEIDER, R.U.: Das Buch der verrückten Experimente, 2.Aufl., München 2006.

SCHNEIDER, S.: Jean Amery – *Geheimagent der Unzufriedenheit*. In: wespennest. *zeitschrift für brauchbare texte und bilder* 2004, 137, S. 95-98.

SCHNEIDER, S. et al.: Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. In: Suchttherapie 2002, 3, S. 29-34.

SCHNEIDER, U. & WIESER, S.: Der psychisch Kranke in den Massenmedien. In: LAUTER, H. & MAYER, J.-E. (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. *Tagung der Evangelischen Akademie Loccum Oktober 1970*, Stuttgart 1971, S. 38-42.

SCHNEIDER, U. & WIESNER, S.: Der psychisch Kranke in den Massenmedien. Ergebnisse einer systematischen Inhaltsanalyse. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1972, 50, S. 136-163.

SCHNEIDER, U. et al.: Wishes and Expectations of Alcoholic Patients concerning their Therapy. In: Alcohol & Alcoholism 2004, 39, S. 141-145.

SCHNEIDER, W.P.A.: Promised Incentives. *Zu den Auswirkungen materieller Anreize auf die Teilnahmebereitschaft an schriftlichen Befragungen*. In: planung & analyse 1995, 4, S. 73-75.

SCHNEIDER, W.: FMP – *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 128-131.

SCHNEIDER, W.: Kundenzufriedenheit. *Strategie – Messung – Management*, Landsberg am Lech 2000.

SCHNEIDER, W. et al.: Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. In: Der Nervenarzt 1999, 70, S. 240-249.

SCHNEIDER, W. et al.: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei Patienten mit Neurodermitis, Psoriasis und Urticaria. In: GIELER, U. / STANGIER, U. & BRÄHLER, E. (Hrsg.), Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie*, Göttingen 1993.

SCHNEIDER, W. et al.: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei Schmerzpatienten und depressiven Patienten. In: WAHL, R. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.), Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. *Psychologische Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle*, Köln 1994.

SCHNEIDER, W. / BASLER, H.-D. & BEISENHERZ, B.: Die Unterschiede bei der Krankheitsbewältigung: *Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten*. In: Psycho 1990, 16, S. 511-521.

SCHNEIDER, W. & KORNMEIER, M.: Kundenzufriedenheit. *Konzept –Messung – Management*, Bern 2006.

SCHNELL, M.W.: Der Patient als Kunde? *Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter*. In: Pflege und Gesellschaft 1999, 4, H.3, S. 65-68.

SCHNELL, R.: Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. *Ausmaß, Entwicklung und Ursachen*, Opladen 1997.

SCHNELL, R. / HILL, P.B. & ESSER, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung, 6. Aufl., München 1999.

SCHNELL, T. & BECKER, P.: LEBE – Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn, Göttingen 2007.

SCHNELLER, T. et al. (Hrsg.): Medizinische Psychologie III. *Die Integration psychologischer Konzepte in die Medizin*, Mainz 1980.

SCHNELLER, T. & WILDGRUBE, K.: Medizinisch-psychologische Interventionsmöglichkeiten im kurativen Bereich. In: SCHNELLER, T. et al. (Hrsg.): Medizinische Psychologie III. *Die Integration psychologischer Konzepte in die Medizin*, Mainz 1980, S. 66-139.

SCHOBER, O.: Wann ein Lächeln kein Lächeln mehr ist. *Das Rätsel der Körpersprache*. In: Psychologie heute 1991, 6, S. 28-34.

SCHOBER, T.: Humanität im Krankenhaus. In: Österreichische Krankenhauszeitung 1977, 18, S. 485-494.

SCHÖBER, P.: Organisatorische Gestaltung von Beschwerdemanagement-Systemen, Frankfurt/M. 1997.

SCHOECK, H.: Der Neid. *Eine Theorie der Gesellschaft*, Freiburg & München 1966.

SCHÖCK, I.: Interessen wahren, Rechte verwirklichen – Erfahrungen von Beschwerdestellen und PatientenfürsprecherInnen in Baden-Württemberg. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 350-358.

SCHÖL, R. & KÜSEBECK, H.W.: Behandlungserwartungen bei psychosomatischen Patienten und deren Behandlung in Poliklinik und Konsiliardienst. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1984, 30, S. 119-133.

SCHÖNAUER, A.: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit für die ambulante Behandlung, Berlin 2006.

SCHÖNLE, P.W.: Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. In: Rehabilitation 2003, 42, S. 261-268.

SCHÖNY, W. et al.: Psychiatrische Erkrankungen – *Therapie und therapeutische Einrichtungen im Lichte der öffentlichen Meinung*. In: KÜHNE, G.E. (Hrsg.), Aktuelle Aspekte der Psychiatrie. *Therapieoptimierung – Krisenintervention – Öffentlichkeitsarbeit*, Jena 1992, S. 229-235.

SCHÖTTKE, H. & WIEDL, K.H.: Der Stationsbeurteilungsbogen (SBB) bei Patienten eines Landeskrankenhauses. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990, 19, S. 61-66.

SCHÖTZAU, A. & PAPAOUŠEK, H.: Mütterliches Verhalten bei der Aufnahme von Blickkontakten mit Neugeborenen. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1977, 9, S. 231-239.

SCHOFIELD, W.: Psychotherapy: *the purchase of friendship*, New York 1964.

SCHOLZ, H.: Der Rückfall in die Alkoholabhängigkeit: *Auslösende Faktoren und Prävention*. In: Neuropsychiatrica Clinica 1983, 2, S. 209-211.

SCHOLZ, H. Kommunikation im Gesundheitswesen: *Handbuch zur Konfliktvermeidung*, Göttingen 1999.

SCHOLZ, R.C.: Über die Aussagekraft der ersten beiden Sitzungen für den Erfolg der Teilnahme an klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen. In: Zeitschrift für Personenorientierte Psychotherapie 1987, 6, S. 327-331.

SCHOLZEN, J. & BITTNER, T.: Die Lücke zwischen Marktforschung und Umsetzung schließen – aber wie? *Fünf Schritte zur Umsetzung von Kundenzufriedenheitsstudien*. In: der markt 2002, 41, S. 119-124.

SCHONAUER, K. & NAGEL, I.: Die Psychotherapeutin auf der Leinwand. In: Die Psychotherapeutin 1999, 10, S. 102-125.

SCHOPENHAUER, A.: Die Welt als Wille und Vorstellung I. In: Ders., Werke in fünf Bänden, Band I, Zürich 1988a.

SCHOPENHAUER, A.: Die Welt als Wille und Vorstellung II 1988b

SCHOPENHAUER, A.: Zur Physiognomik. In: Ders., *Parerga und Paralipomena*. Werke in fünf Bänden, Bd. II., Zürich 1988c, S. 543-550.

SCHOPENHAUER, A.: Aphorismen zur Lebensweisheit. In: Ders., *Parerga und Paralipomena*. Werke in fünf Bänden, Bd. II., Zürich 1988d, S. 311-483.

SCHOPENHAUER, A.: Die beiden Grundprobleme der Ethik. In: Ders., Kleinere Schriften. Werke in fünf Bänden, Bd. III, Zürich 1988e, S. 460-632.

SCHOPP, A.: Privatheit in der Pflege chirurgischer Patienten. *Sichtweisen der Patienten und der Pflegekräfte*. In: Pflegemagazin. *Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung* 2001, Heft 2.

SCHORS, R. & SODEMANN, U.: Typische Kombinationen von Zufriedenheit und ihre Beziehung zu Symptomatik, Diagnose und Therapieindikation. *Teil I: Verschiedene Bereiche der Zufriedenheit und ihre typischen Kombinationen*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1990a, 40, S. 8-14.

SCHORS, R. & SODEMANN, U.: Typische Kombinationen von Zufriedenheit und ihre Beziehung zu Symptomatik, Diagnose und Therapieindikation. *Teil II: Die Beziehung zwischen Zufriedenheit, Symptomatik und Indikation zur Psychotherapie*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1990b, 40, S. 15-21.

SCHOTT, H. & TÖLLE, R.: Geschichte der Psychiatrie. *Krankheitslehren – Irrwege – Behandlungsformen*, München 2006a.

SCHOTT, H. & TÖLLE, R.: Magna Charta der Psychiatrie: *Leben und Werk von Wilhelm Griesinger*. In Sozialpsychiatrische Informationen 2006b, 4, S. 2-9.

SCHRÄPLER, J.-P.: Response style and response set. *Eine Längsschnittuntersuchung zu den Zufriedenheits- und Einstellungsfragen im Sozi-ökonomischen Panel*, Berlin 1996.

SCHRADER, A.: Einführung in die empirische Sozialforschung, München 1994.

SCHRAMER, T.: Krankenpflege aus der Sicht des Patienten. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 1978, 6, S. 279-281.

SCHRAMM, K.: Methodische und personenbezogene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Tübingen 1999.

SCHRANK, S.: Fragen Sie Ihre Patienten – bevor es der MDK tut. *Kundenbefragung als Element der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege*, Hannover 2004.

SCHRAPPER, C. / RÖDLER, P. & DOHERR, S.: „Alles ganz normal?". *Eine Studie der Universität Koblenz zur Nutzerzufriedenheit und Qualitätssicherung in den Einrichtungen und Diensten der Stiftung Bethesda-St.Martin, gGmbH, Boppard*. Koblenz 2003.

SCHRAUTH, M. & ZIPFEL, S.: Vom Objekt zum Subjekt: *Compliance wird Concordance und Paternalismus zu Partizipation*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005, 55, S. 395-396.

SCHREDEL, M. et al.: Rückfallprognose bei alkoholabhängigen Männern anhand von Schlafparametern. In: Somnologie 1999, 3, S. 254-259.

SCHREIBER, K. & CLAUS, M.: Psychologische Komponenten der Befragung. *Folgerungen aus einem Methoden-Experiment*. In: planung & analyse 1983, 10, S. 11-13.

SCHREIBER, W.: Subjektorientierte Sozialpädagogik. *Zur Mehrperspektivität leiblicher Interaktion und sinnlicher Wahrnehmung,* Münster 1999.

SCHREIBER, W. / Dick, B. & KRIEG, J.-C.: Das Customer Driven Psychiatric Hospital: *Kundenorientierung als Grundprinzips stationärer psychiatrischer Versorgung*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001, 6, S. 179-186.

SCHREIBER, W. / HERPICH, S. & HADERSDORFER, H.: Der „Net Promoter Score" – *Ein innovatives Instrument zur Erfassung der Zufriedenheit psychiatrischer Patienten*. In: Nervenheilkunde 2008, 27, S. 122-123.

SCHREINER, M. & HEEMSKERK, J.J.: Probleme der Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter mit Hilfe des LSI-A. In: Zeitschrift für Gerontologie 1972, 6, S. 424-441.

SCHRENK, M.: Der Patient im Akkusativ. *Über das Arzt-Patient-Verhältnis in der sprachlosen Sprechstunde*. In: Psychiatrische Praxis 1976, 3, S. 144-152.

SCHRÖDER, A. / AHLSTRÖM, G. & CARSSON, B.W.: Patients' perceptions of the concept of the quality of care in psychiatric setting: *a phenomenographic study*. In: Journal of Clinical Nursing 2006, 15, S. 93-102.

SCHRÖDER, B. et al.: Sexuelle Unzufriedenheit und Qualität der Partnerschaft (*befriedigte Sexualität gleich gute Partnerschaft?*). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1994, 23, S. 178-187.

SCHRÖDER, C. et al.: Inhousebefragung zur Patientenzufriedenheit in einem Klinikum der Maximalversorgung – *Ein Praxisbericht*. In: Gesundheitswesen 2004, 66, S. 674-681.

SCHRÖDER, C. & BRÄHLER, E.: Nutzt die „Kundenorientierung" den Patienten? In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005, 55, S. 239-240.

SCHRÖDER, S.: Zur Formulierung von Testfragen zum Fragebogenaufbau. In: planung & analyse 1984, 11, S. 107-109.

SCHRÖDER, W.: Ohne Mitarbeiterorientierung keine Kundenorientierung. In: PAPMEHL, A. (Hrsg.), Absolute Customer Care, Wien 2002, S. 44-76.

SCHROFF, E.: Die unzufriedene Schneeflocke. In: Ders., Der Zaubertopf. *Märchen*, Luzern 1947.

SCHUBERT, M. et al.: Hohe Zufriedenheit der Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt 1995, 92(30), B 1514-1515.

SCHUBERT, M.: Rehabilitationserleben aus Sicht von Schlaganfall-Patienten. In: Das Gesundheitswesen 2005, 67, S. 578.

SCHUBERT, M. et al.: Rehabilitationserleben und Patientenautonomie aus Sicht von Schlaganfall-Betroffenen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006, 71, S. 66-74.

SCHUBMANN, R.M. et al.: Kardiologische Rehabilitation – *Erwartungen und Einschätzungen von Patienten.* In: Rehabilitation 2005, 44, S. 134-144.

SCHUCKIT, M.A. & HESSELBROCK, V.: Alcohol dependence and anxiety disorders: *what is the relationship?* In: Journal of American Psychiatry 1994, 151, S. 1723-1734.

SCHÜLE, W.: Wie nehmen wir Gesichter wahr? In: Psychologie heute 1977, 2, S. 44-50.

SCHÜLEIN, J.A.: „Asyle" – *Über Goffmans Analyse und Kritik sozialer Ausgrenzung und Kontrolle.* In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2007, 32, S. 32-52.

SCHÜTZ, A.: Das Problem der Relevanz, Frankfurt/M. 1971.

SCHÜTZ, A.: Begriffs- und Theoriebildung in den Sozialwissenschaften. In: Ders., Gesammelte Aufsätze, Bd. I, *Das Problem der sozialen Wirklichkeit*, Den Haag 1971a.

SCHÜTZ, A.: Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten. In: Ders., Gesammelte Aufsätze, Bd. I, *Das Problem der sozialen Wirklichkeit*, Den Haag 1971b.

SCHÜTZ, A.: Der gut informierte Bürger. In: Ders., Gesammelte Aufsätze, Bd. II., *Studien zur soziologischen Theorie*, Den Haag 1972a.

SCHÜTZ, A.: Don Quixote und das Problem der Realität. In: Ders., Gesammelte Aufsätze, Bd. II., *Studien zur soziologischen Theorie*, Den Haag 1972b.

SCHÜTZ, A.: Gemeinsam musizieren. In: Ders., Gesammelte Aufsätze, Bd. II., *Studien zur soziologischen Theorie*, Den Haag 1972c.

SCHÜTZ, A. / HERTEL, J. & HEINDL, A.: Positives Denken. In: AUHAGEN, A.E. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004, S. 16-32.

SCHÜTZ, A. & LUCKMANN, T.: Strukturen der Lebenswelt, Konstanz 2003.

SCHÜTZE, R.: Kundenzufriedenheit – *After-Sales-Marketing auf industriellen Märkten,* Wiesbaden 1992.

SCHÜTZWOHL, M & OLBRICH, R.: Patientenzufriedenheit mit stationärer Ergotherapie. *Zum Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.* In: Krankenhauspsychiatrie 2000, 11, S. 3-7.

SCHULTE, D. (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungen, Göttingen 1991.

SCHULTE, D.: Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1993, H. 4, S. 374-393.

SCHULTE, D.: Therapieplanung, Göttingen 1996.

SCHULTE, D.: Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2005, 34(3), S. 176-187.

SCHULTE, T. & HILDEBRAND, H.: DAK-Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser: *Zum Studiendesign, zu einigen Ergebnissen und weiteren Auswertungsmöglichkeiten*. In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 121-138.

SCHULTE, W.: Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1950, 18, S. 538-575.

SCHULTE, W.: Die Autorität des Psychiaters in Anstalt und Klinik. In: Studium Generale 1951, 4, S. 234-240.

SCHULTE, W.: "Unsere schärfste Waffe: *Zufriedene Patienten*". In: Zahnärztliche Mitteilungen 1980, 70, S. 1165-1172.

SCHULTE, W. & PLOEGER, A.: Psychotherapeut und psychotherapeutische Institution im Spiegel ihrer Kranken. In: Praxis der Psychotherapie 1962, 7, S. 144-157.

SCHULTE-KEMMA, G. / ARMBRUSTER, J. & KLUTA, R.: Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. *Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz*. In: Kerbe 2004, 4, S. 4-7.

SCHULTZE, C.: Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten. *Untersuchungen über die Einstellung des Kranken zur Unterbringung und zu Ärzten und Pflegepersonal unter besonderer Berücksichtigung seines sozialen Status*, Münster 1975.

SCHULTZ-ZHEDEN, W.: Das Auge – *Spiegel der Seele*, München 1992.

SCHULZ, H.: Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen bei Patienten mit Schizophrenie und Patienten mit affektiven Psychosen: *Ein Vergleich*, Erlangen-Nürnberg 1993.

SCHULZ, H. / NÜBLING, R. & RÜDDEL, H.: Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. In: Verhaltenstherapie 1995, 5, S. 89-95.

SCHULZ, M.: Zur Messung von Outcome-Kriterien im Bereich der psychiatrischen Pflege – *Möglichkeiten, Grenzen und methodische Probleme*. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 339-342.

SCHULZ, M. / WINKLER, K. & SCHRÖDER, A.: Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulant durchgeführter Psychotherapie. In: Report Psychologie 1999, 24, S. 266-271.

SCHULZ, R.: Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. In: Journal of Personality and Social Psychology 1976, 33, S. 563-573.

SCHULZ, R. & HANUSA, B.H.: Long-Term Effects of Control and Predictability-Enhancing Interventions: *Findings and Ethical Issues*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1978, 36, S. 1194-1201.

SCHULZE, G.: Die Erlebnisgesellschaft. *Kultursoziologie der Gegenwart*, 2. Aufl., Frankfurt/M. und New York 2005.

SCHULZE, H.: Evaluierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Patientenperspektive, Halle-Wittenberg 2001.

SCHUMACHER, J. / LAUBACH, W. & BRÄHLER, E.: Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? *Soziodemographische und psychologische Prädikatoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1995, 4, S. 17-26.

SCHUMACHER, J. / WILZ, G. & BRÄHLER, E.: Zum Einfluss dispositioneller Bewältigungsressourcen auf Körperbeschwerden und Lebenszufriedenheit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1997, 30, S. 338-347.

SCHUMACHER, J. et al.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstitution einer Kurzskala*. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 2000, 50, S. 472-482.

SCHUMACHER, J. / KLAIBERG, A. & BRÄHLER, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen 2003.

SCHUMACHER, J. et al.: Die Resilienzskala. *Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 2005, 53, S. 16-39.

SCHUMANN, A.: Patientenzufriedenheit als Teil des internen Qualitätsmanagements in der Unfallchirurgie – *Patientenbefragung als Instrument zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit mit dem stationären Umfeld*. Regensburg 2000.

SCHUPETA, E. & Hildebrandt, H. (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK*, Sankt Augustin 1999.

SCHWAB, R.: Einsamkeit. In: SCHORR, A. (Hrsg.), Handwörterbuch der Angewandten Psychologie. *Die Angewandte Psychologie in Schlüsselbegriffen*, Bonn 1993, S. 148-151.
SCHWAB, E.: Einsamkeit: *Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik*, Bern 1997.

SCHWAB, R. / KÖNIG, R. & WEIß, K.H.: Einstellungen zu psychischer Gestörtheit und Psychotherapie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978, 7, S. 194-206.

SCHWAB, R. & BARKMANN, C.: Räumliches Alleinsein im Alltag: *Zur Bedeutung des Alleinseins für die seelische Gesundheit*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1999, 47, S. 141-154.

SCHWARTZ, B.: Anleitung zur Unzufriedenheit. *Warum weniger glücklicher macht*, Berlin 2006.

SCHWARTZ, B. et al.: Maximizing versus Satisficing: *Happiness is a Metter of Choice*. In: Journal of Personality and Social Psychology 2002, 83, S. 1178-1197.

SCHWARTZ, C.E & SENDOR, M.: Helping others helps oneself: *Response shif effects in peer support*. In: Social Scince and Medicine 1999, 48, S. 1563-1575.

SCHWARTZ, H.-J.: Bedingungen des Behandlungseffekts in Anfangsgesprächen, Hamburg 1975.

SCHWARTZ, H.J. et al.: Prozessmerkmale in psychotherapeutischen Anfangsgesprächen: *Eine Analyse neuer Merkmalskonzepte*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978, 7, S. 65-71.

SCHWARTZ, H.J. & ECKERT, J.: Zwei Arbeiten zur Prozessforschung: *Ergebnisse und Implikationen*. In: JANKOWSKI, P. et al. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976, S. 110-116.

SCHWARZ, C. & RABINOVITZ, S.: Life satisfaction of people with intellectual disability living in community residences: *perceptions of the residents, their parents and staff members*. In: Journal of Intellectual Disability Research 2003, 47, S. 75-84.

SCHWARZ, H.: Umweltpsychologische Untersuchung über den Einfluß der räumlichen Umgebung auf das Verhalten stationärer psychiatrischer Patienten, München 1980.

SCHWARZ, L.A.: Social situation pictures in the psychiatric interview. In: American Journal of Orthopsychiatry 1932, 2, S. 124-133.

SCHWARZ, M. et al.: Using Focus Group to Asses Primary Care Patients' Satisfaction. In: Evaluation & the Health Professions 2000, 23, S. 58-71.

SCHWARZ, N.: Homo Heuristicus: *Zur Psychologie des kognitiven Geizhalses*. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1982, 13, S. 343-347.

SCHWARZ, N.: Affekt und Informationsverarbeitung. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, München 1983a, S. 101-114.

SCHWARZ, N.: Urteilsheuristiken und Entscheidungsverhalten. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, München 1983b, S. 356-360.

SCHWARZ, N.: Stimmung als Information: *Zum Einfluss von Stimmungen auf die Beurteilung des eigenen Lebens*. In: LUERS, G. (Hrsg.), Bericht über den 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mainz 1982, Göttingen 1983c, Band 1, S. 425-427.

SCHWARZ, N.: Stimmung als Information: *Untersuchungen zum Einfluss von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens*, Heidelberg 1987.

SCHWARZ, N.: Was Befragte aus Antwortvorgaben lernen: *Zur informativen Funktion von Antwortvorgaben bei Verhaltensfragen*. In: planung & analyse 1988a, 3, S. 103-107.

SCHWARZ, N.: Stimmung als Information. *Zum Einfluss von Stimmungen auf evaluative Urteile*. In: Psychologische Rundschau 1988b, 39, S. 148-159.

SCHWARZ, N.: In welcher Reihenfolge fragen? *Kontexteffekte in standardisierten Befragungen*. ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 16, Mannheim 1991a.

SCHWARZ, N.: Assimilation und Kontrast in der Urteilsbildung: *Implikationen für Fragereihenfolgeeffekte*. In: ZUMA-Nachrichten 1991b, Nr. 29, S. 70-86.

SCHWARZ, N. & CLORE, G.C.: Mood attribution, and judgements of well-being: *Informative and sirective functions of affective states*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1983, 45, S. 513-533.

SCHWARZ, N. et al.: Soccer, rooms and the quality of your life: *Mood effects on judgements of satisfaction with life in general and with specific life-domains*. In: European Journal of Social Psychology 1987, 17, S. 69-79.

SCHWARZ, N. / HIPPLER, H.-J. & STRACK, F.: Kognition und Umfrageforschung: *Themen, Ergebnisse und Perspektiven*. In: ZUMA-Nachrichten 1988, 22, S. 15-28.

SCHWARZ, N. / HIPPLER, H.-J. & NOELLE-NEUMANN, E.: Einflüsse der Reihenfolge von Antwortvorgaben bei geschlossenen Fragen. In: ZUMA-Nachrichten 1989, 25, S. 24-38.

SCHWARZ, N. et al.: Response scales: *Effects of category range on reported behaviour and subsequent judgements*. In: Public Opinion Quarterly 1985, 49, S. 1460-1469.

SCHWARZ, N. & WÄNKE, M.: Monadisch testen: ja oder nein? *Kognitionspsychologische Aspekte der Kontrolle interner und externer Einflüsse*. In: planung & analyse 1989, 3, S. 93-97.

SCHWARZ, N. / STRACK, F. & HIPPLER, H.-J.: Kognitionspsychologie und Umfrageforschung: *Themen und Befunde eines interdisziplinären Forschungsgebietes*. In: Psychologische Rundschau 1991, 42, S. 174-186.

SCHWARZ, N. & SCHEURING, B.: Selbstberichtete Verhaltens- und Symptomhäufigkeiten. *Was Befragte aus Antwortvorgaben des Fragebogens lernen*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1992, 11, S. 197-208.

SCHWARZ, N. & HIPPLER, H.-J.: Umfragemethoden. In: GOEBEL, H. et al. (Hrsg.), Kontaktlinguistik – Contact Linguistics – Linguistique de contact. *Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*, Berlin und New York 1996, S. 726-733.

SCHWARZ, N. & BLESS, H.: Konzeptgesteuerte Informationsverarbeitung. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie, Bern 2002, S. 257-278.

SCHWARZ, N. & KNÄUPER, B.: Kognitionspsychologie und Umfrageforschung: *Altersabhängige Kontexteffekte*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2004, 44, S. 203-216.

SCHWARZER, R.: Measurement of perceived self-efficacy. *Psychometric scales for cross-cultural research*, Berlin 1992.

SCHWARZER, R.: Optimistische Kompetenzerwartung: *Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource*. In: Diagnostica 1994, 40, S. 105-123.

SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M.: Generalized Self-Efficacy Scale. In: WEINMAN, J. / WRIGHT, S. & JOHNSTEIN, M. (Hrsg.), Measures in health psychology: *A user's portfolio. Causal and control beliefs*, Windsor 1995, S. 35-37.

SCHWARZER, R.: SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 362-365

SCHWARZER, R.: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. *Einführung in die Gesundheitspsychologie*, 3. Aufl., Göttingen 2004.

SCHWARZER, R.: SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.
URL:http://www.zpid.de/pub/tests.pt_1003.pdf
[Stand 23.08.2007]

SCHWATLO, U.: Untersuchung der Arbeitszufriedenheit bei einem Unternehmen der Druckindustrie. In: Problem und Entscheidung 1977, 19, S. 59-91.

SCHWEDIAUER, K.: Alltag in Steinhof. *Leben in einer psychiatrischen Großanstalt*, Wien 1984.

SCHWEER,M.K.W. & THIES, B.: Vertrauen. In: AUHAGEN, A.E. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004, S. 125-138.

SCHWEISHEIMER, W.: Wie zufrieden ist der Patient mit seinem Arzt? In: Materia Medica Nordmark 1975, 27, S. 158-160.

SCHWEISHEIMER, W.: Die 10 Hauptklagen des Krankenhauspatienten (Bericht aus den USA). In: Veska – Schweizer Spitalzeitschrift 1980, 44, S. 73-74.

SCHWEITZER, J.: Kundenorientierung als systematische Dienstleistungsphilosophie. In: Familiendynamik 1995, S. 292-313.

SCHWEITZER, J. / NICOLAI, E. & HIRSCHENBERGER, N.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. *Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen*, Göttingen 2005.

SCHWEIZER, K. / SCHNEIDER, R.& BECK-SEYFFER, A.: Personaler und Sozialer Optimismus. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 2001, 22(1), S. 13-24.

SCHWENDIGER, K. / BARTMANN, U. & STOTZ, H.P.: Qualität der Betreuung von psychisch kranken Patienten durch Betreuer. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2003, 1, S. 30-35.

SCHWER, H.: Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten und der Besucher. In: Krankenhaus Umschau 1986, 55, S. 165-170.

SCHWIERSCH, M. et al.: Subjektive Erlebnisse und Erfahrungen während stationärer Rehabilitation. *Ergebnisse einer Studie zur Erlebniswelt von onkologischen Patienten*. In: Prävention und Rehabilitation 1996, 8, S. 1-9.

SCHWITZKE, S.: Bedeutung und Messung von Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, Münster 2002.

SCHWOCH, R.: Eduard August Schröder – *ein Protagonist der Psychiatriekritik um 1900*. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 2007, 13, S. 207-232.

SCHWOCH, R.: Ernst F. Müller contra Carl Wernicke – *Eine psychiatriekritische Auseinandersetzung um 1900*. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 2008, 14, S. 171-198.

SCHWOCH, R. & SCHMIEDEBACH, H.-P.: "Querulantenwahnsinn", Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900. In: Medizinhistorisches Journal 2007, 42, S. 30-60.

SCHWOON, D.R.: Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, Bonn 2004.

SCHWOWALTER, M. et al.: Stationäre Rehabilitation chronisch kranker Jugendlicher – *Anforderungen an die Rehabilitationsmaßnahme und deren Evaluation aus Sicht der Jugendlichen, ihrer Eltern und behandelnden Ärzte*. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2005, 68, S. 12-18.

SCITOVSKY, T.: Psychologie des Wohlstandes. *Die Bedürfnisse des Menschen und der Bedarf des Verbrauchers*, Frankfurt/M. 1989.

SCOBEL, G.: Weisheit: *Über das, was uns fehlt*, Köln 2008.

SCOPE, A.: Zufriedenheit als Evaluationskriterium von Psychopharmakatherapie, Salzburg 2001.

SCOPE, A. & BAUMANN, U.: Patientenzufriedenheit mit Psychopharmakotherapie. *Generierung und Überprüfung multivariater Erklärungsmodelle*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2004, 33(3), S. 218-229.

SCOTT, A. & SMITH, R.D.: Keeping the customer satisfied: *Issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys*. In: International Journal of Quality in Health Care 1994, 6, S. 353-359.

SCULL. A.T.: Die Anstalten öffnen? *Decarceration der Irren und Häftlinge*, Frankfurt/M. 1980.

SCZESNY, S. & THAU, S.: Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: *Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten*. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2004, 48, S. 17-24.

SECHEHAYE, M.: Tagebuch einer Schizophrenen, Frankfurt/M. 1974.

SEDLÁČEK, K. & SYCHRA, A.: Die Melodie als Faktor des emotionellen Ausdrucks. In: Folia Phonatrica 1963, 15, S. 89-98.

SEE, H.: Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? *Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin*, Reinbek 1973a.

SEE, H.: Mitbestimmung im Klassenlosen Krankenhaus – *Das Hanauer Modell*. In: VILMAR, F. (Hrsg.), Strategien der Demokratisierung,. *Band II: Modelle der Praxis*, Darmstadt und Neuwied 1973b, S. 319-322.

SEE, H.: Die Reform des Gesundheitswesens und das Klassenlose Krankenhaus. In: CRAMER, M. & GOTTWALD, P. (Hrsg.), Verhaltenstherapie in der Diskussion – *Gesundheitspolitische und grundlagentheoretische Standpunkte*. München 1973.

SEE, H.: Am Sessel gesägt – *Das klassenlose Krankenhaus oder Von der normativen Kraft des Utopischen*. In: Demokratisches Gesundheitswesen 1988, Nr. 11.

SEEL, M.: Versuch über die Formen des Glücks, Frankfurt/M. 1995.

SEEL, M.: Freie Weltbegegnung. In: STEINFARTH, H. (Hrsg.), Was ist ein gutes Leben? *Philosophische Betrachtungen*, Frankfurt/M. 1998, S. 275-296.

SEEL, M.: Kleine Phänomenologie des Lassens. In: Merkur 2002, 56, S. 149-154.

SEEL, M.: Paradoxien der Erfüllung. *Warum das Glück nicht hält, was es verspricht*. In: SCHÖTTKER, D. (Hrsg.), Philosophie der Freude, Leipzig 2003, S. 198-207.

SEEL, M.: Paradoxien der Erfüllung. In: NEIMAN, S. & KROß, M. (Hrsg.), Zum Glück, Berlin 2005, S. 237-246.

SEEL, M.: Paradoxien der Erfüllung. In: Ders., Paradoxien der Erfüllung. *Philosophische Essays*, Frankfurt/M. 2006, S. 27-43.

SEELIG, C.: Wanderungen mit Robert Walser, Frankfurt/M. 1977.

SEEMANN,H.-J.: Zur Typologie des Wartens. In: Psychologie heute 1988, H. 7, S. 42-45.

SEGLEKE, V.: Wichtige Aspekte zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. *Analyse einer Fragebogenuntersuchung*, Aachen 1997.

SEIBERT, U.: Unterstützungspotenziale in Selbsthilfegruppen von Psychiatrie-Erfahrenen. In: GEISLINGER, R. (Hrsg.), Experten in eigner Sache. *Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe*, München 1998, S. 161-176.

SEIBERT, U.: Die »Nutzer-Orientierung« in der Psychiatrie – *ein Paradigmawechsel hin zum Empowerment?* In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001, S. 20-29.

SEIBT, M.: 6 Forderungen (Wünsche) des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. In: Psychosoziale Umschau 1996, 11(1), S. VI.

SEIDENSTÜCKER, E. & SEIDENSTÜCKER, G.: Interviewforschung: *allgemeiner Teil*. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (Hrsg.), Klinische Psychologie II. Methoden, Ergebnisse und Probleme der Forschung, Bern u.a. 1980, S. 377-402.

SEIDL, E. & WALTER, I.: Angst oder Information im Krankenhaus. *Interaktionsprobleme zwischen Patienten, Ärzten und Pflegepersonal*, Wien-München-Bern 1979.

SEIFERT, M.: Wie lebt es sich in Wohngemeinschaften? Eine Nutzerbefragung in Berlin. In: Geistige Behinderung 2006, 45, S. 200-212.

SEIKKULA, J.: Offener Dialog mobilisiert selbst bei schwierigen Patienten die verborgenen Ressourcen. In: GREVE, N. & KELLER, T. (Hrsg.), Systemische Praxis in der Psychiatrie, Heidelberg 2002, S. 141-163.

SEIKKULA, J. Wenn der Dialog zur Behandlung wird – *Grundlagen des Gesprächs und Optimierung der Therapieversammlung*. In: ADERHOLD, V. et al. (Hrsg.), Psychotherapie der Psychosen. *Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*, Gießen 2003, S. 197-212.

SEIKKULA, J. / ALAKARE, B. & AALTONEN, J.: Offener Dialog in der Psychosebehandlung – Prinzipien und Forschungsergebnisse des West- Lapplandprojekts. In: ADERHOLD, V. / ALANEN, Y. / HESS, G. & HOHN, P. (Hrsg.), Psychotherapie der Psychosen. *Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*, Gießen 2003, S. 89-102.

SEIKULA, J. & ALAKARE, B.: Offene Dialoge. In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, S. 234-249.

SEIKULA, J. & ARNKIL, T.E.: Dialoge im Netzwerk. *Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*, Neumünster 2007.

SEILER, M.: Umweltpsychologischer Ansatz einer nutzerorientierten Bewertung der Krankenhausumwelt, Heidelberg 1990.

SEILHEIMER, C. / HERRMANN, A. & HUBER, F.: Kundenzufriedenheit im Lichte des Regret. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 2002, H.2, S. 80-84.

SEIPEL, C. & RIEKER, P.: Integrative Sozialforschung. *Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung*, Weinheim und München 2003.

SEITZ, O. & SEITZ, D.: Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. *Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven.* Herbolzheim 2002.

SELBMANN, H.-K.: DIN ISO, EFQM, KTQ und andere Verfahren zur Qualitätsbewertung – *eine Übersicht*. In: Das Krankenhaus 2000, 92, H.8, S. 632-630.

SELBMANN, H.-K.: Geleitwort. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 11-12.

SELIGMAN, M.: Todesursache: *Selbstaufgabe*. In: Psychologie heute 1976, H. 7, S. 20-26.

SELIGMAN, M.: Erlernte Hilflosigkeit, 3. Aufl., München 1986.

SELIGMAN, M.: The effectiveness of psychotherapy. In: American Psychologist 1995, 50, S. 965-974.

SELIGMAN, M.: Die Effektivität von Psychotherapie. *Die Consumer Report-Studie.* In: Integrative Therapie 1996,22, S. 264-287.

SELIGMAN, M.: Der Glücks-Faktor. *Warum Optimisten länger leben*, 2.Aufl., Bergisch Gladbach 2005.

SELIGMAN, M. et al.: Positive psychology progress: *empirical validation of interventions*. In: American Psychologist 2005, 60, 410-421.

SELMAN, R. L.: Die Entwicklung des sozialen Verstehens. *Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen*, Frankfurt/M. 1984.

SELMAN, R. L.: Sozial-kognitives Verständnis. *Ein Weg zu pädagogischer und klinischer Praxis.* In: GEULEN, D. (Hrsg.), Perspektivenübernahme und soziales Handeln. *Texte zur sozial-kognitiven Entwicklung*, Frankfurt/M. 1982, S. 223-256.

SELMAN, R. L. / DEMOREST, A. P. & KRUPA, M. P.: Interpersonale Verhandlungen. *Eine entwicklungstheoretische Analyse.* In: EDELSTEIN, W. & HABERMAS, J. (Hrsg.), Soziale Interaktion und soziales Verstehen. *Beiträge zur Entwicklung der Interaktionskompetenz*, Frankfurt/M. 1984, S. 113-166.

SELMAN, R. L. / LAVIN, D. R. & BRION-MEISELS, S.: Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion bei Kindern: *Forschungen zum refelxiven Verstehen und die Untersuchung praktischer Verständnisleistungen verhaltensgestörter Kinder*. In: EDELSTEIN, W. & KELLER,M. (Hrsg.), Perspektivität und Interpretation. *Beiträge zur Entwicklung des sozialen Verstehens,* Frankfurt/M. 1982, S. 375-421.

SELMAN, R. L. & BYRNE, D.F.: Stufen der Rollenübernahme in der mittleren Kindheit – eine entwicklungslogische Analyse. In: DÖBERT, R. / HABERMAS, J. & NUMMER-WINKLER, G. (Hrsg.), Entwicklung des Ichs, 2. Aufl., Athenäum 1980, S. 109-114.

SELSINA, W.: Vorwort. In: KNERR, A.: Messung der Patientenzufriedenheit – *Eine systematische Übersicht über Aufbau und Gütekriterien von Erhebungsinstrumenten*, Halle 2005, S. III-IV.

SELTER, G.: Idee und Organisation des Konsumerismus – *Eine empirische Untersuchung der Konsumerismusbewegung in den USA*. In: HANSEN, U. et al. (Hrsg.), Marketing und Verbraucherpolitik, Stuttgart 1982, S. 22-42.

SEMMLER, W.: Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen. In: Krankenhauspsychiatrie 1998, 9, S. 120-124.

SENDAK, M.: HIGGELETI PIGGELTI POP! oder Es muss im Leben mehr als alles geben, Zürich 1967.

SENECA, L.A.: Vom glücklichen Leben, Stuttgart 1990.

SENECA, L.A.: An Lucilius. *Briefe über Ethik 1-69*. In: Ders, Philosophische Schriften, 3 Bd., 4. Aufl., Darmstadt 1999.

SENF, W.: Mitpatienten. In: BECKER, H. & SENF, W. (Hrsg.) Praxis der stationären Psychotherapie, Stuttgart 1988, S. 192-194.

SENF, W. & SCHNEIDER-GRAMANN, G.: Was hilft in der analytischen Psychotherapie? *Rückblicke ehemaliger Patienten.* In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse,* Berlin u.a. 1990, S. 31-53.

SENGE, K.: Was ist neu am Neo-Institutionalismus? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2007, 32, S. 42-65.

SENGE, K. & HELLMANN, K.-U. (Hrsg.): Einführung in den Neo-Institutionalismus, Wiesbaden 2006.

SENNEKAMP, W. & HAUTZUNGER, M.: Haben „optimistische" Depressive eine bessere Heilungschance als „pessimistische"? *Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Erfolgserwartung und Behandlungsergebnissen bei unipolar depressiven Patienten*. In: Verhaltenstherapie 1994, 4, S. 238-242.

SEPUCHA, K.R. et al.: Consulation planing to help breast cancer patients prepare for medical consultations: *Effect on communication and satisfaction for patient and physician.* In: Journal of Clinical Oncology 2002, 20, S. 2695-2700.

SERBER, E.R. / CRONAN, T.A. & WALEN, H.R.: Predicators of patient satisfaction and health care costs for patients with fibromyalgin. In: Psychology and Health 2003, 18, S. 771-787.

SERGES MEDIEN: Schule 99. *Grundstock des Wissens für die Sekundarstufe I und II,* Köln 1998.

SERRES, M.: Der Parasit, Frankfurt/M. 1981.

SEWALL, L.G. / GILLIN, J. & LE BAR, F.M.: Through the Patient's Eyes: *Hospital-Patient Attitudes*. In: Mental Hygiene 1955, 39, S. 284-292.

SEYFARTH-METZGER, I. et al.: Kinder im Krankenhaus. *Zur Methodik einer Kinder- und Elternbefragung*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 221-228.

SEYFARTH-METZGER, I. / SATZINGER, W. & LINDENMEYER, T.: Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements. *Ergebnisse aus zwei Untersuchungen am Schwabinger Krankenhaus*. In: Das Krankenhaus 1997, 89(12), S. 739-744.

SEYFARTH-METZGER, I. et al.: PatientInnen und Patienten als Kunden. Patientenbefragungen in den städtischen Krankenhäusern München. In: GQMG-Newsletters 1995, 2, S. 7-11.

SHAKESPEARE, W.: Othello, München 1999.

SHAPRIO, A.K.: The Placebo-Effect in the History of Medical Treatment. *Implications for Psychiatry*. In: American Journal of Psychiatry 1959, 116, S. 298-304.

SHAPRIO, A.K.: Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.C. (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behaviour change: *Empirical analysis*, New York 1971, S. 439-473.

SHAPRIO, R.S. et al.: A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. In: Archives of Internal Medicine 1989, 149, S. 2190-2196.

SHAVER, P.R. et al.: Emotion knowledge: *Further exploration of a prototype approach*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1987, 52, S. 1061-1086.

SHAW, C. et al.: Patient satisfaction with urodynamics: *a qualitative study*. In: Journal of Advanced Nursing 2000, 32, S. 1356-1363.

SHEATSLEY, P.B.: Die Kunst des Interviews. In: KÖNIG, R. (Hrsg.), Praktische Sozialforschung I. Das Interview. *Formen – Techniken – Auswertung*, Köln 1966, S. 125-142.

SHELTON, P.J.: Measuring and Improving Patient Satisfaction, Maryland 2000.

SHEPPARD, M.: Client satisfaction, brief intervention and social work skills. In: Social Work and Social Sciences Review 1992, 3, S. 124-150.

SHEPPARD, M.: Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. In: Journal of Advanced Nursing 1993, 18, S. 246-259.

SHERIF, M. & HOVLAND, C.I.: Social Judgment, New Haven 1961.

SHETH, J.N. & MITTAL, B.: A Framework for Managing Customer Expectations. In: Journal of Market Focused Management 1996, 1, S. 137-158.

SHIRK, S.R. & SAIZ, C.C.: Clinical, empirical and development perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Special Issue: Developmental approaches to prevention and intervention*. In: Development and Psychopathology 1992, 4, S. 713-728.

SIBITZ, I, et al.: Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: *professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch*. In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 128-134.

SIEBENEICK, S. / DÖRING, H. & LORENZ, C.: Parallelisierte Personal- und Patientenbefragung. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 325-335.

SIEBER, M.: Zur Erhöhung der Rücksendequote bei einer postalischen Befragung. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1979, 25, S. 334-340.

SIEBER, M. et al.: Erfassung der Patientenzufriedenheit bei stationär behandelten Alkoholabhängigen: *Entwicklung und Evaluation des "KLIZU-31"*. Bulletin der Forel Klinik 2001a. CH 8548 Ellikon an der Thur.

SIEBER, M.: Fragebogen über die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten in Suchteinrichtungen QuaTheDA-KzuF-44 im Rahmen des Projekts QuaTheDA. *Konzept und Instrument zur Pilotbefragung*, 2001b.

SIEBER, M. & RIEM, M.: Fragebogen über die Zufriedenheit der Klientinnen und Kienten in Suchteinrichtungen QuaTheDA-KzuF-44 im Rahmen des Projekts QuaTheDA. Schlußbericht zur Pilotbefragung, 2002.

SIEBER, M.: Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit von Klientinnen und Klienten in Suchteinrichtungen: *QuaTheSI-39 – Quality Therapy Satisfaction Instrument im Rahmen des Projekts QuaTheDA*, 2003, 1-15, www.quatheda.ch; Zugriff 13.9.2005

SIEBERT, W.: Geisteskrankheit, Hospitalisation und Therapie aus der Sicht der Patienten: *Eine Fragebogenuntersuchung*, München 1982.

SIEBRASSE, B.: Wem von Nutzen? In: Soziale Psychiatrie 1996, 20 (2), S. 10-12.

SIEG, S. (Hrsg.): Blick-Wechsel. *Horizonte des Heilens. Patientenwünsche und -wahrnehmungen*, Celle 2000.

SIEGRIST, J.: Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten. In: Zeitschrift für Soziologie 1972, 1, Heft 3, S. 271-280.

SIEGRIST, J.: Das Krankenhaus aus soziologischer Sicht. In: Themen der Krankenpflege 1972, 1, 1973, S. 236-271.

SIEGRIST, J.: Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: *Empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In:* BEGEMANN, H. (Hrsg.), Patient und Krankenhaus, München 1976a, S. 25-48.

SIEGRIST, J.: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Medizinische Klinik 1976b, 71, S. 1962-1966.

SIEGRIST, J.: Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1977, 4, S. 6-15.

SIEGRIST, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. *Vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern*, Stuttgart 1978.

SIEGRIST, J.: Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus. In: BECKMANN, D. / DAVIES-OSTERKAMP, S. & SCHEER, J.W. (Hrsg.), Medizinische Psychologie. Forschung für Klinik und Praxis, Berlin u.a. 1982a, S. 375-401.

SIEGRIST, J.: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: KÖHLE, K. & RASPE, H.H. (Hrsg.), Das Gespräch während der Visite. *Empirische Untersuchungen*, München u.a. 1982, S. 16-22.

SIEGRIST, J.: Seelsorge im Krankenhaus – *aus der Sicht der Krankenhaussoziologie*. In: KLESSMANN, M. (Hrsg.), Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen 1996, S. 28-39.

SIEGRIST, J.: Medizinische Soziologie, 6. Aufl., München 2005.

SIEGRIST, K.: Als klinische Soziologin in einer Herz-Kreislauf-Klinik. In: SÖLLNER, W. / WESIACK, W. & WURM, B. (Hrsg.), Sozio-psycho-somatik: *gesellschaftliche Entwicklungen und psychosomatische Medizin*, Berlin u.a. 1989, S. 90-96.

SIEGRIST, K. et al.: Fragen wir den Kunden. *Patientenzufriedenheit und Qualitätssicherung*. In: Psychiatrische Praxis 2002, 29, S. 201-206.

SIEMS, F. & RICHTER, M.: Erwartungsmanagement – *ein neuer Ansatz zum Management von Kundenbeziehungen*. In: Pidas-News 2007, H.1, S. 1-3.

SIERCK, U. & DANQUART, D. (Hrsg.), Der Pannwitzblick. *Wie Gewalt gegen Behinderte entsteht*, Hamburg 1993.

SIGLE, J. & VIETHEN, G.: KombiDox Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. *Elektronische Version. Anleitung für den praktischen Einsatz. Teil 3: Planung durch Durchführung einer Patientenbefragung.* URL:http://ql-recorder.com/document/manuals/win/ekombidox_anleitung_befragung_pdf [Stand 20.12.2008b]

SIGLE, J. & VIETHEN, G.: KombiDox Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Elektronische *Version. Anleitung für den praktischen Einsatz. Teil 4: Auswertung von Befragungsergebnissen.* URL:http://anquest.de/document/manuals/win/exkombidox_anleitung_auswertung_pdf [Stand 20.12.2008c]

SIGNORELLI, N.: The stigma of mental illness on television. In: Journal of Broadcasting and Electronic Media 1989, 33, S. 325-331.

SIRGY, J.M.: A Social Cognition Model of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction: *An Experiment*. In: Psychology and Marketing 1984, S. 27-44.

SIMMEL, E.: Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 1928, 14, S. 352-370.

SIMMEL, E. Alcohol and Addiction. In: Psychoanalytic Quarterly 1948, 17, S. 3-31.

SIMMEL, G.: Soziologie. *Untersuchungen über die Form der Vergesellschaftung*, Frankfurt/M. 1992

SIMON, A.: Compliance oder die Verantwortung des Patienten im Prozess der medizinischen Dienstleistung. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 2003, 49, S. 21-28.

SIMON, D.: Methoden zur Erfassung von Patientenbeteiligung.
URL:http://www.patient-als-partner.de/tagung2005/pdf/Vortrag_Simon.pdf
[Stand 10.06.2007]

SIMON, D. / LOH, A. & HÄRTER, M.: Messung der Partizipativen Entscheidungsfindung. In: HÄRTER, M. / LOH, A. & SPIES, C. (Hrsg.), Gemeinsam entscheiden erfolgreich behandeln – *Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*, Köln 2005a, S. 239-247.

SIMON, D. / LOH, A. & HÄRTER, M.: Validierung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB). In: Gesundheitswesen 2005b, 67 (7), S. 559.

SIMON, D. et al.: Validierung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB). In: Nervenarzt 2005c, 76, Suppl. 1, S. 368.

SIMON, D. & HÄRTER, M.: Variablen und Messverfahren zur Bewertung der Partizipativen Entscheidungsfindung.
URL:http://www.klinkum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/Kongress/D.SimonVariablenundMessver.pdf
[Stand 10.06.2007]

SIMON, D. / LOH, A. & HÄRTER, M.: Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. In: Rehabilitation 2008a, 47, S. 84-89.

SIMON, D. / LOH, A. & HÄRTNER, M.: Die Entwicklung von Instrumenten zur Förderung Partizipativer Entscheidungsfindung – *Rahmenkonzept und Messinstrumente.* In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2008b, 17, S. 149-159.

SIMON, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin und Leipzig 1929.

SIMON, H.: Zufriedenheit mit der Behandlungsmethode nach externer versus interner Kardioversion von Patienten mit chronischem Vorhofflimmern, eine prospektive, randomisierte Studie. Technische Universität München 2000.

SIMON, H. & HOMBURG, C.: Kundenzufriedenheit als strategischer Erfolgsfaktor. In: Ders.: Kundenzufriedenheit, Wiesbaden 1998, 17-32.

SIMON, H. & HOMBURG, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen,* 2. Aufl., Wiesbaden 1997.

SIMON, G.: Arbeit als Last und Medium der persönlichen Entfaltung. *Über die Bedeutung und Bewertung der Arbeit im Wandel gesellschaftlicher Entwicklung.* Vorlesung vor der Heinrich-Böll-Stiftung, Oktober 1999.
URL:http://dgb.de/themen/themen_a_2/abisz_doks/a/boell.pdf
[Stand 16.06.2008]

SIMON, M. & STROTZKA, H.: Eine empirische Untersuchung über die psychologischen Auswirkungen eines Spitalaufenthaltes bei Kindern. In: Österreichische Zeitschrift für Kinderheilkunde 1966, H.2.

SINGER, E.: Incentives for Survey Participation: *Rearch on Intended and Unitendend Consequences. Second Annual Wildenmann Lecture.* In: ZUMA-Nachrichten 1998, 42, S. 7-29.

SINGER, E. / VAN HOEWYK, J. & MAHLER, M.P.: Experiments with Incentives in Telephone Surveys. In: Public Opinion Quarterly 2000, 64, S. 171-188.

SINGER, P.: Je mehr wir für andere leben, desto zufriedener leben wir. In: Aufklärung und Kritik 1995, Sonderheft, S. 80-82.

SINGER, S.: Stations-Erfahrungsbogen – *Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie* (SEB). In: BRÄHLER, E. et al. (Hrsg.): Brickenkamp. *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 3. Aufl., Bd. II., Göttingen 2002a, S. 1066-1067.

SINGER, S.: Stationsbeurteilungsbogen (SBB). In: BRÄHLER, E. et al. (Hrsg.): Brickenkamp. *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 3. Aufl., Bd. II., Göttingen 2002b, S. 1064-1065.

SINGH, J.: Consumer Complaint Intentions and Behaviour: *Definitional and Taxonomical Issues*. In: Journal of Marketing 1988, 52, S. 93-107.

SINGH, J.: A Typology of Consumer Dissatisfaction Response Styles. In: Journal of Retailing 1990, 66, S. 57-99.

SINYOR, D. et al.: The Role of a Physical Fitness Program in the Treatment of Alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol 1982, 43, S. 380-386.

SINYOR, D. et al.: The Role of a Physical Fitness Program in the Treatment of Alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol 1982. 43, S. 380-386.

SISSA, G.: Die Lust und das böse Verlangen. *Die Philosophie der Sucht*, Stuttgart 1999.

SITZIA, J.: How valid and reliable are patient satisfaction data? *An analysis of 195 studies*. In*:* International Journal for Quality in Health Care 1999, 11, S. 319-328.

SITZIA, J. & WOOD, N.: Patient satisfaction: *A review of issues and concepts*. In: Social Science & Medicine 1997, 45, S. 1829-1843.

SITZIA, J. & WOOD, N.: Response rate in patient satisfaction research: *an analysis of 210 published studies*. In: International Journal for Quality in Health Care 1998a, 10, S. 311-317.

SITZIA, J. & WOOD, N.: Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: *a review of the literature*. In: Nursing Studies 1998b, 35, S. 1-12.

SIX, B.: Attribution. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie, 3.Aufl., Weinheim 1994, S. 122-135.

SIX, B. & KLEINBECK, U.: Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In: ROTH, E.: (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Bd. D III 3. *Organisationspsychologie*, Göttingen 1989, S. 348-398.

SKINNER, B.F.: Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft, München 1969.

SKINNER, B.F.: Futurum Zwei. *»Walden Two« Die Vision einer aggressionsfreien Gesellschaft*, Reinbek 1972.

SKINNER, B.F.: Jenseits von Freiheit und Würde, Reinbek 1973a.

SKINNER, B.F.: Wissenschaft vom menschlichen Verhalten, München 1973b.

SKIPPER, J.K. & ELLISON, M.D.: Personal contact as a technique for increasing questionnaires returns for hospitalized patients after discharge. In: Journal of Health and Human Behaviour 1966, 7, S. 211-214.

SKOLODA, T.E. / ALTERMAN, A.L. & GOTTHEIL, E.L.: Sleep quality reported by drinking and non-drinking alcoholics. In: GOTTHEIL, E.L. et al. (Hrsg.), Addiction Research and Treatment, New York 1979, S. 102-112.

SLADE, M. et al.: The Camberwell assessment of need (CAN): *comparison of assessment by staff and patients of the needs of the severely mentally ill.* In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1995, 31, S. 109-113.

SLATER, E.J. & LINN, W.M.: Predicators of rehospitalization in a male alcoholic population. In: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1982, 9, S. 211-220.

SLATER, W. / LINN, W.M. & HARRIS, R.: A satisfaction with mental health care scale. In: Comprehensive Psychiatry 1982, 23(1), S. 68-74.

SLETTO, R.R.: Pretesting of Questionnaires. In: American Sociological Review 1940, 5, S. 193-200.

SLOANE, R.B. et al.: Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1970, 150, S. 18-26.

SLOANE, R.B. et al.: Patients attitude toward behaviour therapy and psychotherapy. In: American Journal of Psychiatry 1977, 134, S. 134-137.

SLOMAN, L. et al.: Gait patterns of depressed patients and normal subjects. In: American Journal of Psychiatry 1982, 139, S. 94-97.

SLOMAN, L. et al.: Mood, depression illness and gait patterns. In: Canadian Journal of Psychiatry 1987, 32, S. 190-193.

SLOMKA, M. et al.: Zwangsmaßnahmne in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. *Eine prospektive Studie.* In: Der Nervenarzt 1997, 68, S. 888-895.

SLOTERDIJK, P.: Kritik der zynischen Vernunft, 2 Bd., Frankfurt/M. 1983.

SLOTERDIJK, P.: Der Zauberbaum. Die Entstehung der Psychoanalyse im Jahr 1785. *Epischer Versuch zur Philosophie der Psychologie*, Frankfurt/M. 1985.

SLOTERDIJK, P.: 10 kleine, teils freche, teils begründete Bemerkungen zum Komplex Philosophie, Psychologie und Existenz. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppenanalyse 1986, 22, S. 256-262.

SLOTERDIJK, P.: Zur Sprache kommen – Zur Welt kommen. *Frankfurter Vorlesungen*, Frankfurt/M. 1988.

SLOTERDIJK, P.: Eurotaoismus. *Zur Kritik der politischen Kinetik*, Frankfurt/M. 1989.

SLOTERDIJK, P.: Weltsucht. *Anmerkungen zum Drogenproblem*. In: BUCHHEIM, P. / CIERPKA, M. & SEIFERT, T. (Hrsg.), Psychotherapie im Wandel. Berlin 1991, S. 145-163.

SLOTERDIJK, P.: Weltfremdheit, Frankfurt/M. 1993a.

SLOTERDIJK, P.: Selbstversuch. *Ein Gespräch mit Carlos Oliveira*. München 1993b.

SLOTERDIJK, P.: Sphären I. Mikrosphärologie: *Blasen*, Frankfurt/M. 1998.

SLOTERDIJK, P.: Sphären II. *Globen*, Frankfurt/M. 1999.

SLOTERDIJK, P.: Sphären III. *Plurale Sphärologie: Schäume,* Frankfurt/M. 2004.

SLOTERDIJK, P.: Zorn und Zeit: *Politisch-psychologischer Versuch*. Frankfurt/M. 2008a.

SLOTERDIJK, P.: Konsultanten. *Eine begriffsgeschichtliche Erinnerung*. In: Revue für postheroisches Management 2008, 2, S. 8-19

SLOTERDIJK, P.: Du musst dein Leben ändern. *Über Anthropotechnik*, Frankfurt/M. 2009.

SLUSAREK, M.: Stressbewältigung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Alkoholabhängigen. In: DE JONG-MEYER, R, & HEYDEN, T. (Hrsg.): Rückfälle bei Alkoholabhängigen. *Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses*, München 1993, S. 63-81.

SMALE, G.G.: Die sich selbst erfüllende Prophezeiung. *Positive oder negative Erwartungshaltungen und ihre Auswirkung auf die pädagogische und therapeutische Beziehung*, Freiburg 1980.

SMITH, A.: Theorie der ethischen Gefühle, Hamburg 2004.

SMITH, E. / REGLI, D. & GRAWE, K.: Wenn Therapie wehtut. *Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen?* In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1999, 31, S. 227-251.

SMITH, E. & GRAWE, K.: Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In: SCHEMMEL, H. & SCHALLER,J. (Hrsg.), Ressourcen. *Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*, Göttingen 2003.

SMITH, M.L. & GLASS, G.V.: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. In: American Psychologist 1977, 32, S. 752-760.

SMOLKA, M et al.: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. In: Der Nervenarzt 1997, 98, S. 888-895.

SNYDER, C.R. / MICHAEL, S.T. & CHEAVENS, J.S.: Hoffnung: *Grundlage des gemeinsamen Faktors Placebo und Erwartung*. In: HUBBLE,M.A. / DUNCAN, B.L. & MILLER, S.D. (Hrsg.), So wirkt Psychotherapie. *Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*, Dortmund 2001, S. 193-219.

SNYDER, M. et al.: The Apparent Emotion Rating Instrument: *Assesing Affect in Cognitiveley Impaired Elders*. In: Clinical Gerontologist 1998, 18, S. 17-29.

SOBHANI, B. & KERSTING, T.: Einsicht ist der erste Schritt zur Besserung. *Das Beschwerdemanagement im Krankenhaus am Beispiel der DRK Kliniken in Berlin*. In: f&w im Krankenhaus 2003, 20, S. 168-172.

SOBIN, C. & SACKHEIM, H.A.: Psychomotor symptoms of depression. In: American Journal of Psychiatry 1997, 154, S. 4-17.

SÖDERLUND, M.: Customer satisfaction and its consequences on customer behaviour revisited: *The impact of different levels of satisfaction on word-of-mouth, feedback to supplier and loyalty*. In: International Journal of Service Industry Management 1998, 9 (2), S. 169-188.

SOELLING, M.E. & NEWELL, T.G.: Effects of anonymity and experimenter demand on client satisfaction with mental health services. In: Evaluation and program planning 1983, 6, S. 329-333.

SOLMS, H.: Psychodynamik des Alkoholismus. In: KISKER, K.P. / MEYER, J.E. & MÜLLER, M. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart – Klinische Psychiatrie II, Berlin u.a. 1972, S. 389-406.

SOHNS, R. & LAUER, G.: Rückfallkonstruktion mit Alkoholabhängigen: *Eine qualitativ-quantitative Analyse*. In: KÖRKEL, J. / LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.), Sucht und Rückfall. *Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, Stuttgart 1995, S. 80-94.

SOLOMON, K.E. & ANNIS, H.M.: Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. In: British Journal of Addiction 1990, 85, S. 659-665.

SOLOMON, R.C.: Emotionen und Anthropologie. In: KAHLE, G. (Hrsg.), Logik des Herzens. *Die soziale Dimension der Gefühle*, Frankfurt/M. 1981, S. 233-253.

SOLSCHENIZYN, A.: Krebsstation, Gütersloh 1970.

SONNENBERG, K.E.: Das Erleben des Krankenhaus-Aufenthaltes bei psychiatrischen Patienten, Bonn 1969.

SONNENBERG, K.: Wohnen und geistige Behinderung. *Eine vergleichende Untersuchung zur Zufriedenheit und Selbstbestimmung in Wohneinrichtungen*, Köln 2004.

SONNENMOSER, M.: Psychotherapieforschung: *Stiefkind Prozessforschung*. In: Deutsches Ärzteblatt 2002, H.4, S. 153-.154.

SONNENMOSER, M.: Arm und ausgebeutet – aber trotzdem glücklich? *Der Forschungsstand zum Zufriedenheits- und Wohlfühlparadox*. In: Personalführung 2007, 3, S. 3439.

SONG, S.-R.: Empathie und Gewalt. *Studien zur Bedeutung von Empathiefähigkeit für Gewaltprävention,* Berlin 2001.

SORENSEN, J.L. et al.: The extent, nature, and utility of evaluating consumer satisfaction in community mental health centers. In: American Journal of Community Psychiatry 1979, 7, S. 329-337.

SORDLY, C.: Kundenorientierung in den Krankenhäusern Westmecklenburgs – *Ergebnisse einer Patienten- und Zuweiserbefragung*. In: Gesundheitswesen 1997, 59, A54.

SOSNOWSKY, N.: Burnout – Kritische Diskussion eines vielschichtigen Phänomens. In: ROTHLAND, M. (Hrsg.), Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. *Modelle, Befunde, Interventionen.* Wiesbaden 2007, S. 119-139.

SOUELEM, O.: Mental patients' attitudes toward mental hospitals. In: Journal of Clinical Psychology 1955, 11, S. 181-185.

SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN: Psychiatrie vor Gericht, Köln 1979.

SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN: Warum wir das Recht hatten, eine LKH-Station zu besetzen, Köln 1980.

SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN: Vom Beschwerdezentrum Psychiatrie Bonn. In: VERLAGSGESELLSCHAFT GESUNDHEIT (Hrsg.), Der große Wie-lebst-Du-denn. *Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht*, Berlin 1982, S. 298-301.

SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN: Beschwerdezentren – 10 Jahre gegen die Psychiatrie. *Teil 1*. In: Wildcat 1998a, 44, S. 16-23.

SOZIALISTISCHE SELBSTHILFE KÖLN: Beschwerdezentren – 10 Jahre gegen die Psychiatrie. *Teil 2*. In: Wildcat 1988b, 44, S. 58-64.

SPAEMANN, R.: Glück, Glückseligkeit. In: RITTER (Hrsg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3, Darmstadt 1974, S. 680-707.

SPAEMANN, R.: Philosophie als Lehre vom glücklichen Leben. In: BIEN, G. (Hrsg.), Die Frage nach dem Glück, Stuttgart 1978, S. 1-19.

SPAEMANN, R.: Die Zweideutigkeit des Glücks. In: ADOLFF, P. & NIEMEYER, H. (Hrsg.), Denklinien – Zeitspuren. Vorträge 1982-1992, Essen 1993, S. 75-83. Zitiert nach:
URL:http://www.cvl-a.tum.de/Download/Robert%20Spaemann.pdf
[Stand 01.08.2008]

SPAEMANN, R.: Glück und Wohlwollen. *Versuch über Ethik*, Stuttgart 1985.

SPEEDLING, E.J. & ROSE, D.N.: Building an effective doctor-patient-relationship: *From patient satisfaction to patient participation.* In: Social Science & Medicine 1985, 21, S. 115-120.

SPEIERER, G.-W.: Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen, Göttingen 1976.

SPEIERER, G.-W.: Das patientenorientierte Gespräch. *Bausteine einer personenzentrierten Medizin*, München 1985.

SPIEGEL, D. & YOUNGER, J.: Ward climate and community stay of psychiatric patients. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1972, 36, S. 62-69.

SPIEKER, S.: Bedarf oder Bedürfnis?! *Alternativen (zur) Psychiatrie*, München 2004.

SPIEßL, H.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragung. In: TW Neurologie Psychiatrie 1995, 9, S. 46-48.

SPIEßL, H.: Die psychiatrische Klinik im Focus der Erwartungen von Patienten, niedergelassenen Ärzten und sozialpsychiatrischen Diensten. In: Krankenhauspsychiatrie 2000, Sonderheft, S. 23-29.

SPIEßL, H.: Stellenwert von Psychopharmaka in der psychiatrischen Klinik. *Die Sicht der Patienten.* In: Psychopharmakotherapie 2002, 9, S. 46-49.

SPIEßL, H. et al.: Psychiatrische Patienten beurteilen Institution und Personal. In: Psycho 1995a, 21, S. 613-619.

SPIEßL, H. et al.: Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. In: Krankenhauspsychiatrie 1995b, 6, S. 156-159.

SPIEßL, H. et al.: Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. In: Krankenhauspsychiatrie 1996, 7, S. 1-5.

SPIEßL, H. et al.: Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. In: Zeitschrift ärztliche Fortbildung Qualitätssicherung (ZaeFQ) 1997, 91, S. 761-765.

SPIEßL, H. et al.: Qualitätssicherung zum Nutzen der Patienten: *Lassen sich Patientenbewertungen in der psychiatrischen Klinik umsetzen?* In: Krankenhauspsychiatrie 1998, 9, S. 152-156.

SPIEßL, H. et al.: Die «ideale» stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 1999a, 26, S. 3-8.

SPIEßL, H. et al.: Was erwarten Hausärzte von einer psychiatrischen Klinik ? *Wunsch nach enger Zusammenarbeit*. In: MMW – Fortschritte der Medizin 1999b, 117, S. 173-176.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit sozialpsychiatrischer Dienste im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2000a, 68, S. 557-563.

SPIEßL, H. et al.: Zusammenarbeit sozialpsychiatrischer Dienste mit der psychiatrischen Klinik. *Erwartungen und Verbesserungsmöglichkeiten*. In: Psychiatrische Praxis 2000b, 27, S. 160-164.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen niedergelassener Nervenärzte und Allgemeinärzte an die psychiatrische Klinik. In: Nervenarzt 2001a, 72, S. 190-195.

SPIEßL, H. et al.: Befragung niedergelassener Ärzte als Ausgangspunkt klinikinterner Maßnahmen zur Qualitätsförderung. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2001b, 95, S. 419-423.

SPIEßL, H. et al.: Getrennt- oder gemischtgeschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. In: Der Nervenarzt 2001c, 72, S. 515-520.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit niedergelassener Ärzte im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken. In: Nervenheilkunde 2001d, 20, S. 26-30.

SPIEßL, H. et al.: Privatsphäre auf psychiatrischen Stationen. In: Psychiatrische Praxis 2002a, 29, S. 10-13.

SPIEßL, H. et al.: Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? In: Psychiatrische Praxis 2002b, 29, S. 417-419.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. In: Psychiatrische Praxis 2003a, 30, S. 51-55.

SPIEßL, H et al.: Getrennt- oder gemischtgeschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik – *was bevorzugen Patienten?* In: Psychiatrische Praxis 2003b, 30, Supplement 2, S. 151-153.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen schizophrener Patienten an die stationär-psychiatrische Behandlung: *Autonomie und Kompetenz*. In: MACHLEIDT, W. & HALTENDORF, H. (Hrsg.), Schizophrenie – *Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten*, Stuttgart 2003c, S. 82-87.

SPIEßL, H. et al.: Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: Nervenarzt 2004, 74, S. 475-482.

SPIEßL, H. et al.: Unzufriedene Angehörige – *Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit?* In: Psychiatrische Praxis 2005a, 32, S. 215-217.

SPIEßEL, H. et al.: Die (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik. In: Krankenhauspsychiatrie 2005b, 16, S. 97-101.

SPIEßL, H. et al.: Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für psychiatrische Kliniken. In: Krankenhauspsychiatrie 2006, 17, S. 2-8.

SPINOZA, B. de: Ethik in geometrischer Methode dargestellt, Hamburg 1999.

SPITZ, R.: Hospitalismus. Eine Untersuchung der Genese psychiatrischer Krankheitsbilder in der frühen Kindheit. In: MITSCHERLICH, A. et al. (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Berlin und Köln 1970, S. 172-195.

SPITZ, R.: Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung, Frankfurt/M. 1982.

SPITZ, R.: Die anaklitische Depression. In: BITTNER, G. & HARMS, E. (Hrsg.), Erziehung in früher Kindheit. *Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte*, München 1985a.

SPITZ, R.: Hospitalismus I & II. In: BITTNER, G. & HARMS, E. (Hrsg.), Erziehung in früher Kindheit. *Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte*, München 1985b.

SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. *Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr*. Stuttgart 2005.

SPITZY, K.H.: Dämon und Hoffnung: Dialogik in der Medizin, Wien 1993.

SPITZY, K.H.: Klinische Philosophie. *Teil 1: Ärztliche Dialogik*, Wien 1994.

SPITZY, K.H.: Klinische Philosophie. *Teil 2: Ärztliche Ethik,* Wien 1995.

SPITZY, K.H.: Klinische Philosophie. *Teil 3: Ärztliche Wissenschaft*, Wien 1998.

SPITZY, K.H.: Klinische Philosophie. *Teil 4: Ärztliche Hodegetik*, Wien 2000.

SPITZY, K.H. & SCHULAK, E.M.: Wenn Ärzte nach der Weisheit suchen. *Ein Dialog zwischen Medizin und Philosophie,* Wien 2004.

SPORER, S.L. & KÖHNKEN, G.: Nonverbale Indikatoren von Täuschung. In: VOLBERT, R. & STELLER, M. (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. *Band 9: Handbuch der Rechtspsychologie*, Berlin 1995, S. 353-363.

SPRENG, A.R. & OLSHARVSKY, R.W.: A-Desires-As-Standard Model of Consumer Satisfaction. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1989, 2, S. 49-54.

SPRENG, A.R. & OLSHARVSKY, R.W.: A-Desires-As-Standard Model of Consumer Satisfaction: Implications for Measuring Satisfaction. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1992, 5, S. 45-54.

SPRENG, A. & DIXON, A.L.: Alternative comparison standards in the formation of satisfaction/dissatisfaction. In: LEONE & KUMAR (Hrsg.), Enhancing knowledge development marketing, Chicago 1992, S. 85-91.

SPRENG, A.R. & OLSHARVSKY, R.W.: A Desires Congruency Model of Consumer Satisfaction. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1993, 21, S. 169-177.

SPRENG, A.R. / MCKENZIE, S.B. & OLSHAVSKY, R.W.: A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction. In: Journal of Marketing 1996, 60, S. 15-32.

SPYRA, K. et al.: Das KlinikSpezifische Patienten-Inventar (KSPI) zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006, 71, S. 47-65.

SRNKA, K.J. / EBSTER, C. & KOESZEGI, S.T.: Lässt sich Sympathie im persönlichen Verkauf erfolgreich vortäuschen? *Eine analyse nonverbaler und verbaler Kommunikation.* In: Marketing ZFP 2006, 28, S. 39-56.

STADTMÜLLER, S. & PORST, R.: Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 14, Mannheim 2005.

STAEDT, J. et al.: Einfluss erhöhter Lichtintensität auf die Verweildauer von stationär behandelten depressiven Patienten. *Vergleich der stationären Behandlungszeit 2006 und 2007 im Vivantes Klinikum Berlin Spandau.* In: Nervenheilkunde 2009, 4, S. 223226.

STAEHELIN, B.: Gesetzmäßigkeiten im Gemeinschaftsleben schwer Geisteskranker. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1953, 72, S. 277-298.

STAEHELIN, B.: Gesetzmäßigkeiten im Gemeinschaftsleben schwer Geisteskranker, verglichen mit tierpsychologischen Ergebnissen. In: Homo 1954, 5, S. 113-116.

STAEHR, C.: Der Einfluss der Medien auf die Erwartungshaltung der Patienten in der Medizin. In: MARQUARDT, O. (Hrsg.), Medizinische Ethik und soziale Verantwortung, Paderborn 1989, S. 29-47.

STAETISCHE KRANKENHAUS MÜNCHEN BOGENHAUSEN: Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt: *"Ihre Meinung ist uns wichtig!"*
URL:http://www.kh-bogenhausen.de/proconti/files/doclib//$KMB/Download-center/meinung.pdf
[Stand 24.03.2006]

STAHL, K.: Erste Erfahrungen mit der psychiatrischen Fachklinik. *Ergebnisse einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung zur Aufnahmesituation und zum Eintritt in die psychiatrische Klinik,* Münster 1989.

STAMM, R.: QuaTheDa – *ein Qualitätsmanagementsystem für stationäre Drogen- und Alkoholtherapie*. In: Suchtmagazin 1999, 25(5), S. 24-30.

STAMM, R.: Zufriedenheit in der stationären Suchttherapie. In: Spectra 2004, Nr. 45, S. 6.

STANGE, R.: Gillian Wearing. In: GROSENICK, U. (Hrsg.), Women Artists. *Künstlerinnen im 20. und 21. Jahrhundert*, Köln u.a. 2001, S. 536-541.

STANSISLAWSKI, K.: Die Arbeit des Schauspielers an der Rolle, 6. Aufl., Berlin 2002.

STANISZEWSKA, S. & AHMED, L.: The concepts of expectation and satisfaction: *do they capture the way patients evaluate their care*? In: Journal of Advanced Nursing 2001, 29, S. 364-372.

STANTON, A. & SCHWARZ, M.S.: The Mental Hospital, New York 1954.

STAPEL, M.: Qualitätsbeurteilung durch Kinder und Jugendliche und deren Angehörige (Eltern, sonstige Erziehungsberechtigte) nach stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, Lengerich 2003.

STAPEL, M. / ZIELKE, M. & HOFF-EMDEN, H.: Qualitätsbeurteilungen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch Kinder und Jugendliche. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2005, 68, S. 24-29.

STAPEL, M.: Qualitätsbeurteilungen durch Kinder und Jugendliche und deren Angehörige (Eltern, sonstige Erziehungsberechtigte) nach stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. In: ZIELKE, M & HOFF-EMDEN, H., Angewandte Verhaltensmedizin in Forschung und Praxis, Lengrich 2003.

STÄUDEL, T.: Der Kompetenzfragebogen, Bamberg 1986.

STÄUDEL, T.: Problemlösen, Emotion und Kompetenz. Regensburg 1987.

STÄUDEL, T.: Kompetenz. In: BRÜDEL, L. (Hrsg.), Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Weinheim 1988a, S. 129-138.

STÄUDEL, T.: Der Kompetenzfragebogen – *Überprüfung eines Verfahrens der Selbsteinschätzung der heuristischen Kompetenz, belastende Emotionen und Verhaltenstendenzen beim Lösen komplexer Probleme*. In: Diagnostica 1988, 34, S. 136-148.

STAGEL, J.: Vom Dialog zum Fragebogen. *Miszellen zur Geschichte der Umfrage*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1979, 31, S. 611-638.

STAGEL, J.: Eine Geschichte der Neugier. *Die Kunst des Reisens 1550-1800*, Wien 2002.

STAHL, K.: Ergebnisse einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung zur Aufnahmesituation und Eintritt in die psychiatrische Klinik, Münster 1989.

STAHLBERG, D.: Assimilation und Kontrast. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie: *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, München 1983a, S. 111-121.

STAHLBERG, D.: Konsistenztheorien. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie: *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, München 1983b, S. 214-221.

STARK, M.J. & KANE, B.J.: General and specific psychotherapy role induction with substance-abusing clients. In: International Journal of the Addictions 1985, 20, S. 1135-1141.

STARK, W.: Die Menschen stärken. *Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit.* In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1993, H.2, S. 41-44.

STARK, W.: Empowerment. *Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*, Freiburg 1996.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996.

STAUDINGER, U.M.: Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: *das Paradox des subjektiven Wohlbefindens*. In: Psychologische Rundschau 2000, 51, S. 185-197.

STAUDINGER, U.M. & BALTES, P.B.: Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung. In: Psychologische Rundschau 1996, 47, S. 1-21.

STAUSS, B.: Beschwerdepolitik als Instrument des Dienstleistungsmarketing. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbraucherforschung 1989, 35, S. 41-62.

STAUSS, B.: „Augenblicke der Wahrheit" in der Dienstleistungserstellung: Ihre Relevanz und ihre Messung mit Hilfe der Kontaktpunkt-Analyse. In: BRUHN, M. & STAUSS, B. (Hrsg.), Dienstleistungsqualität. *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, Wiesbaden 1991, S. 345-365.

STAUSS, B.: Der Einsatz der „Critical Indicent Technique" im Dienstleistungsmarketing. In: TOMCZAK, T. & BELZ, C. (Hrsg.), Kundennähe realisieren, St. Gallen 1994a, S. 233-250.

STAUSS, B.: Total Quality Management und Marketing. In: Marketing ZFP 1994, 3, S. 149-159.

STAUSS, B.: Führt Kundenzufriedenheit zu Kundenbindung? In: BELZ, C. (Hrsg.): Marketingtransfer, Schrift 5, St. Gallen 1997, 76-86.

STAUSS, B.: Beschwerdemanagement als Beitrag zur patientenzentrierten Evaluation – *Ziele, Aufgaben und spezifische Probleme.* In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998a, S. 37-56.

STAUSS, B.: Kundenbeindung durch Beschwerdemanagement. In: BRUHN, M. & HOMBURG, C. (Hrsg.), Handbuch Kundenbindungsmanagement: *Grundlagen – Konzepte – Erfahrungen*, Wiesbaden 1998, S. 211-325.

STAUSS, B.: Kundenzufriedenheit. In: Marketing ZfP 1999, Heft 1, S. 5-24.

STAUSS, B.: Die Nutzung von Zufriedenheitswerten im Qualitätsmanagement. In: WULF, K. & OETTL, R., Qualitätsmanagement im Customer Care Center, Osnabrück 2006a, S. 43-76.

STAUSS, B.: Zufriedenheit als Lippenbekenntnis? In: Agora – Magazin der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt 2006b, 22, S. 24-25.

STAUSS, B.: Sind Zufriedenheits-Informationen irrelevant? *Zur geringen Nutzung von Kundenzufriedenheits-Informationen.* In: BAYÓN, T. / HERRMANN, A. & HUBER, F. (Hrsg.), Vielfalt und Einheit in der Marketingwissenschaft. *Ein Spannungsverhältnis*, Wiesbaden 2007, S. 237-255.

STAUSS, B.: Zufriedenheit messen – und dann nicht managen?
URL:http://www.idgevents.de/fileserver/idegevents/files/197.pdf
[Stand 10.07.2008]

STAUSS, B. & HENTSCHEL, B.: Verfahren der Problementdeckung und –analyse im Qualitätsmanagement von Dienstleistungsunternehmen. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung 1990, 36, S. 232-259.

STAUSS, B. & HENTSCHEL, B.: Messung von Kundenzufriedenheit. *Merkmals- oder ereignisorientierte Beurteilung von Dienstleistungsqualität.* In: Marketing & Management 1992, 36, S. 115-122.

STAUSS, B. & NEUHAUS, P.: Das Qualitative Zufriedenheitsmodell (QZM). *Diskussionsbeiträge der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät Ingolstadt*, Nr. 66, Ingolstadt 1995a.

STAUSS, B. & NEUHAUS, P.: Das Qualitative Zufriedenheitsmodell (QZM). In: DILLER, H. (Hrsg.), Beziehungsmanagement, Nürnberg 1995, S. 137-166.

STAUSS, B. & NEUHAUS, P.: Das Unzufriedenheitspotential zufriedener Kunden. In: Marktforschung & Management 1996, 40, S. 129-133.

STAUSS, B. & WEINLICH, B.: Die Sequentielle Ereignismethode – *ein Instrument der prozeßorientierten Messung von Dienstleistungsqualität.* In: der Markt 1996, 35, S. 49-58.

STAUSS, B. & SEIDEL, W.: Prozessuale Zufriedenheitsermittlung und Zufriedenheitsdynamik bei Dienstleistungen. In: HOMBURG, C. & SIMON, H. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit: *Konzepte – Methoden – Erfahrungen*, 2. Aufl., Wiesbaden 1997, S. 185-208.

STAUSS, B. & NEUHAUS, P.: Das Qualitative Zufriedenheitsmodell (QMZ). In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, Wiesbaden 1999, S. 25-40.

STAUSS, B. & SEIDEL, W.: Beschwerdemanagement – *Kundenbeziehungen erfolgreich managen durch Customer Care*, 3. Aufl., München und Wien 1996.

STAUSS, B. & COENEN, C.: Kundenzufriedenheitsmanagement in Deutschland – *Nicht nur drüber reden.* In: Qualität und Zuverlässigkeit (QZ) 2006, 51(9), S. 22-27.

STAUSS, B. / DORNACH, F. & COENEN, C.: Zufriedenheitsmanagement in Deutschland – *Von der Messung zum Unternehmenserfolg*, München 2006a.

STAUSS, B. / DORNACH, F. & COENEN, C.: Zufriedenheitsmanagement – *Konzepte und Realisierung.* In: HINTERHUBER, H.H. & MATZLER, K. (Hrsg.), Kundenorientierte Unternehmensführung. *Kundenorientierung –Kundenzufriedenheit – Kundenbindung*, 5. Aufl., Wiesbaden 2006b, S. 543-559.

STEELE, C.M. / SOUTHWICK, L.L. & CRITCHLOW, B.: Dissonance and alcohol: *drinking your troubles away.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1981, 41, S. 831-846.

STEELE, C.M. & JOSEPHS, R.A.: Alcohol Myopia. In: American Psychologist 1990, 45, S. 921-933.

STEFFAN, A.: Integrative Therapie in der Praxis: *Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting*, Berlin 2002.

STEFFANOWSKI, A. et al.: Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation – *Computergestütztes Routinemonitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität*. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006, 71, S. 35-46.

STEFFEN, P.: Patientenzufriedenheit als Zielgröße für das strategische Krankenhausmanagement. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), „Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement, Bern 2004.

STEFFEN, P.: Anspruchsniveaureduktion und Entschuldigungstendenz bei Krankenhauspatienten. *Eine empirische Analyse der Determinanten*, Köln 2008.

STEFFEN, P. & PFAFF, H.: Prädikatoren von Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. In: Das Gesundheitswesen 2004, 66, S. 544.

STEGER, F.: Medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit: *P. Aelius Aristides, ein Patient im Asklepieion von Pergamon*. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 2001, 20, S. 45-71.

STEGER, F.: Asklepiosmedizin: *medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit,* Stuttgart 2004.

STEGERS, M.: Das Krankenhaus aus der Sicht des Patienten: *Über die Ansicht des Krankenhauspatienten zur Unterbringung und Verpflegung*, Münster 1975.

STEINMETZ, J.L. / LEWINSOHN, P.M. & ANTONUCCIO, D.O.: Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983, 51, S. 331-337.

STEINKE, I.: Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung, Weinheim und München 1999.

STEINKE, I.: Gütekriterien qualitativer Forschung. In: FLICK, U. / VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung. *Ein Handbuch,* 7. Aufl. 2009a, S. 319-331.

STEINKE, I.: Die Güte qualitativer Marktforschung. In: BUBER, R. & HOLZMÜLLER, H.H. (Hrsg.), Qualitative Marktforschung. *Konzepte – Methoden – Analysen*, 2. Aufl., Wiesbaden 2009b, S. 262-283.

STEINER, J.: Die Einstellung chronisch Kranker zur psychiatrischen Klinikbehandlung, Zürich 1976.

STEINHART, I. & TERHORST, B.: Wie beurteilen Patienten ein umfassendes, auf Kontinuität ausgerichtetes psychiatrisches Versorgungssystem? *Ergebnisse narrativer Interviews.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 1992, H.2, S. 33- 39.

STEINHAUSEN, H.-C.: Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei Kinderpsychiatrischen Störungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1983a, 32, S. 11-15.

STEINHAUSEN, H.-C.: Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1983b, 32, S. 286-292.

STEININGER, S.: Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. *Ergebnisse einer vergleichenden Patientenbefragung*, Friedrichshafen 1989.

STEINMANN, G.: Zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite, Hamburg 1977.

STEINMANN, G. et al.: Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite. In: Medizinische Psychologie 1978, 4, S. 68-80.

STEINS, G.: Bedingungen der Perspektivübernahme, Bielefeld 1990.

STEINS, G.: Diagnostik von Empathie und Perspektivübernahme: *Eine Überprüfung des Zusammenhangs beider Konstrukte und Implikationen für die Messung*. In: Diagnostica 1998, 44, S. 117-129.

STEINS, G.: Perspektivübernahme oder: *Wer ist die andere Person?* In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 471-476.

STEINS, G. & WICKLUND, R. A.: Zum Konzept der Perspektivübernahme: *Ein kritischer Überblick*. In: Psychologische Rundschau 1993, 44, S. 226-239.

STEINS, G. & WICKLUND, R. A.: Untersuchungen zu Bedingungen der Förderung von Perspektivübernahme. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie 1997, 28, S. 184-196.

STELFOX, H.T. et al.: The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. In: The American Journal of Medicine 2005, 118, S. 1126-1133.

STEPPE, H.: Handlangertum und Nächstenliebe. *Die inhumane Situation des Krankenpflegepersonals*. In: Zeitschrift für humanistische Psychologie 1983, 314, S. 64-73.

STEPPE, H.: Ansätze humaner Patientenversorgung. In: PERETZKI-LEID, U. et al. (Hrsg.), Gesundheit ist keine Ware: *Arbeiten im Krankenhaus*. Hamburg 1986, S. 40-47.

STEPPE, H.: Pflegemodelle in der Praxis. *Folge 2: Virginia Henderson*. In: Die Schwester/Der Pfleger 1990a, 29, S. 584-588.

STEPPE, H.: Pflegemodelle in der Praxis. *Folge 3: Dorothea Orem*. In: Die Schwester/Der Pfleger 1990b, 29, S. 768-773.

STEPPE, H.: Pflegemodelle in der Praxis. *Folge 4: Faye G. Abdellah – 21 Pflegeprobleme*. In: Die Schwester/Der Pfleger 1990c, 29, S. 1046-1050.

STETTER, F. et al.: Bewertung eines Therapieprogramms durch die Patienten und Ergebnisse einer Katamnese nach 6 Monaten. In: FLEISCHMANN, H. & KLEIN, H.E. (Hrsg.), Behandlungsmotivation, Motivationsbehandlung. *Suchtkranke im Psychiatrischen Krankenhaus*, Freiburg 1995, S. 17-28.

STETTER, F.: Psychotherapie von Suchterkrankungen. *Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen*. In: Psychotherapeut 2000, 45, S. 141-151.

STEVEN, I.D. et al.: A patient determined general practice satisfaction questionnaire. In: Australian Family Physician 1999, 28, S. 342-348.

STEWART, M.A.: Effective physician-patient communication and health outcomes: *a review*. In: Canadian Medical Association Journal 1995, 152, S. 1423-1433.

STEWART, M.A. et al.: The Impact of Patient-Centred Care on Outcome. In: Journal of Family Practice 2000, 49, S. 796-804.

STEWART, M.A. & WANKLIN, D.: Direct and indirect measure of Patient Satisfaction with Physician' services. In: Journal of Community Health 1978, 3, S. 195-204.

STIEGLITZ, R.-D. et al.: Stationäre Behandlung depressiver Patienten. *Konzeptuelle Überlegungen und Ergebnisse eines Pilotprojekts zur Qualitätssicherung in Baden-Würtenberg*. In: Der Nervenarzt 1998, 69, S. 59-65.

STIENSMEIER-PELSTER, J. / MEYZA, P. & LENZEN, H.G.: Alkoholismus und Handlungskontrolle: *Der Einfluss eines Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen*. In: Suchtgefahren 1989, 35, S. 356-367.

STIERLIN, H.: Der gewalttätige Patient. *Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonal verübten Angriffe*, Basel 1956.

STIFTUNG WARENTEST: Der lange Weg zur Kur. In: Test 1994, 29, S. 404-407.

STIFTUNG WARENTEST: Dienstleistungen im Krankenhaus (Leserumfrage*). Eingeliefert – Ausgeliefert?*. In: Stiftung Warentest 1995, Heft 11, S. 100-106.

STIFTUNG WARENTEST: Ambulante Geburten – Klinik oder Geburtshaus?. In: Test 1997a, 32(10), S. 99-104.

STIFTUNG-WARENTEST: Journal Gesundheit: *Test Krankenhäuser (Berlin) – Gute Besserung*. In: Stiftung Warentest, 1997b, Heft 11, S. 97-105.

STIFTUNG WARENTEST: Samariter überfordert?. In: Test 1998, 7, S. 84-89.

STIFTUNG-WARENTEST: Patientenbefragung.
URL:http://www.stiftung-warentest.de/online/gesundheit_kosmetik/meldung/17337/17337.html
[Stand 18.11.2005]

STILES, W.B.: Measurement of the impact of psychotherapy sessions. In: Journal of Counselling and Clinical Psychology 1980, 48, S. 176-185.

STILES, W.B. et al.: Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. In: Social Science &Medicine 1979, 13, S. 335-341.

STILES, W.B. et al.: Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. In: Medical Care 1979, 17, S. 667-679.

STILES, W. & SNOW, J.S.: Dimensions of psychotherapy sessions impact across sessions and across clients. In: British Journal of Clinical Psychology 1984, 23, S. 59-63.

STOCK, R.: Der Einfluss der Kundenzufriedenheit auf die Preissensitivität von Firmenkunden. In: Die Betriebswirtschaft 2003a, 63, S. 333-348.

STOCK, R.: Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit: *Direkte, indirekte und moderierende Effekte*, 2. Aufl., Wiesbaden 2003b.

STOCKHAUSEN, J.C.: Von den Schriftstellern über die Zufriedenheit der Seele. In: Hannoverische Beyträge zum Nutzen und Vergnügen 1760, 2. Teile, S. 785-816.

STOCKSMEIMER, U. & RAITH, L.: Subjektiv erlebte Bedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: Krankenhausarzt 1982, 55, S. 58-62.

STÖCKLE, T.: Die Irren-Offensive. *Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern,* Frankfurt/M. 1983.

STÖCKER, M.: Ist Rückzug und Intimität der Patienten mit ihren Lebenspartnern anlässlich von Besuchen in der Psychiatrie möglich? *Eine Frage an Patienten auf allgemein-psychiatrischen Stationen.* In: Psychiatrische Pflege Heute 2002, 8, S. 66-71.

STÖSSEL, J.-P.: Das Ulmer Modell. In: Bild der Wissenschaft 1981, 18, H.9, S. 90-100.

STOLBERG, M.: »Mein äskulapisches Orakel!« *Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert.* In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 1996, 7, S. 385-404.

STOLBERG, M.: Krankheitserfahrung und Arzt-Patient-Beziehung in Samuel Hahnemanns Patientenkorrespondenz. In: Medizin, Mensch und Geschichte 1999, 19, S. 169-189.

STOLBERG, M.: Medizinsoziologie, Bielefeld 2001.

STOLLBERG, R.: Arbeitszufriedenheit – *theoretische und praktische Probleme*, Berlin 1968.

STOLZ, K.: »Machtgefälle abbauen«. *Zur Notwendigkeit von trialogischen Beschwerdeinstanzen als Instrument der Qualitätssicherung.* In: Soziale Psychiatrie 2003, Heft 4.

STOLZ, K. & LOCHMANN, R.: Zur Praxis der Stuttgarter Beschwerdestelle. In: Recht & Psychiatrie 1995, 13(1), S. 12-14.

STOLZ, K. & LOCHMANN, R.: Recht erhalten auch ohne Rechtsweg. Erfahrungen der Stuttgarter Beschwerdestelle für Psychiatriepatienten. In: sozial extra 1999, H.2, S. 6-7.

STOSBERG, M.: Lebensqualität als Ziel und Problem moderner Medizin. In: BELLEBAUM, A. & BARHEIER, K. (Hrsg.), Lebensqualität. *Ein Konzept für Praxis und Forschung*, Opladen 1994, S. 101-119.

STOSBERG, K.: Zur Integration der Medizinischen Soziologie in die Psychiatrische Klinik: *Entwicklungen und Chancen.* In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U., (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 19-24.

STOß, F. & MENARDI, G.: Aussagen stationär aufgenommener Kinder über das Krankenhaus. In: Pädiatrie und Pädologie 1980, 15(2), S. 101-107.

STRACK, F.: Social Cognition: *Sozialpsychologie innerhalb des Paradigmas der Informationsverarbeitung.* In: Psychologische Rundschau 1988, 39, S. 72-82.

STRACK, F.: Zur Psychologie der standardisierten Befragung. *Kognitive und kommunikative Prozesse*, Berlin 1994a.

STRACK, F.: Soziale Informationsverarbeitung. In: FREY, D. & GREIF, S. (Hrsg.), Sozialpsychologie. *Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*, 3. Aufl., München 1994b, S. 306-311.

STRACK, F. / SCHWARZ, N. & GSCHNEIDINGER, E.: Happines and reminiscing: *The role of time-perspective, mood, and mode of thinking.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1985, 49, S. 1460-1469.

STRACK, F. / MARTIN, L.L. & STEPPER, S.: Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: *A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis.* In: Journal of Personality and Social Psychology 1988, 54, S. 768-777.

STRACK, F. et al.: The salience of comparison and the activation of social norms: *Consequences for judgements of happiness and their communication.* In: British Journal of Social Psychology 1990, 18, S. 429-442.

STRACK, F. & DEUTSCH, R.: Urteilsheuristiken. In: In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. *Band III: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien,* 2. Aufl., Bern 2002, S. 352-384.

STRACK, F. & WERTH, L.: Die Beurteilung der eigenen Zufriedenheit in der Befragung und "in real life". In: Wirtschaftspsychologie 2001, 4, 226-234.

STRACK, F. & WERTH, L.: "Wie zufrieden sind Sie eigentlich?" – *Psychologische Determinanten von Zufriedenheitsmessungen.* In: FERGER, K. / GISSEL, N. & SCHWIER, J. (Hrsg.), Sportspiele erleben, vermitteln, trainieren. *Schriftenreihe der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft*, Hamburg 2002, S. 13-24.

STRACKE-MERTENS, A.: Soziologie. *Lehrbuch Altenpflege: Der Blick auf soziale Beziehungen*, 3.Aufl., Hannover 2003.

STROTZKA, H.: Soziologie als Therapie. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 29-35.

SPRANGER, E.: Psychologie des Jugendalters, 2. Aufl., Leipzig 1924.

STRASSER, S.: Das Gemüt. *Grundgedanken zu einer phänomenologischen Philosophie und Theorie des menschlichen Gefühlslebens*, Freiburg 1956.

STRASSER, S. / AHARONY, L. & GREENBERGER, D.: The patient satisfaction process: *Moving toward a comprehensive model.* In: Medical Care Review 1993, 50, S. 219-248.

STRAUB, C.: Qualitätssicherung im Krankenhaus: *Die Rolle der Patienten. Eine Pilotstudie.* In: BADURA, B. et al (Hrsg.), System Krankenhaus. *Arbeit, Technik und Patientenorientierung,* München 1993, S. 376-389.

STRAUB, C.: Probleme bei der Umsetzung von Qualitätssicherung. In: ARNOLD, M. & PAFFRATH, D. (Hrsg.), Krankenhaus-Report '94. *Schwerpunkt: Krankenhaus im Umbruch*, Stuttgart 1994, S. 145-162.

STRAUB, C. / ARNOLD, M.M. & SELBMANN, H.K.: Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Abschlußbericht zur Pilotstudie von der Robert-Bosch-Stiftung, Textband, Tübingen 1996.

STRAUB, E.: Diskriminierung der psychisch Kranken in Fernsehfilmen. In: Psychiatrische Praxis 1997, 24, S. 213-214.

STRAUS, E.W.: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. In: Ders, Psychologie der menschlichen Welt. *Gesammelte Schriften*, Berlin 1960, S. 126-140.

STRAUS, E.W.: Zum Sehen geboren, zum Schauen bestellt. *Betrachtungen zur »Aufrechten Haltung«*. In: WIESENHÜTTER, E. (Hrsg.), Werden und Handeln, Stuttgart 1963, S. 44-73.

STRAUS, E.W.: Der Seufzer. *Einführung in die Lehre vom Ausdruck*. In: BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.), Medizinischpsychologische Anthropologie, Darmstadt 1980, S. 145-168.

STRAUS, E.W.: Die aufrechte Haltung. *Eine anthropologische Studie*. In: BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.), Medizinischpsychologische Anthropologie, Darmstadt 1980, S. 425-439.

STRAUS, R.: The Nature and Status of Medical Sociology. In: American Sociological Review 1957, 22, S. 200-204.

STRAUSS, A.L.: Spiegel und Masken. *Die Suche nach Identität*, Frankfurt/M. 1987.

STRAUSS, A.L.: Grundlagen quantitativer Sozialforschung, München 1994.

STRAUSS, A.L. & CORBIN, J.: Grunded Theory: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Weinheim 1996.

STRAUSS, A. L. et al.: The hospital and its negotiated order. In: FREIDSON, E. (Hrsg.), *The Hospital in Modern Society*, New York 1963, S. 147-169

STRAUß, B.: Empirische Untersuchungen zur stationären Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1994, 28, S. 125-149.

STRAUß, B.: Ergebnisforschung in der Gruppenpsychotherapie. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996, S. 30-51.

STRAUß, B.: Ist die therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung? In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2000, 4, S. 381-398.

STRAUß, B.: DGWFB – *Düsseldorfer Gruppenwirkfaktorenfragebogen*. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 73-75.

STRAUß, B.: KGPPS – Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala. In: Ders. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.), Klinische Interviews und Ratingskalen, Göttingen 2005a, 203-206.

STRAUß, B.: VPPS/VNIS – Vanderbilt Psychotherapie-Prozess-Skala / Vanderbilt Negative Indicators Scale. In: Ders. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.), Klinische Interviews und Ratingskalen, Göttingen 2005b, S. 473-477.

STRAUß, B.: Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. In: Psychotherapeut 2006, 1, S. 5-14.

STRAUß, B. / APPELT, H. & HAACK, S.: Die Bedeutung des ärztlichen Aufklärungsgespräches für Angstreduktion und Wissenszuwachs. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1984, 34, S. 246-251.

STRAUß, B. / APPELT, H. & SCHWOON, D.: Subjektive Beurteilungen von Gruppentherapiesitzungen und deren Beziehung zur Katamnese bei Alkoholkranken. In: CZOGALIK, D. / EHLERS, W. & TEUFEL, R. (Hrsg.), Perspektiven der Psychotherapieforschung, Freiburg 1985, S. 553-565.

STRAUß, B. et al.: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1991a, 41, S. 43-52.

STRAUß, B. et al.: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *II. Potenzielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1991b, 41, S. 53-60.

STRAUß, B. et al.: Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1992, 40, S. 411-430.

STRAUß, B. & BURGMEIER-LOHSE, M.: Stationäre Langzeitgruppen-Psychotherapie, Heidelberg 1994.

STRAUß, B. & ECKERT, J.: Dimensionen des Gruppenerlebens. *Zur Skalenbildung im Gruppenerfahrungsbogen*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1994, 23, S. 188-201.

STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996a.

STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V.: Einführung: Die Gruppe – *Ein Stiefkind der Psychotherapieforschung?* In: Dies. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996b, S. 11-14.

STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V.: Übersicht: *Weitere Methoden der Gruppenpsychotherapieforschung*. In: Dies. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996c, S. 388-398.

STRAUß, B. et al.: Die Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (KGPPS) zur Fremdbeurteilung therapeutischer Faktoren in der Gruppenpsychotherapie. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996d, S. 129-139.

STRAUß, B. & SCHMIDT, S.: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik*. In: Psychotherapeut 1997, 42, S. 1-16.

STRAUß, B. / KRIEBEL, R. & MATTKE, D.: Probleme der Qualitätssicherung in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: Psychotherapeut 1998, 43, S. 18-25.

STRAUß, B. & SCHUMACHER, J. (Hrsg.): Klinische Interviews und Ratingskalen, Hogrefe 2005.

STRAUß, B. et al.: Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 2006, 42, S. 207-229.

STREET, R.L. & BULLER, D.B.: Nonverbal response patterns in Physician-Patient Interactions: *A functional analysis*. In: Journal of Nonverbal Behaviour 1987, 11, S. 234-253.

STREICH, W. / KLEMPERER, D. & BUTZLAFF, M.: Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: BÖCKEN, J. / BRAUN, B. & SCHNEE, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2002. *Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft,* Gütersloh 2002, S. 35-51.

STREUF, R. et al.: Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2007, 12, S. 113-120.

STROHSCHEIN, F.-R.: Vielleicht neue Aspekte zur Befragtenauswahl und -anzahl, zur Fragebogengestaltung und -interpretation – *aus empirischer Sicht der Konsumgüterforschung*. In: Interview & Analyse 1981, 8, S. 247-249.

STRODTHOLZ, P. & BADURA, B.: Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In: WENDT, C. & WOLF, C. (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, Wiesbaden 2006, S. 444-463.

STROMBERG, C. & BOEHNKE, K.: Werte und Lebenszufriedenheit: *Gleiche Konsequenzen des soziokulturellen Wandelns in Ost- und Westberlin?* In: SCHMITT, M. & MONTADA, L. (Hrsg.), Gerechtigkeitserleben im wiedervereinigten Deutschland, Opladen 1999, S. 45-66.

STROWING, A.: Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: *the prominence of depressed mood*. In: Journal of Substance Abuse Treatment 2000, 19, S. 469-474.

STRÜBING, J.: Grounded Theory. *Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, Wiesbaden 2004.

STRUNK, G. & SCHIEPEK, G.: Dynamische Komplexität in der Therapeut-Klient-Interaktion. *Therapieforschung aus dem Geiste der Musik*. In: Psychotherapeut 2002. 5, S. 291-300.

STRUPP, H.H. / WALLACH, M.S. & WOGAN, M.: Psychotherapy experience in retrospect: *Questionnaire survey of former patients and their therapists*. In: KIMBLE, G.A. (Hrsg.), Psychological monographs general and applied 1964, 78, WholeNo. 588.

STRUPP, H.H. / FOX, R.E. & LESSLER, K.: Patients view their psychotherapy, London 1969.

STRUPP, H.H. & BLOXOM, A.L.: Preparing lower-class patients for group psychotherapy: *development and evaluation of a role-induction film*. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973, 41, S. 373-384

STRUPPE, M. & SATZINGER, W.: Eine methodische Grundvariante von Patientenbefragungen: *Der ereignisorientierte Ansatz*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF,

P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 285-290.

STUCKI, C. & GRAWE,K.: Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten.* In: Psychotherapeut 2007, 1, S. 16-23.

STÜCKEN, M.: Mystery Reserach oder Kundenzufriedenheitsbefragung? *Eine Analyse der Methoden.* In: planung & analyse 2003, Heft 5, S. 1-8.

STUDER, W. / SCHERER, M. & HIMMEL, W.: Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008, 133, S. 67-70.

STUMME, W.: Das Bild vom psychisch Gestörten und seinem Therapeuten in den Massenmedien. In: Praxis der Psychotherapie 1973, 28, S. 193-199.

STUMME, W.: Psychiatrische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung – *Eine Kritik der Vorurteilsforschung*, München u.a. 1975.

STUMME, W.: Psychiatrie-Enquête und empirische Sozialforschung. In: FERBER, C.v. & KAUFGMANN, F.-X. (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik, Opladen 1977, S. 569-576.

STUMPFE, K-D.: Der psychogene Tod, Stuttgart 1973.

STUNDER, W. / SCHERER, M. & HIMMEL, W.: Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? In: Deutsch Medizinische Wochenschrift 2008, 133, S. 67-70.

STURM, H. / TROJAN, A. & HILDEBRANDT, H.: Wie reagieren die Hamburger Krankenhäuser auf ihre Beurteilung durch die DAK-Patientenbefragung. *Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausleitungen.* In: SCHUPETA, E. & HILDEBRANDT, H. (Hrsg.), Patientenzufriedenheit messen und steigern. *Was Krankenhäuser von Patienten lernen können*, Sankt Augustin 1999, S. 193-211.

SUCKERT-WEGERT, K.: Das Klientenzentrierte Konzept der Gesprächspsychotherapie und die "Therapeutenzentrierte" Erwartungshaltung des Klienten. *Eine empirische Untersuchung über die Effekte vortherapeutischer Beeinflussung falscher Klientenerwartungen auf den Therapieverlauf,* Münster 1976.

SUDNOW, D.: Organisiertes Sterben. *Eine soziologische Untersuchung*, Frankfurt/M. 1973.

SÜNKER, H.: Bildung, Alltag und Subjektivität. *Elemente zu einer Theorie der Sozialpädagogik*, Weinheim 1989.

SÜß, H.-M.: Evaluation von Alkoholismustherapie, Bern 1988.

SÜß, H.-M.: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: *Ergebnisse einer Meta-Analyse.* In: Psychologische Rundschau 1995, 46, S. 248-266.

SÜßKIND, P.: Die Geschichte von Herrn Sommer, Zürich 1994.

SUDMANN, S. & BRADBURN, N.M.: Asking Questions. *A Practical Guide to Questionnaire Design,* 2. Aufl., San Francisco 1983.

SUDMANN, S. & BRADBURN, N.M. & SCHWARZ, N.: Thinking about Answers. *The Application of Cognitive Processes to Survey Methodology*, San Francisco 1996.

SUH, E.M. / DIENER, E. & FUJITA, F.: Events and subjective well-being: *Only recent events matter*. In: Journal of Personality and Social Psychology 1996, 70, S. 1091-1102.

SULLIVAN, T. / MARTIN, W.L. & HANDELSMANN, M.M.: Practical benefits of an informed-consent procedure: *An empirical investigation*. In: Professional Psychology: Research and Practice 1993, 24, S. 160-163.

SUMMERS, J.O. & GRANBOIS, D.H.: Predicative and Normative Expectations in Consumer Dissatisfaction and Complaining Behaviour. In: Advances in Consumer Research 1977, 4, S. 155-158.

SUTHERLAND, B.V. & SPILKA, B.: Social Desirability, Item-Response Time and Items Significance. In: Journal of Consulting Psychology 1964, 28, S. 447-451.

SVENSSON, B. & HANSSON, L.: Patient satisfaction with psychiatric care. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1994, 90, S. 379-384.

SWAN, J.E. & CARROLL, M.: Patient satisfaction: an overview of research – 1965 to 1978. HUNT, H.K. & DAY, R.L. (Hrsg.), Refining Concepts and Measures of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour, Indiana University Press, Bloomington 1979, S. 112-118.

SWAN, J.E. & TRAWICK, F.I.: Satisfaction related to Predicative vs. Desired Expectations. In: DAY, R.L. & HUNT, H.K. (Hrsg.), Refining Concepts and Measures of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour. *Papers from the 4 Annual Conference on Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour in Indiana 1979,* Bloomington u.a. 1979, S. 7-12.

SWAN, J.E. / TRAWICK, F.I. & CARROLL, M.G.: Satisfaction related to Predicative vs. Desired Expectations: *A Field Study*. In: DAY, R.L. & HUNT, H.K. (Hrsg.), New Findings on Consumer Satisfaction and Complaining. *Papers from the 5 Annual Conference on Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour in St. Louis 1980*, Bloomington u.a. 1982, S. 15-22.

SWAN, J.E. et al.: Deeping the understanding of hospital patient satisfaction: *fulfilment and equity effects*. In: Journal of Health Care Marketing 1985, 5 (3), S. 7-18.

SWANSON, K.A. et al.: Effect of Mental Health Care and Shared Decision Making on Patient Satisfaction in a Community Sample of Patients with Depression. In: Medical Care Research & Review 2007, 64, S. 416-430.

SWEARINGEN, D.J. & THOMPSON, J.M.: What does the patient think? An evaluation of a general psychiatric ward. In: Hospital Community Psychiatry 1978, 29, S. 182-184.

SWERTZ, P.: Das Spital aus dem Blickwinkel des Patienten. In: Schweizer Spital-Veska 1984, 9, S. 54-57.

SWERTZ, P. & STEININGER, S.: Vergleichende Patientenbefragung – *Ein Service-Angebot für Krankenhäuser*. In: Krankenhaus Umschau 1987, 56 (10), S. 828-831.

SWOBODA, E. et al.: Die Bewertung der Qualität klinisch-psychiatrischer Versorgung durch die Patienten – *Ergebnisse einer Patientenbefragung im Landeskrankenhaus Rankweil, Abteilung Psychiatrie I*. In: Krankenhauspsychiatrie 1997, 8, S. 147-150.

SWOBODA, E. et al.: Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. *Ergebnisse einer Patientenbefragung*. In: Krankenhauspsychiatrie 2000, 11, S. 13-20.

SWOBODA, H.: Die Qualität des Lebens. *Vom Wohlstand zum Wohlbefinden*, Stuttgart 1973.

SYDOW, K.v. / WEBER, A. & REIMER, C.: „Psychos" in den Medien. *Eine Inhaltsanalyse der Titelbilder von acht deutschen Zeitschriften aus dem Zeitraum von 1947 bis 1995*. In: Psychotherapeut 1998, 43 (2), S. 80-91.

SYMANOWSKI, H. & VILMAR, F.: Die Welt des Arbeiters. *Junge Pfarrer berichten aus der Fabrik*, 4. Aufl., Frankfurt/M. 1964.

SZABO, E.: Anwendung der Prinzipien der "neuen" Anthropologie auf den Forschungsbereich Organisationskultur: *Eine ethnographische Studie in einem österreichischen Krankenhaus*. In: Zeitschrift für Personalforschung 1997, 11, S. 373-377:

SZASZ, T.S.: Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? *Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*, Freiburg 1972.

SZASZ, T.S.: Die Fabrikation des Wahnsinns, Freiburg 1974.

SZASZ, T.S.: Psychiatrie, die verschleierte Macht. Freiburg 1975.

SZASZ, T.S.: Recht, Freiheit und Psychiatrie. Wien u.a. 1978a.

SZASZ, T.S.: Das Ritual der Drogen, Wien u.a. 1978b.

SZASZ, T.S.: Das psychiatrische Testament, Berlin 1993.

SZASZ, T.S.: Grausames Mitleid. *Über die Aussonderung unerwünschter Menschen*, Frankfurt/M. 1997.

SZASZ, T.S. & HOLLENDER, M.H.: A contribution to the philosophy of medicine*: the basic models of the doctor-patient relationship*. In: Archives of Internal Medicine 1956, 97, S. 585-592.

SZYMANSKI, D. & HENARD, D.: Customer Satisfaction: *A Meta-Analysis of the Empirical Evidence*. In: Journal of the Academy of Marketing Science 2001, 29, S. 16-35.

SZYSZKA, W.: Information und Kommunikation im Krankenhaus – *Eine krankenhaussoziologische Studie*, Heidelberg 1981.

TANIMOTO, S. et al.: The psychological and physiological effects of an intensive-care unit environment on healthy individuals. In: Clinical Performance and Quality Healthcare 1999, 7, S. 77-82.

TASA, K. / BAKER, G.R. & MURRAY, M.: Using patient feedback for quality improvement. In: Quality Management in Healthcare 1996, 4, S. 56-67.

TASSO, K. et al.: Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. In: Hospital Topics 2002, 80, S. 4-10.

TATARKIEWICZ, W.: Über das Glück, Stuttgart 1984.

TATARKIEWICZ, W.: Glück ist … In: Psychologie heute 1984a, 12, S. 22-24.

TATARKIEWICZ, W.: Glücksregeln. In: Psychologie heute 1984b, 12, S. 28-29.

TAUSCH, R.: Hilfen bei Stress und Belastungen. *Was wir für unsere Gesundheit tun können*, 10. Aufl., Reinbek 2001.

TAUSCH, R.: Sinn in unserem Leben. In: AUHAGEN, A.E. (Hrsg.), Positive Psychologie. *Anleitung zum „besseren" Leben*, Weinheim 2004, S. 86-102.

TAUTZ, G.: Orden, Preise und Medallien. *Staatliche Auszeichnungen der Deutschen Demokratischen Republik,* Leipzig 1980.

TAX, S.S. / BROWN, S. & CHANDRASHEKARAN, M.: Customer Evaluation of Service Complaint Experiences: *Implications for Relationship Marketing.* In: Journal of Marketing 1998, 62, S. 60-76.

TAX, S.S. & BROWN, S.: Kundenbeschwerden: *Was Fairness bringt.* In: Harvard Business Manager 2000, 22 (1), S. 94-107.

TAYLOR, C.: Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung, Frankfurt/M. 1996.

TAYLOR, F.W.: Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung, Weinheim und Basel 1977.

TAYLOR, K.: A Regret Theory Approach to Assessing Consumer Satisfaction. In: Marketing Letters 1997, 8, S. 229-238.

TAYLOR, S.: Waiting for service: *The relationship between delays and evaluations of service.* In: Journal of Marketing 1994, 58, S. 56-69.

TAYLOR, S.: The effects of filled waiting time and service provider control over delay on evaluations of service. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1995, 23, S. 38-48.

TAYLOR, S.A. & CRONIN, J.J.: Modelling patient satisfaction and service quality. In: Journal of Health Care Marketing 1994, 14, S. 34-44.

TAYLOR, S.E.: The interface of cognitive and social psychology. In: HARVEY, J. (Hrsg.), Cognition, social behaviour, and the environment, New York 1981, S. 189-211.

TAYLOR, S.E.: Mit Zuversicht. *Warum positive Illusionen für uns so wichtig sind*, Reinbek 1995.

TAYLOR, S.E. & BROWN, J.: Illusion and well-being: *A social psychological perspective on mental health.* In: Psychological Bulletin 1988, 103, S. 193-210.

TEAGUE, G.: Patient perceptions of care measures. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Hrsg.), Handbook of psychiatric measures, Washington 2000, S. 169-175.

TEAS, R.K.: Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality. In: Journal of Marketing 1993, 57, S. 18-34.

TEAS, R.K.: Expectations as a comparison standard in measuring service quality: *An assessment of a reassessment.* In: Journal of Marketing 1994, 58, S. 132-139.

TEHRANI, E. et al.: Droping out of psychiatric treatment: *a prospective study of a first-admission cohort.* In: Acta Psychiatrica Scandinavia 1996, 94, S. 266-271.

TELLENBACH, H.: Aspekte der Zeit. *Ihre Deformation in psychischen Störungen.* In: Zeitschrift für Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1990, 30, S. 52-61.

TEMPEL, G. & VON HUNDELSHAUEN, B.: Was erlebt der Patient auf der Intensivstation? In: Die Schwester/Der Pfleger 1980, 19, S. 576ff.

TENBRUCK, F.: Freundschaft. *Ein Beitrag zu einer Soziologie der persönlichen Beziehungen.* In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1964, 16, S. 431-456.

TENZER, E.: Gerechtigkeit: *Die Basis für Zufriedenheit.* In: Psychologie heute 2002, 5, S. 26-29.

TERHAAR, S. & TIGGES-LIMMER, K.: Zum Einfluss von Coping, irrationalem Denken und sozialer Unterstützung auf Rückfälle während einer stationären Entwöhnungsbehandlung. In: DE JONG-MEYER, R. & HEYDEN, T. (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen, München 1993, S. 181-200.

TERPORTEN, D. et al.: Die Nutzerperspektive untersucht von Nutzern psychiatrischer Einrichtungen. In: Psychiatrische Praxis 1995, 22, S. 117-118.

TERPORTEN, G.: Kognitive Prädikatoren des Behandlungsergebnisses bei jungen Alkoholabhängigen, Regensburg 1992.

TERZIOGLU, P.: Der Beginn einer guten Zusammenarbeit. *Zwischenbericht über ein Forschungsprojekt zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Psychiatern und psychoseerfahrenen Patienten.* In: GestaltTherapie – Forum für Gestaltperspektiven 2001, 15, S. 97-114.

TERZIOGLU, P.: Patientenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung. In: Rundbrief Gemeindepsychologie 2002, 8, S. 4-13.

TERZIOGLU, P.: Gelungene Zusammenarbeit. *Eine qualitative Untersuchung zur Umsetzung partizipativer Aspekte in der Zusammenarbeit von psychoseerfahrenen Patienten und niedergelassenen Psychiatern,* Berlin 2004.
URL:http://www.diss.fu-berlin.de/2004/278
[Stand 01.08.2007]

TERZIOGLU, P.: Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis, Bonn 2005.

TERZIOGLU, P.: Patientenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung. In: SECKINGER, M. (Hrsg.), Partizipation – Ein zentrales Paradigma. *Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern*, Tübingen 2006, S. 35-54.

TERZIOGLU, P. et al.: Kommunikative und soziale Kompetenzen: *Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen.* In: Deutsches Ärzteblatt 2003, 100, S. A 2277-2279.

TERZIOLGU, P. & ZAUMSEIL, M.: Wie kann eine partizipative Zusammenarbeit zwischen Patienten und Ärzten gelingen? *Zum Konzept der geteilten Entscheidungen in der psychiatrischen Praxis.* In: KNUF, A. / OSTERFELD, M. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, 5. Aufl., Bonn 2007, S. 211-227.

TESCH-RÖMER, C.: Subjektive Lebenszufriedenheit oder Unzufriedenheit im Alter? *Befunde aus dem Alterssurvey*. In: Informationsdienst Altersfragen 2006, 33, S. 14-15.

TEWES, U. et al.: Medizinische Psychologie I. *Psychologische Konzepte für die Medizin,* Mainz 1978.

THEINE, M.: Endlos in der Warteschleife? In: Krankenhaus Umschau 2001, Heft 9, S. 756-758.

THEIS, H.-J.: Patientenzufriedenheitsstudien – der direkte Weg zur Kundenbindung in der Arztpraxis. *Bedeutung, Akzeptanz und Voraussetzungen aus wissenschaftlicher Sicht*. In: Impdf*Dialog* 2005a, 2, S. 87-93.

THEIS, H-J.: Mit „Praximeter" und „Vaccimeter" zu mehr Kundenbindung in der Arztpraxis. *Standardisierte Patientenzufriedenheitsmessung und Impfstatuserfassung schaffen Vertrauen beim Patienten*. In: Impf*Dialog* 2005b, 3, S. 145-150.

THEIS, H.J.: Praxis-Monitoring: Auf direktem Weg zur Patientenbindung. *Neue Werkzeuge zur standardisierten Kundenzufriedenheitsmessung und Impfstatuserfassung.* In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 1, S. 8-12.

THEMANN, U.: Alte Menschen in den Heimen des Landkreises Leer. *Situationsanalyse der Altenheimbewohner im Landkreis Leer*, Emden 1981.

THEOPHRAST: Der Unzufriedene. In: Ders, Charaktere, Stuttgart 1865, S. 32-33.

THIELHORN, U. & MÜLLER, K.: Ausgangspunkt Kunde. *Mit patientendefinierten Qualitätskriterien neue Konzepte schaffen*. In: Häusliche Pflege 2001, 10(9), S. 37-40.

THIELHORN, U. & MÜLLER, K.: Was sich Patienten wünschen. *Die Sicht der Patienten und Konsequenzen für die ambulante Pflege*. In: Krankenhausdienst 2002, 75(7), S. 193-200.

THIERBACH, A. et al.: Die emotionale Zufriedenheit von Patienten mit der anästhesiologischen Betreuung. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 2003, 38, S. 85-93.

THILL, K.-D.: Kundenzufriedenheitsmanagement als strategisches Entwicklungsinstrument für Krankenhäuser. In: f&w im Krankenhaus 1995, 12, Heft 6, S. 602-605.

THILL, K.-D.: Die Kundenzufriedenheitsanalyse als Baustein der Krankenhauskommunikations-Strategie. *Mehr Erfolg durch gezielte Marktforschung*. In: Krankenhaus Umschau 1996, 4, S. 232-234.

THILL, K.-D.: Besucher-Zufriedenheitsmanagement – *Ein strategischer Ansatz zur erfolgreichen Krankenhausentwicklung*. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, S. 222-225.

THILL, K.-D.: Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. *Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung,* Köln 2008.

THIMM, W.: Das Normalisierungsprinzip – *Eine Einführung*, Marburg 1985.

THOMA, M. & ZIMMERMAN, M.: Zum Einfluss der Befragungstechnik auf den Rücklauf bei schriftlichen Umfragen. *Experimentelle Befunde zur "Total Design Method"*. In: ZUMA-Nachrichten 1996, 39, S. 141-157.

THOMAE, H.: Nutzung von Einrichtungen und Veranstaltungen der Offenen Altenhilfe und Lebenszufriedenheit. *Bericht über eine Erkundungsstudie*, Stuttgart 1979.

THOMAE, H.: Alternsstile und Altersschicksale. *Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie*, Bern 1983.

THOMAE, H.: Lebenszufriedenheit. In: OSWALD, W.D. et al. (Hrsg.), Gerontologie. *Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, Stuttgart 1984, S. 271- 275.

THOMAE, H.: Alternsstile und Alternsschicksale. In: Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1985, 4, S. 425-436.

THOMAE, H.: Lebenszufriedenheit im Alter. *Geschichte und Gegenwart eines gerontologischen Grundbegriffs*. In: KRUSE, A. et al. (Hrsg.), Gerontologie – *Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis*, München 1988, S. 210-223.

THOMAE, H.: „Aktiv sein ist ein wichtiger Faktor für Zufriedenheit im Alter". In: Psychologie heute 2000, Heft 8, S. 42-47.

THOMAE, J.: Die Notwendigkeit einer adäquaten Information des Patienten im Krankenhaus. In: PINDING, M.: Krankenpflege in unserer Gesellschaft, Stuttgart 1972, S. 169-174.

THOMAS, G.: Soziotherapeutische und freizeitpädagogische Aspekte in der Therapie Suchtkranker am Beispiel des Lernziels Genussfähigkeit. In: Suchtgefahren 1989, 35, S. 397-401.

THOMAS, W.I. & THOMAS, D.S.: Das Kind in Amerika. In: THOMAS, W.I. (Hrsg.), Person und Sozialverhalten, Neuwied 1965.

THOMAS, L.M. et al.: Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. In: International Journal of Quality in Health Care 1995, 7, S. 153-163.

THOMAS, L.H. & BOND, S.: Measuring patients' satisfaction with nursing: *1990-1994*. In: Journal of Advanced Nursing 1996, 23, H.4, S. 747-756.

THOMMEN-BILGER, S.: Prozessforschung in der ambulanten Psychotherapie: *Existieren praxistaugliche schulenspezifische oder schulenübergreifende Instrumente?* Zürich 2004.

THOMSPEN, S.C. / PITTS, J.S. & SCHWANKOVSKY, L.: Preferences for involvement in medical decision-making: *situational and demographic influences*. In: Patient Education and Counselling 1993, 22, S. 133-140.

THOMSEN, A.: Expectation in relation to achievement and happiness. In: Journal of Abnormal and Social Psychology 1943, 38, S. 53-73.

THOMPSON, A.G.H. & SUNOL, R.: Expectations as determinants of patient satisfaction: *Concepts, theory and evidence*. In: International Journal of Quality in Health Care 1995, 7, S. 127-141.

THOMPSON, D.A. & YARNOLD, P.R.: Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: *The disconfirmation paradigma*. In: Academic Emergency 1995, 12, S. 1057-1062.

THORBERG, F.A. et al.: Alexithymia and alcohol use disorders: *a critical review*. In: Addictive Behaviours 2009, 34, S. 237-245.

THOUREAU, H.D.: Vom Spazieren. *Ein Essay*, Zürich 2001.

THOUREAU, H.D.: Walden. *Ein Leben mit der Natur*, 5. Aufl., München 2007.

THUNER, F.: Zur Entscheidungsschwierigkeit von Selbsturteilen. *Ein Leistungsaspekt bei Persönlichkeitsfragebogen*. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 1965, 12, S. 161-171.

TIETZE, B.: Humanisierung der Arbeitswelt: *Theoretisches Programm und politische Praxis*. In: ARBEITSGEMEINSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER PARTNERSCHAFT IN DER WIRTSCHAFT (AGP) (Hrsg.), Humanisierung der Arbeitswelt, Köln 1975, S. 35-55.

TIETZE, M.: Die heilende Kraft des Lachens. *Frühe Beschämungen durch therapeutischen Humor heilen,* München 1996.

TIETZE, M. / ESCHENRÖDER, C.T. & SALAMEH, W.A.: Therapeutischer Humor – *ein Überblick*. In: Integrative Therapie 1994, 20, S. 200-234.

TIETZE, M. & ESCHENRÖDER, C.T.: Therapeutische Humor. *Grundlagen und Anwendungen*, Frankfurt/M. 1998.

TIGGEMANN, M. & SLATER, A.: Thin ideals in music television: *A source of social comparison and body dissatisfaction.* In: International Journal of Eating Disorders 1996, 35, S. 48-58.

TIGGEMANN, M. & SLATER, A.: The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. In: Journal of Social and Clinical Psychology 2004, 23, S. 23-44.

TIMKO, C. & MOOS, R.: Outcomes of the treatment climate in psychiatry and substance abuse programs. In: Journal of Clinical Psychology 1998a, 54, S. 1137-1150.

TIMKO, C. & MOOS, R.: Determinants of the Treatment Climate in Psychiatric and Substance Abuse Programs: *Implications for Improving Patient Outcomes*. In: Journal of Nervous & Mental Disease 1998b, 186, S. 96-103.

TINBERGEN, N.: Die Übersprungbewegung. In: Zeitschrift für Tierpsychologie 1940, 4, S. 1-40.

TINNEFELDT, G.: Das Ohr am Kunden. In: Altenheim 1998, 8, S. 10-14.

TINSLEY, H.E.A. / WORKMAN, K.R. & KASS, R.A.: Factor analysis of the domain of client expectations about counselling. In: Journal of Counselling Psychology 1980, 27, S. 561-570.

TINSLEY, H.E.A. et al.: Manipulation of Expectations about Consoling and Psychotherapy: *Review and Analysis of Expectancy Manipulation Strategies and Results*. In: Journal of Counselling Psychology 1988, 35, S. 99-108.

TINSLEY, H.E.A. & WESTCOT, A.M.: Analysis of the Cognitions Stimulated by the Items on the Expectations about Counselling-Brief Form: *An Analysis of Construct Validity*. In: Journal of Counselling Psychology 1990, 37, S. 223-226.

TINSLEY, D.J. & HOLT, M.S.: A construct validation study of the Expectations about Counselling Brief-Form: *Factorial validity*. In: Measurement & Evaluation in Counselling & Development 1991, 24, S. 101-111.

TISCH, M. / SCHETTILIN, J. & MAIER, H.: Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. *Ergebnisse einer prospektiven Studie am Beispiel einer HNO-Abteilung*. In: HNO 2002, 1, S. 70-75.

TISCHER, B.: Die vokale Kommunikation von Gefühlen, München 1993.

TOBAMIDANIK, L. & ZABKIEWICZ, D.: Indicators of sense of coherence and alcohol consumtion-related problems. In: Substance Use & Misuse 2009, 44, S. 357-373.

TODOROV, T.: Abenteuer des Zusammenlebens. *Versuch einer allgemeinen Anthropologie*, Berlin 1996.

TÖDTE, M.: Blitzlichter. *Ein subjektiver Blick von PatientInnen auf stationäre medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger. Eine kleine Studie zum Perspektiven- und Geschlechtervergleich,* Essen 2005.

TÖLLE, R.: Der Patient und die Psychiatrie – historisch und aktuell. In: KRISOR, M. & WUNDERLICH, K. (Hrsg.), Psychiatrie auf dem Weg – *Von der Anstalt zum Menschen*, Lengerich 2004, S. 31-42.

TÖNNIES, S.: Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene ISE, Weinheim 1982.

TÖNNIES, S.: Zusatzinventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene, Weinheim 1986.

TÖNNIES, S.: Positives Denken: Wo bleibt das Negative. In: Psychologie heute 1988, H. 11, S. 22-28.

TÖNNIES, S.: Selbstkommunikation. *Empirische Befunde zu Diagnostik und Therapie*, Heidelberg 1994.

TÖNNIES, S.: Vom gesunden und kranken Denken: *Die Bedeutung der Kognitionen und ihre Selbstkommunikation für die seelische Gesundheit*. In: LUTZ, R. & MARK, N. (Hrsg.), Wie gesund sind kranke? Göttingen 1995, S. 123-137.

TÖNNIES, S. & TAUSCH, R.: Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1981, 10, S. 51-63.

TÖPFER, A.: Kundenzufriedenheit messen und steigern, Neuwied 1996a.

TÖPFER, A.: Anforderungen und Probleme bei der Messung von Kundenzufriedenheit. In: AHSEN, A. & CZENSKOWSKY, T. (Hrsg.), Marketing und Marktforschung – *Entwicklungen, Erweiterungen und Schnittstellen im nationalen und internationalen Kontext*, Hamburg 1996b, S. 499-513.

TÖPFER, A.: Konzeption und Messung der Zufriedenheit von Adressaten der Klinikleistung. In: ALBRECHT, D.M. & TÖPFER, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. *15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken*, Berlin 2006, S. 183-202.

TÖPFER, A. & CHINA, R.: Die Kundenzufriedenheitsfalle. *Wie man hohe Kundenzufriedenheit in hohe Kundenbindung und hohe Gewinne umsetzt*. In: der markt 1997, 36, S. 11-20.

TÖPFER, A. & MANN, A.: Kundenzufriedenheit als Meßlatte für den Erfolg. In: TÖPFER, A. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit messen und steigern, 2. Aufl., Neuwied 1999, S. 59-112.

TÖPFER, A. & ALBRECHT, M.D.: Anforderungen, Schlüsselbereiche und Mitwirkende des Veränderungsmanagements. In: ALBRECHT, D.M. & TÖPFER, A. (Hrsg.), Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. *15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken,* Berlin 2006, S. 581-602.

TOLKMITT, F.J. et al.: Vokale Indikatoren des Therapieverlaufs bei depressiven und schizophrenen Patienten. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982, S. 364-378.

TOLLE, E.: Informationsökonomische Erkenntnisse für das Marketing bei Qualitätsunsicherheit der Konsumenten. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1994, 46, S. 926-938.

TOLLITON, H.J.: Initial expectations and outcome. In: British Journal of Medical Psychologie 1973, 46, S. 251-257.

TOLSON, M. / SMITH, M. & KNIGHT, P.: An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: *a multimethod design*. In: Journal of Advanced Nursing 1999, 30, S. 1127-1136.

TOLSON, W.W. et al.: Urinary catecholamine response associated with hospital admission in normal human subjects. In: Journal Psychosomatic Research 1965, 8, S. 365-372.

TOMCZAK, T. & DITTRICH, S.: Die Kundenzufriedenheit als strategischer Erfolgsfaktor. In: DICHTL, E. (Hrsg.), Kundenzufriedenheit erreichbar und bezahlbar?, Mainz 1996, S. 16-36.

TOMINAGA, M.: Die kundenfeindliche Gesellschaft. *Erfolgsstrategien für Dienstleister*, Düsseldorf 1996.

TOMOZEI, A.V.: Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik und der Psychiatrischen Klinik der LUM München, München 2006.

TORREY, E.F.: The mind game: *witch doctors and psychiatrists*, New York 1972.

TOUSSAINT, J.-P.: Das Badezimmer, München 1987.

TRACEY, T.: Relationship of Responsibility Attribution Congruence to Psychotherapeutic Outcome. In: Journal of Social and Clinical Psychology 1988, 7, S. 131-146.

TRÄNKLE, U.: Untersuchungen zur Verständlichkeit dreier Fragebogen zur Messung der Arbeitszufriedenheit. In: Psychologie und Praxis 1982, 26, S. 170-181.

TRÄNKLE, U.: Fragebogenkonstruktion. In: FEGER, H. & BREDEKAMP, J. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. *Themenbereich B: Methodologie und Methoden. Serie I: Forschungsmethoden der Psychologie. Band 2: Datenerhebung*, Göttingen 1983, S. 222-301.

TRAMPE, D. / STAPEL, D.A. & SIERO, F.W.: On models and vases: *Body dissatisfaction and proneness to social comparison effects*. Journal of Personality and Social Psychology 2007, 92, S. 106-18.

TRAUT-MATTAUSCH, E. & JONAS, E.: Welche Bedingungen beeinflussen die Nutzung von Kundenbeschwerden als Innovationspotenzial? In: Wirtschaftspsychologie 2007, 9, S. 64-73.

TRAUTWEIN, U.: Die temporalen Facetten der Lebenszufriedenheit. *Eine deutsche Adaption der Skala von Pavot, Diener und Suh (1998).* In: Diagnostica 2004, 50, S. 182-192.

TRAXEL, W. & HEIDE, H.-J.: Dimensionen der Gefühle. In: Psychologische Forschung 1961, 26, S. 179-204.

TREADWAY, J.: Patient satisfaction and the content of general practice consultations. In: The Journal of the Royal College of General Practitioners 1983, 33, S. 769-771.

TREIBEL, A.: Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart, 7. Aufl., Wiesbaden 2006.

TRENKEL, A.: Zur therapeutischen Beziehung in der Praxis. In: BATTEGAY, R. & TRENKEL, A. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Bern 1978, S. 127-144.

TRENKLER, H.: Das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht des Patienten, dargestellt an Ergebnissen der Interviewaktion aus dem Bezirk Cottbus im Jahre 1967, Berlin 1969.

TRETTER, F.: Ökologie der Sucht. *Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge*, Göttingen 1998.

TRIEMER, A. & RAU, R.: Stimmungskurven im Arbeitsalltag – *eine Feldstudie.* In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 2001, 22, S. 42-55.

TRIER, J.: Umfrage und Meinung. In: Archiv für Begriffsgeschichte 1964, 9, S. 189-201.

TRIESCHMAN, A.E. / WITTAKER, J.K. & BRENDO, L.K.: The Other 23 Hours, Chicago 1969.

TRILL, R.: Krankenhausmanagement. *Aktionsfelder und Erfolgspotentiale*, Berlin 1996.

TRIVERS, R.: The evolution of reciprocal altruismus. In: Quarterly Review of Biology 1971, 46, S. 35-57.

TOJAN, A.: Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. *Zur institutionalisierten und selbstorganisierten Formen der Interessenvertretung von Patienten.* In: LUNDT, S. (Hrsg.), Rebellion gegen das Valiumzeitalter. *Überlegungen zur Gesundheitsbewegung*, Berlin 1980, S. 219-238.

TROJAN, A.: Sozial-Reformer, Sozial-Techniker, Sozial-Forscher: *Zur Identität der Medizin-Soziologien.* In: Mit den Händen denken. *Beiträge zur Psychiatrie. Klaus Dörner zum 50.*, Bonn 1993.

TROJAN, A.: Warum sollen Patienten befragt werden? *Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen (II).* In: RUPRECHT, T.M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele,* St. Augustin 1998, S. 15-30.

TROJAN, A. et al.: *»Seitdem ich diese Gruppe habe, lebe ich richtig auf ...«* Aktivitäten, Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen. In: TROJAN, A. (Hrsg.), Wissen ist Macht. *Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen*, Frankfurt/M. 1986, S. 163-210.

TROJAN, A. & NICKEL, S.: Qualität eines Krankenhauses aus Patientensicht. *Befragungsergebnisse aus der Begleitforschung eines „Gesundheitsfördernden Krankenhauses" in Hamburg.* In: Gesundheitswesen 1995, 57, S. 559.

TROJAN, A. & NICKEL, S.: Begleitende Maßnahmen-Evaluation der Gesundheitsförderung bei Patienten im Modell-Krankenhaus "Alten Eichen", Schlußbericht des NFVPH-Projekts B 1 am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätskrankenhauses Hamburg 1996.

TROJAN, A. & NICKEL, S.: Chancen und Grenzen der Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht – *Das europäische WHO-Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus*". In: Gesundheitswesen 1997, 57, A6.

TROJAN, A. / NICKEL, S. & SCHNEIDERS-KASTING, P.: Qualitätsbeurteilungen aus Patientensicht – *exemplarische Ergebnisse aus dem europäischen WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser"*. In: Gesundheitswesen 1997a, 59, S. 720-725.

TROJAN, A. / NICKEL, S. & SCHNEIDERS-KASTING, P.: Gesundheitsförderung im Krankenhaus durch Patientenbefragungen? In: Gesundheitswesen 1997b, 59, A89.

TROJAN, A. & NICKEL, S.: Entwicklung und Erprobung eines Berichtsmusters der Rückmeldung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen. *Erfahrungsbilanz aus 4 Krankenhäusern und 9 Expertengesprächen.* In: Gesundheitswesen 1999, 61, A199-A200.

TROJAN, A. & NICKEL, S.: Wiederholte Patientenbefragung als Instrument von qualitätsverbessernden Interventionen im Krankenhaus. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001a, S. 139-149.

TROJAN, A. & SATZINGER, W.: Nachwort, oder: *Was ist zu beachten, damit Patientenbefragungen die Patientenversorgung verbessern helfen?*. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001b, S. 377-386.

TROJAN, A. & KOCH, U.: Patient als Partner? In: Bundesgesundheitsblatt 2001c, 45, S. 1-2.

TROJAN, F.: Der Ausdruck der Sprechstimme, 2. Aufl., Wien 1952a.

TROJAN, F.: Experimentelle Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen dem Ausdruck der Sprechstimme und dem vegetativen Nervensystem. In: Folia Phoniatrica 1952b, 4, S. 65-92.

TROJAN, F.: Psychodiagnostik der Sprechstimme. In: Folia Phoniatrica 1953, 5, S. 216-223.

TROJAN, F.: Die Stimme des Hypnotiseurs. In: Folia Phonatrica 1960, 12, S. 137-144.

TROJAN, F.: Biophonetik, Mannheim 1973.

TROJAN, F.: Die Generatoren des stimmlichen Ausdrucks. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982, S. 59-77.

TROSCHKE, J.V.: Das Kind als Patient im Krankenhaus. *Eine Auswertung der Literatur zum psychischen Hospitalismus*, München und Basel 1974.

TROSCHKE, J.V. & SIEGRIST, J.: Das Krankenhaus-Patientenheft in der Erprobung. *Befragungsergebnisse über die Anwendungsmöglichkeiten eines Patientenleitfadens.* In: Deutsches Ärzteblatt 1977, 74, S. 2393-2396.

TROSCHKE, J.V. & JÜNGER, E.: Patienten-Information durch gezielte Rundfunksendungen baut Unsicherheit ab. In: Krankenhaus 1978, 70, S. 473-477.

TROST, A.: Das Antwortverhalten befragter Mitarbeiter – eine kognitionspsychologische Perspektive. In: BUNGARD & JÖNS (Hrsg.), Mitarbeiterbefragung. *Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements*, München 1997, S. 130-147.

TRUAX, C.B.: Therapist empathy, warmth and genuineness and patient personality change in group psychotherapy: *a comparison between interaction unit measures, time sample measures, and patient perception measures*. In: Journal of Clinical Psychology 1966, 22, S. 225-229.

TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R.: Personality change in hospitalized mental patients during group psychotherapy as a function of alternative sessions and vicarious therapy pre-training. In: Journal of Clinical Psychology 1965, 21, S. 225-228.

TRUAX, C.B. et al.: Therapist empathy, genuineness, and warmth and patient therapeutic outcome. In: Journal of Consulting Psychology 1966, 30, S. 395-401.

TRUAX, C.B. / SHAPRIO, J.G. & WARGO, D.G.: The effects of alternate session and vicarious therapy pretraining on group psychotherapy. In: International Journal of Group Psychotherapy 1968, 18, S. 186.198.

TRUAX, C.B. & WARGO, D.G.: Effects of vicarious therapy pretraining and alternate sessions on outcome in group psychotherapy with outpatients. In: Journal of Consultant and Clinical Psychology 1969, 33, S. 440-447.

TRUAX, C.B. et al.: Effects of Alternative Sessions, Vicarious Therapy Pretraining, and Patient Self Exploration on Hospitalized Mental Patients during Group Therapy. In: Canadian Counsellor 1971, 5 (3), S. 31-39.

TSCHEULIN, D.: Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen, Göttingen 1992.

TSCHEULIN, D. & HELMIG, B.: Arzt- und Krankenhauswerbung. *Rechtliche Grundlagen, "State-of-the-Art" und Direktiven für eine effiziente Ausgestaltung.* In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1996, 66, S. 1357-1382.

TSCHEULIN, D. / HELMIG, B. & MOOG, R.: Determinanten der Krankenhaus-Wahl – *Grundlagen eines zielorientierten Krankenhaus-Marketing*, Freiburg 1997.

TSCHEULIN, D. & HÄBERLEIN, U.: Einflußfaktoren des Images von Krankenhäusern. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 1997, 20, S. 477-487.

TSCHEULIN, D. & HELMIG, B.: Krankenhauswerbung – Wie würden potentielle Patienten reagieren? In: Krankenhaus Umschau 1997, H.9, S. 714-716.

TSCHEULIN, D. & HEMING, B.: "State-of-the-art" in der betriebswirtschaftlichen Forschung zum Krankenhausmanagement. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1998, 68, S. 83-110.

TSCHEULIN, D. & HELMIG, B.: Arzt- und Krankenhauswerbung – Pro und Contra sowie konzeptionelle Grundlagen einer optimalen Gestaltung. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 1999, 22, S. 165-181.

TSCHEULIN, D. & HELMIG, B.: Patientenzufriedenheitsmessungen im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 2000, 70, S. 105-122.

TSCHEULIN, D. / WALTER-KLOSE, Ch. & WELLENHÖFER, G.: Effektivität personenzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: *Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten* . In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2000, 1, S. 35-44.

TSCHEULIN, D. & SPLITTER, S.: Zur Messung von erlebtem Beziehungsverhalten. *Kurzbericht über ein Inventar für Beziehungsverhalten (IBV)*. In: LANGER, I. (Hrsg.), Menschlichkeit und Wissenschaft. *Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln 2001, S. 363-372.

TSCHEULIN, D. / HELMIG, B. & MOOG, R.: Die Ermittlung entscheidungsrelevanter Variablen bei der Wahl von Geburtskliniken als Basis eines effizienten Krankenhausmarketing. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 2001, 24, S. 451-468.

TSCHEULIN, D. & RÖMER, S.: Zur Bedeutung von Vertrauen bei öffentlichen Dienstleistungen. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen 2006, 29, S. 442-458

TSCHINKE, I.: Qualitätsindikatoren psychiatrischer Pflege aus Sicht der Nutzer. In: Psychiatrische Pflege 2006, 12, S. 77-82.

TSCHUSCHKE, V.: Zum Kohäsions-Konzept in der therapeutischen Gruppe – *Theoretische Überlegungen und empirische Ergebnisse*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1987, 23, S. 46-55.

TSCHUSCHKE, V.: Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1989, 25, S. 6078.

TSCHUSCHKE, V.: Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie: *Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie?* In: TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990, S. 243-271.

TSCHUSCHKE, V.: Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. *Prozess-Ergebnis-Relationen*, Göttingen 1993.

TSCHUSCHKE, V.: Prozeß-Ergebnis-Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996a, S. 52-76.

TSCHUSCHKE, V.: Der Stuttgarter Bogen (SB). In: STRAUß, B. / ECKERT, J. & TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – *Ein Handbuch*, Opladen 1996b, S. 218-228.

TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapien bei Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1996c, 45, S. 38-47.

TSCHUSCHKE, V.: Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Gruppenpsychotherapie. In: PETZOLD, H. & MÄRTENS,M. (Hrsg.), Wege zu effektiven Psychotherapien. *Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings*. Opladen 1999, S. 303-326.

TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.): Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001a.

TSCHUSCHKE, V.: Ethisch-moralische Probleme und Qualitätssicherung in der Gruppenpsychotherapie. In: Ders. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001b, S. 12-20.

TSCHUSCHKE, V.: Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. In: Ders. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001c, S. 140-147.

TSCHUSCHKE, V.: GCQ-S: *Gruppenklima-Fragebogen*. In: BRÄHLER, E. / SCHUMACHER, J. & STRAUß, B. (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Bd. I, Göttingen 2002, S. 163-166.

TSCHUSCHKE, V. & CATINA, A.: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung – *Konzeptuelle, methodische Probleme und Chancen ihrer Überwindung*. In: EHLERS, W. / TRAUE, H.C. & CZOGALIK, D. (Hrsg.), Bio-psycho-soziale Grundlagen der Medizin, Berlin 1988, S. 307-329.

TSCHUSCHKE, V. & CZOGALIK, D. (Hrsg.): Psychotherapie – Welche Effekte verändern? *Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin 1990.

TSCHUSCHKE, V. / HESS, H. & MACKENZIE, R.: Der Gruppenklimafragebogen – GCQ-S. *Methodik und Anwendung eines Meßinstruments zum Gruppenerleben*. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1991, 26, 340-359.

TSE, D. & WILSON, P.: Models of Customer Satisfaction Formation: *An Extension*. In: Journal of Marketing Research 1988, 25, S. 204-212.

TSIROS, M. & MITTAL, V.: Regret: *A Model of its antecedents and consequences in consumer decision making*. In: Journal of Consumer Research 2000, 27, S. 401-417.

TUCHOLSKY, K.: Moment beim Lesen. In: Ders., Gesammelte Werke in zehn Bänden. Band 10, Reinbek 1975, S. 64-65.

TUCHOLSKY, K.: Die Anstalt. In: Der, Gesamtausgabe. Band 11: Texte 1929, Reinbek 2005, S. 459-470.

TUNDER, R. & IRON, T.: Flow-Erleben bei persönlich erbrachten Dienstleistungen. In: Zeitschrift für Management 2007, 2, S. 352-372.

TURNER, P.D. & POL, L.G.: Beyond Patient Satisfaction. In: Journal of Health Care Marketing 1996, 15 (3), S. 45-53.

TURRE, R.: Glaube und seelische Gesundheit. In: Kerbe 1993, 1, S. 19-26.

TURRIS, S.A.: Unpacking the concept of patient satisfaction: *a feminist analysis*. In: Journal of Advanced Nursing 2005, 50, S. 293-298.

TVERSKY, A. & KAHNEMAN, D.: Judgement under Uncertainty: *Heuristics and Biases*. In: Science 1974, 185, S. 1124-1131.

TWANMOH, R.: Low patient satisfaction scores: *the five stages of response*. In: The Physician Exectuive 2006, H. 10, S. 28-31.

TWORUSCHKA, U.: Die Einsamkeit. *Eine religionsphänomenologische Untersuchung,* Bonn 1974.

TZENG, H.-M. & KETEFLAN, S.: The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: *an exploratory study in a taiwan teaching hospital*. In: Journal of Nursing Care Quality 2002, 16, S. 39-49.

UEBELE, U.: "Wehr Euch – beschwert Euch!": *Beschwerdestellen in der Psychiatrie*. In: Kerbe. *Forum für Sozialpsychiatrie* 2007, 25, S. 15-16.

UEBELE, U.: Verbraucherschutz in der Psychiatrie: *unabhängige Beschwerdestellen als Qualitäts- und Kontrollinstrument.* In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2009, 156, H.3.

UEXKÜLL, J.v.: Niegeschaute Welten. *Die Umwelten meiner Freunde. Ein Erinnerungsbuch*, 7. Aufl., Berlin 1936.

UEXKÜLL, J.v. Streifzüge durch die Umwelt von Tieren und Menschen. *Ein Bilderbuch unsichtbarer Welten – Bedeutungslehre*, Hamburg 1956.

UEXKÜLL, T.v.: Medizin und Soziologie – Interdisziplinarität als Tranquilizer oder als Problem? In: DIECKMANN, W. (Hrsg.), Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland – eine Zwischenbilanz, Berlin 1987, S. 9-22.

UEXKÜLL, T.v. & WESIACK, W.: Theorie der Humanmedizin. *Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*, 2. Aufl., München 1991.

UHLAND, L.: Die Zufriedenen. In: Ders., Werke. *Erster Band: Gedichte, Dramen, Versepik und Prosa,* Frankfurt/M. 1983, S. 25-26.

UHLMANN, G.: Patientenzufriedenheit im Vergleich von Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung durch das medizinische Personal, Hamburg 2000.

UHLMANN, C. & STEINERT, T.: Stationsatmosphäre und Behandlunsgerfolg nach Eröffnung einer Spezialstation für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und akuten Krisen. In: Verhaltenstherapie 2008. 18, S. 230-236.

ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R.: Das Assertivness-Training-Programm ATP. *Einübung in Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz I, II & III.* München 1976.

ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R.: Der Unsicherheitsfragebogen, München 1978.

ULLRICH, R. & ULLRICH DE MUYNCK, R.: ATP: *Testmappe*, München 1994.

ULICH, D.: Psychologie der Hoffnung. In: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1984, 3, S. 375-385.

ULICH, D. & MAYRING, P.: Psychologie der Emotionen, Stuttgart 1992.

ULICH, E.: Vorwort des Herausgebers. In: BRUGGEMANN, A. / GROSKURTH, P. & ULICH, E., Arbeitszufriedenheit, Bern 1975, S. 9.

ULICH, R.S.: Natural versus urban scenes: *Some psychophysiological effects.* In: Environment and Behaviour 1981, 13, S. 523-556.

ULRICH, R.S.: View from a window may influence recovery from surgery. In: Science 1984, 224, S. 420-421.

ULRICH, R.S. et al.: Stress recovery during exposure to natural and urban environments. In: Journal of Environmental Psychology 1991, 11, S. 201-230.

UNTERECKER, S.: Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz, Würzburg 2003.

UNDERWOOD, B. et al.: Attention, negative affect and altruismus: *An ecological validation*. In: Personality and Social Psychology Bulletin 1977, 3, S. 54-58.

UNTERREITMEIER, A.: Auswirkungen alternativer Skalierungsarten auf das Antwortverhalten von Befragten. In: planung & analyse 2003, 3, S. 65-71.

UNZICKER, D.K.: The psychology of being put on hold: *An exploratory study of service quality*. In: Psychology & Marketing 1999, 16, S. 327-350.

URBACH, R.: Die Wiener Komödie und ihr Publikum. *Stranitzky und die Folgen*, Wien-München 1973.

URBACH, R.: Zufriedenheit bei Ferdinand Raimund. In: BRINKMANN, R. / KUDSZUS, W. & SEEBA, H.C. (Hrsg.), Austriaca. *Beiträge zur österreichischen Literatur. Festschrift für Heinz Politzer zum 65. Geburtstag*, Tübingen 1975, S. 107-126.

URBACH, R.: Raimund, Der Bauer als Millionär (Werkinterpretation)
ULR:http://vdeutsch.eduhi.at/vik/frormen/drama_volk_milionaer.pdf
[Stand: 10.08.2008]

URBAN, R.: Untersuchung zur Einstellung gegenüber ‚Geisteskranken' bei stationär behandelten Patienten einer psychiatrischen Universitätsklinik, Berlin 1976.

URBAN, R.: Einstellung stationär behandelter psychiatrischer Patienten gegenüber „Geisteskranken". In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.), Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 200-215.

URBAN, W.: Untersuchung zur Prognostizierbarkeit der Berufszufriedenheit und der Berufsbelastung bei österreichischen Hauptschullehren. In: Zeitschrift für Empirische Pädagogik 1992, 6, S. 131-148.

USILTON, L.J. & MORSE, J.W.: Attitude of veneral disease patients toward clinicals and rapid treatment centers. In: Journal of Venereal Disease Information 1949, 30, H.10, S. 275-280.

UTITZ, E.: Psychologie des Lebens im Konzentrationslager Theresienstadt, Wien 1948.

UTITZ, E.: Zur Psychologie des provisorischen Daseins. In: Essays in Psychology 1951, S. 263-273.

UTSCHAKOWSKI, J.: »Experten durch Erfahrung«. *Neue Wege der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen*. In: KNUF, A. / OSTERFELD, M. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, 5. Aufl., Bonn 2007, S. 277-297.

UTSCHAKOWSKI, J.: Erfahrung Nutzen – Psychiatrie verändern. In: Pro Mente Sana Aktuell 2008, H.4, S. 12-13.

UTSCHAKOWSKI, J.: »Den reichen Schatz an Erfahrungswissen nutzen«. *Beteiligung von »Experten durch Erfahrung« – eine notwendige Neuorientierung in der psychiatrischen* Versorgung. In: Soziale Psychiatrie 2009a, H.1, S. 6-8.

UTSCHAKOWSKI, J.: Psychiatrie-Erfahrung als Kompetenz: das Projekt EX-IN. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 2009b, H.1, S. 19-21.

UTSCHAKOWSKI, J. / GYÖNGYWÉR, S. & BOCK, T. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. *Wie Peers die Psychiatrie verändern*, Bonn 2009.

VAHEY. D.C. et al.: Nurse Burnout and Patient Satisfaction. In: Medical Care 2004, 42, S. 57-66.

VAIHINGER, H.: Die Philosophie des Als Ob, Hamburg 1986.

VAILLANT, G.E.: Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen? In: WATZL, H. & COHEN, R. (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin 1989, S. 29-52.

VAN BEUGEN, M.: Agogische Intervention. *Planung und Strategie*, Freiburg 1972.

VAN DER GEEST, S. & SARKODIE, S.: The fake patient: *A research experiment in a Ghanain hospital.* In: Social Science & Medicine 1998, 47, S. 1373-1381.

VAN DER GEEST, S. & FINKLER, K.: Hospital ethnography: *Introduction.* In: Social Science & Medicine 2004, 59, S. 1995-2001.

VAN DORP, S.: Peer-Support in niederländischen nutzergeleiteten Projekten. *Nutzerbeteiligung und Nutzerführung in psychiatrischen Tageszentren.* In: UTSCHAKOWSKI, J. / GYÖNGYWÉR, S. & BOCK, T. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. *Wie Peers die Psychiatrie verändern*, Bonn 2009, S. 204-215.

VARA, C.E. & RAINBOTH, E.D.: A study of patients' attitudes toward care at Finland Sanatorium, Washington 1955.

VARA, C.E. & RAINBOTH, E.D.: A patients' opinion survey at Fairland Sanatorium. In: Public Health Report 1956, 71, H.4, S. 351-359.

VARTIAINEN, H. et al.: The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1995, 91, S. 163-166.

VEBLEN, T.: Theorie der feinen Leute. *Eine ökonomische Untersuchung der Institutionen*, Frankfurt/M. 2007.

VEIEL, A.: Der Kick. *Ein Lehrstück über Gewalt*, München 2007.

VELMANS, R.: Die Messung und Evaluierung der Patientenzufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung im Krankenhaus, Köln 1998.

VEENHOVEN, R.: The utility of happiness: *Consequences of a positive appreciation of life.* In: Social Indicators Research 1988, 20, S. 333-394.

VEENHOVEN, R.: Is happiness relative? In: Social Indicators Research 1991a, 20, S. 1-30.

VEENHOVEN, R.: Ist Glück relativ? *Überlegungen zu Glück, Stimmung und Zufriedenheit aus psychologischer Sicht.* In: Report Psychologie 1991b, S. 14-20.

VEENHOVEN, R.: Happiness in Nationals. *Subjective Appreciation of life in 56 nations 1946-1992*, Rotterdam 1993.

VEENHOVEN, R.: Lebenszufriedenheit der Bürger: Ein Indikator für die ‚Lebbarkeit' von Gesellschaften? In: NOLL, H.-H. (Hrsg.), Sozialberichterstattung in Deutschland. *Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen,* Weinheim 1997, S. 267-293.

VELTIN, A.: Die therapeutische Gemeinschaft im deutschen psychiatrischen Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1968, S. 190-198.

VELTIN, A.: Die therapeutische Gruppe im Spannungsfeld der klinischen Institution. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1969, 3, S. 121-128.

VELTIN, A.: Über Innovationshindernisse. In: Psychiatrische Praxis 1987, 14, S. 9-13.

VELTRUP, C.: Das zweite Glas stehen lassen. *Techniken zur Bewältigung von Abstinenzbeendigungen.* In: LAUER, G. (Hrsg.), Rückfall – *die psychosoziale Dimension,* Freiburg 1995.

VERBAND DER PRIVATEN KRANNKENVESRICHERUNG e.V.: Krankenhaus-Michelin 1993 – *Privatpatienten und Wahlleistungen im Krankenhaus*, Köln 1993.

VEREIN ZUM SCHUTZ VOR PSYCHIATRISCHER GEWALT e.V.: Weglaufhaus Berlin. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Konzeption. Berlin 1995.
URL:http://http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/konzeption.html
[Stand 24.07.2009]

VERINIS, J.S.: Ward atmosphere as a factor in irregular discharge form an alcohol rehabilitation unit. In: Substance Use & Misuse 1983, S. 895-899.

VERRES, R.: Vom Tabletten-Dealen zur patientenzentrierten Medizin. In: Psychologie heute 1976, H. 4, S. 35-40.

VESPER, B.: Die Reise, Reinbek 2003.

VESPER, W.: Der unzufriedene Igel, Gütersloh 1943.

VIEFUES, H.: Die Auswirkungen der Psychiatrie-Enquête. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 139-146.

VIEFHEUS, H. / BAYER, W. & REICHELT, H.: Bestimmungsgründe der Krankenhauswahl, Bochum 1983.

VIEHAUSER, R.: Förderung salutogener Ressourcen. *Entwicklung und Evaluation eines gesundheitlichen Trainingsprogramms*, Regensburg 2000.

VIETEN, B. & BRINKMANN, H.: Zufriedenheit der Angehörigen im Prozess der Deinstitutionalisierung. In: Psychiatrische Praxis 2000, 27, S. 221-227.

VIETHEN, G.: Kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 1990, 5, S. 281-285.

VIETHEN, G.: Qualität im Krankenhaus – Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements, Stuttgart 1995.

VIETHEN, G. et al.: Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit an der Medizinischen Universität zu Lübeck. In: Qualitäts-Management in Klinik und Praxis 1996, 4, S. 17-21.

VIETHEN, G. & MAIER, I. (Hrsg.): Qualität rechnet sich. *Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus*, Stuttgart 1996.

VIETHEN, G. et al.: Ein Trendinstument zur Erhebung von Patienten*un*zufriedenheit: *Die Lübecker Fragebogen-Doppelkarte*. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 1997, 91(2), S. 50-53.

VIETHEN, G. / BACH, A. & HAUX, R.: Drei Jahre Forschung zur Patientenzufriedenheit. *Von der Entwicklung und Erprobung eines Erhebungsinstruments*. In: Das Krankenhaus 1998, S. 208-209.

VIEWEG, T. / SCHUBERT, R. & LEMKE, S.: Das Stationsklima gemischt- und getrenntgeschlechtlicher akutpsychiatrischer Stationen. In: Psychiatrische Praxis 1996, 23, S. 290-293.

VILMAR, F.: Strategien der Demokratisierung. *Bd. 1: Theorie und Praxis*, Darmstadt 1973a.

VILMAR, F.: Strategien der Demokratisierung. *Bd. 2: Modelle und Kämpfe der Praxis*, Darmstadt 1973b.

VILMAR, F.: Menschenwürde – Sachzwänge – Strategien der Demokratisierung. *Grundelemente einer betriebsdemokratischen Theoriebildung.* In: Ders. (Hrsg.), Menschenwürde im Betrieb. *Modelle der Humanisierung und Demokratisierung der industriellen Arbeitswelt*, Reinbek 1973c, S. 14-30

VILMAR, F.: Humanisierung und Demokratisierung. *Ein Gespräch mit dem Soziologen Dr. Fritz Vilmar über den Stellenwert betriebspsychologischer Arbeit innerhalb der politischen Auseinadersetzungen um die Humanisierung des Arbeitslebens*. In: Psychologie heute 1975, 2, S. 28-36.

VINCENT, C. / YOUNG, M. & PHILLIPS, A.: Why do people sue doctors? *A study of patients and relatives taking legal action*. In: Lancet 1994, 25, S. 1609-1613.

VIRGADAULA, R.: Die Reformpsychiatrie Triest – demokratische Organisation psychischer Gesundheit? In: WEBER, G.W. / PASQUALOUI, P.-P. & BURTSCHER, C. (Hrsg.), Wirtschaft, Demokratie und soziale Verantwortung. *Kontinuität und Brüche*, Göttingen 2004, S. 295-316.

VOELZKE, W.: Auf dem Weg zum Trialog – *Macht und Ohnmacht in den Beziehungen zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen*. In: Psychosoziale Umschau 1994, 2, S. 6-7.

VOELZKE, W.: „Kur" statt „Psychiatrie" – „Therapie statt Chemie". In: Sozialpsychiatrische Informationen 1995a, 25 (4), S. 36-39.

VOELZKE, W.: Psychiatrie demokratisieren. *Erwartungen und Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen an die institutionelle Psychiatrie*. In: Soziale Psychiatrie 1995b, H. 4, S. 37-38.

VOELZKE, W.: „Gemeinsam eine humane Psychiatrie schaffen". *Forderungen von Psychiatrie-Erfahrenen an die Forschung*. In: Soziale Psychiatrie 1996a, 20 (4), S. 57.

VOELZKE, W.: Referat vor der Bundesdirektorenkonferenz am 07.06.1995 in Bielefeld. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1995, 25(4), S. 36-39.

VOELZKE, W.: Experte für die eigene Erkrankung – Psychoedukative Gruppenarbeit aus Sicht eines Betroffenen. In: WIENBERG, G. (Hrsg.), Schizophrenie zum Thema machen. *Psychoedukative*

Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis, Bonn 1997, S. 228-231.

VOELZKE, W.: Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1998a, 30(1), S. 47-67.

VOELZKE, W.: Qualitätsmanagement in der Psychotherapie aus der Sicht von Patienten. In: Report Psychologie 1998b, 8, S. 638-653.

VOELZKE, W.: Wie erleben Psychiatrie-Erfahrene Beziehungsqualität. In: Kerbe 1998c, 16, H.3, S. 17-19.

VOELZKE, W.: Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 212-231.

VOELZKE, W. & PRINS, S.: Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus Sicht Psychiatrie-Erfahrener. In: DÖRNER, K. (Hrsg.), Akutpsychiatrie. *Durch Auflösung der Grenzen zum kommunalen Krankenhaus der Zukunft,* Gütersloh 1993, S. 25-31.

VOLICER, B.J. & BOHANNON, M.W.: A hospital stress rating scale. In: Nursing Research 1975, 24, S. 352-359.

VOLICER, B.J. & BURNES, M.W.: Preexisting correlates of hospital stress. In: Nursing Research 1977a, 26, S. 408-415.

VOLICER, B.J. / ISENBERG, M.A. & BURNES, M.W.: Medical-surgical differences on hospital stress factors. In: Journal of Human Stress 1977b, 3, S. 3-13.

VOLLMANN, J.: Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis. *Ein medizinethisches Modell und seine praktische Umsetzung.* In: Psychiatrische Praxis 1997, 24, S. 181-184.

VOLLMANN, J.: Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. *Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin,* Darmstadt 2000a.

VOLLMANN, J.: Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. *Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive.* KETTNER, M. (Hrsg.), Angewandte Ethik als Politikum, Frankfurt/M. 2000b, S. 253-279.

VOLLMANN, J.: Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell. *Klinische Praxis und medizinethische Analyse.* In: Nervenarzt 2000c, 71, S. 709-714.

VOLLMANN, J. & HELMCHEN, H.: Aufklärung und Einwilligung (Informed Consent) in der klinischen Praxis. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1997, 122, S. 870-873.

VOLTAIRE: Candid oder Die Beste der Welten, Stuttgart 2000.

VOGD, W.: Angst in der Organisation Krankenhaus und existenzielle Verunsicherung unter neoliberalen Verhältnissen. *Studien am Beispiel von Beobachtungen auf einer chirurgischen Abteilung.* In: Kuckuck. *Notizen zur Alltagskultur* 2004, H.1, S. 30 − 34.

VOGD, W.: Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – *Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung*. In: Soziale Systeme 2005, 11, S. 236-270.

VOGD, W.: Das Bild der Psychiatrie in unseren Köpfen: *Eine soziologische Analyse im Spannungsfeld von Professionellen, Angehörigen, Betroffenen und Laien*. Berlin 2001.

VOGEL, B.A. / HELMES, A.W. & BENGEL, J.: Arzt-Patienten-Kommunikation in der Tumorenbehandlung: *Erwartungen und Erfahrungen aus Patientensicht*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2006, 15, S. 149-161.

VOGEL, R.: Patientenbeteiligung stärken. In: Soziale Psychiatrie 1996, 20 (2), S. 4-6.

VOGT, H.: Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart, München 1982.

VOIGT, H.: Krankenhausprobleme der Gegenwart. *Erfahrungen aus der Klinik der Deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin*, Berlin 1959.

VOLLMER, H. & HENRICH, G.: Das therapeutische Klima in einer Wohngemeinschaft zur Entwöhnungsbehandlung Opiatabhängiger. In: Suchtgefahren 1985, 2, S. 133-145.

VOLK, W. & HERMES, M.: Aspekte der Zufriedenheit mit der Gruppenpsychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1980, 16, S. 257-267.

VOLICER, B.J. / ISENBERG, M.A. & BURNS, M.W.: Medical-surgical differences in hospital stress factors. In: Journal of Human Stress 1977, 3, S. 3-13.

VON BAEYER, W.: Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie. In: In: BRÄUTIGAM, W. (Hrsg.), Medizinisch-psychologische Anthropologie, Darmstadt 1980, S. 290-311.

VON DRIGALSKI, D.: Blumen auf Granit: *Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse*, Berlin 2003.

VON ROSENSTIEL, L.: Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit. *Zur Frage der Korrelation und der Kausalität*. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1975, 29, S. 71-78.

VON ROSENSTIEL, L.: Messung der Arbeitszufriedenheit. In: PFOHL, H.C. & RÜRUP, B. (Hrsg.), Wirtschaftliche Meßprobleme, Band 2, Köln 1977, S. 109-127.

VON ROSENSTIEL, L.: Arbeitssituation, Arbeitszufriedenheit und seelische Störung. In: REIMANN, H. & REIMANN, H. (Hrsg.), Psychische Störungen. *Soziale Probleme 3*, München 1975, S. 83-97.

VON ROSENSTIEL, L.: Das Betriebsklima. *Zur Praxis der Diagnose und Intervention in Organisationen*. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 1986, H. 2, S. 83-91.

VON ROSENSTIEL, L.: Fritz J. Roethlisberger & William J Dickson: „Management and the Worker". In: FLICK, U. et al. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung. *Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen,* 2. Aufl. Weinheim 1995.

VON ROSENSTIEL, L.: Grundlagen der Organisationspsychologie. *Basiswissen und Anwendungshinweise,* 6. Aufl., Stuttgart 2007.

VON ROSENSTIEL, L. et al.: Betriebsklima heute, München 1982.

VON TROTT ZU SOLZ, R.: Patienten einer psychiatrischen Klinik und ihre Besucher. *Empirische Untersuchung über Bedeutung und subjektives Erleben von Besuchen an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik*, Heidelberg 1985.

VORBACH, E-U.: Pro und Kontra: *Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Hilfeplankonferenz (HPK).* In: Psychiatrische Praxis 2006, 33, S. 45. (Kontra)

VOß-BÜTER, M.: Ermittlung geschlechtsspezifische Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2002, 34, S. 541-550.

VOß, G.G. & RIEDER, K.: Der arbeitende Kunde. *Wenn Konsumenten zu unbezahlten Mitarbeitern werden,* Frankfurt/M. 2005.

VOTH, H.M. & ORTH, M.H.: Psychotherapy and the role of the environment, New York 1973.

VUORI, H.: Patient Satisfaction: *An Attribute or Indicator of Quality Care?* In: International Journal of Health Care Quality Assurance 1988, 1, S. 29-32.

VUORI, H.: Patient Satisfaction – *Does it matter?* In: International Journal of Quality in Health Care 1991, 3, S. 183-189.

VUORI, H. et al.: Doctor-Patient Relationship in Light of Patients' Experiences. In: Social Science & Medicine 1972, 6, S. 723-730.

WACHTER, B. & HAUPT, K.: Kundenzufriedenheit erhöhen. In: planung & analyse 1995, 22, S. 51-52.

WÄBER, G.: Marcel Proust oder die Überwindung des Pessimismus durch die Intuition, München 1968.

WÄLTI, J. / KOLB, H.J. & WILLI, J.: Welche Patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab? In: Der Nervenarzt 1980, 51, S. 712-717.

WÄNKE, M.: Kognitionspsychologische Ansätze zum Pretest von Fragebogen. In: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.), Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Wiesbaden 1996, S. 46-54.

WÄNKE, M. & BOHNER, G.: Einstellungen. In: BIERHOFF, H.-W. & FREY, D. (Hrsg.), Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie, Göttingen 2006, S. 404-414.

WÄSCHER, A.: Der unzufriedene Riese, Berlin 1940.

WAGENHEIM, F.v. / BAYÓN, T. & WEBER, L.: Der Einfluss von persönlicher Kommunikation auf Kundenzufriedenheit, Kundenbindung und Weiterempfehlungsverhalten. *Design und Ergebnisse einer empirischen Studie am deutschen Strommarkt.* In: Marketing ZFP 2002, 24, S. 181-194.

WAGNER, A. / RAMSAUER, N. & FREISE, D.C.: Untersuchung zur Tauglichkeit von Inhouse-Befragungen. In: PFAFF, H. et al. (Hrsg.), Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogen zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Sankt Augustin 2003, S. 51-62.

WAGNER, C. et al.: "Trinken wegen sozialer Angst" und "Soziale Angst wegen Trinken". In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2004, 16, S. 308-315.

WAGNER, H.-J.: Strukturen des Subjekts. *Eine Studie im Anschluß an George Herbert Mead*, Opladen 1993.

WAGNER, F.-J.: Verhandeln statt behandeln – Partnerschaft im Psychiatrischen Alltag. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001, S. 128-150.

WAGNER, F.-J.: Die neue Psychiatrie in Reinland-Pfalz aus Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen. In: Psychiatrische Pflege 2003, 9, 214-216.

WAGNER, F.-J.: Personenzentrierte Hilfen aus Betroffenensicht. In: Kerbe 2004, H. 4, S. 19-21.

WAGNER, F.-J.: Entwicklung der Psychiatrie aus Sicht der Betroffenen. In: Psychiatrische Pflege 2006, 12, S. 92-94.

WAGNER, H.L. / MACDONALD, C.J. & MANSTEAD, A.S.R.: Communication of individual emotions by spontaneous facial expressions. In: Journal of Personality and Social Psychology 1986, 50, S. 737-743.

WAGNER, M.: Versuche über die Begriffe von Zufriedenheit und Unzufriedenheit. In: Ders., Beyträge zur Philosophischen Anthropologie und den damit verwandten Wissenschaften, Bd.1, Wien 1974, S. 28-76.

WAGNER, P.J. et al.: Physicians' Emotional Intelligenz and Patient Satisfaction. In: Family Medicine 2002, 34, S. 750-754.

WAGNER, R.: Arthur Schnitzler, 2. Aufl., Wien 1981.

WAGNER-GLENN, S. & PARSONS, O.A.: Predicton of Resumption of Drinking in Posttreatment Alcoholics. In: Substance Use & Misuse 1991, 26, S. 237-254.

WAHL, H.-W.: Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: *Das Beispiel Wohnforschung*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005, 38, S. 128-138.

WAHL, O.F. & ROTH, R.: Television images of mental illness: *results of a metropolitan media watch*. In: Journal of Broadcasting 1982, 26, S. 599-605.

WAHL, O.F. & LEFKOWITS, J.Y.: Impact of a television film on attitudes toward mental illness. In: Psychological Report 1989, 17, S. 521-528.

WAHRING-BURFEIND, R. (Hrsg.): Deutsches Wörterbuch, 8. Aufl., Gütersloh & München 2006.

WAISBERG, J.L. & PORTER, J.E.: Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. In: British Journal of Clinical Psychology 1994, 33, S. 49-53.

WALACH, H. et al.: Empirische Erfassung der Achtsamkeit – *Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien.* In: HEIDENREICH, T, & MICHALEK, J. (Hrsg.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, Tübingen 2004, S. 729-772.

WALACH, H. et al.: Measuring mindfulness – *the Freiburg Mindufulness Inventory (FMI)*. In: Peronality and Individual Differences 2006, 40, S. 1543-1555.

WALCH, J. M. et al.: The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use: *A Prospective Study on Patients Undergoing Spinal Surgery*. In: Psychosomatic Medicine 2005, 67, S. 156-163.

WALD, R.: Mein Vater Robert Ley. *Meine Erinnerungen und Vaters Geschichte*, Nümbrecht-Elsenroth 2004.

WALDENFELS, B.: Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden, Frankfurt/M. 2006.

WALGENBACH, P.: Die Theorie der Strukturierung. In: Die Betriebswirtschaft, 55, 1995, S. 761-782.

WALGENBACH, P.: Zwischen Showbusiness und Galeere. *Zum Einsatz der DIN EN ISO 9000er Normen in Unternehmen*. In: Industrielle Beziehungen. *Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management*, 5, 1998, S. 135-164.

WALGENBACH, P.: Die normgerechte Organisation. *Eine Studie über die Entstehung, Verbreitung und Nutzung der DIN EN ISO 9000er Normreihe,* Stuttgart 2000.

WALGENBACH, P.: Neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: KIESER, A. & EBERS, M. (Hrsg.), Organisationstheorien, 6. Aufl., Stuttgart 2006, S. 353-389.

WALGENBACH, P. & BECK, N.: Von statistischer Qualitätskontrolle über Qualitätssicherungssysteme hin zum Total Quality Management – *Die Institutionalisierung eines neuen Managementkonzepts*. In: Soziale Welt, 51, 2000, S. 325-354.

WALGENBACH, P. & BECK, N.: Effizienz und Anpassung. *Das Erklärungspotential der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie am Beispiel ISO 9000*. In: Die Betriebswirtschaft, 63, 2003, S. 497-515.

WALGENBACH, P. & HEGELE, C.: Was kann der Apfel von der Birne lernen, oder wozu brauchen Unternehmen Benchmarking? In: Industrielle Beziehungen. *Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 2000, 7, S. 180-199.

WALGENBACH, P. & MEYER, R.: Neoinstitutionalistische Organisationstheorie, Stuttgart 2008.

WALITZER, K.S. / DERMEN, K.H. & CONNERS, G.J.: Strategies for Preparing Clients for Treatment. In: Behaviour Modification 1999, 23, S. 129-151.

WALK, R.D. & HOMAN, C.P.: Emotion and dance in dynamic light displays. In: Bulletin of the Psychonomic Society 1984, 22, S. 437-440.

WALKER, A. & RESTUCCIA, J.: Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: *mail versus telephone*. In: Health Services Research 1984, 19(3), S. 291-306.

WALL, T.D.: Overall job satisfaction in relation to 'social desirability', age, length of employment and social class. In: British Journal of Social and Clinical Psychology 1972, 11, S. 79-81.

WALLAUER, P.: Demokratievorschläge für das Krankenhaus Höchst. In: VILMAR, F. (Hrsg.), Strategien der Demokratisierung. *Band II: Modelle der Praxis,* Darmstadt und Neuwied 1973, S. 311-316.

WALLBOTT, H.G.: Gesichtsausdruck. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation. *Forschungsberichte zum Interaktionsgeschehen*, Weinheim und Basel 1979a, S. 35-42.

WALLBOTT, H.G.: Einführung: *Gestik*. In: SCHERER, K.R. & WALLBOTT, H.G. (Hrsg.), Nonverbale Kommunikation. *Forschungsberichte zum Interaktionsgeschehen*, Weinheim und Basel 1979b, S. 103-108.

WALLBOTT, H.G. & SCHERER, K.R.: „Gefühle ohne Grenzen". In: Psychologie heute 1989, H.4, S. 42-47.

WALLCRAFT, J.: Betroffenenkontrollierte Forschung zur Untermauerung alternativer Ansätze. *Die Rolle der Forschung im psychosozialen System*. In: In: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin 2007, S. 358-368.

WALLRAFF, G.: Asyl ohne Rückfahrkarte. In: Ders., 13 unerwünschte Reportagen, Reinbek 1975a, S. 15-21.

WALLRAFF, G.: Als Alkoholiker im Irrenhaus. In: Ders., 13 unerwünschte Reportagen, Reinbek 1975b, S. 22-34.

WALLRAFF, G.: Ganz unten, Köln 1985.

WALLRAFF, G.: Der Aufmacher. *Der Mann, der bei Bild Hans Esser war*. Köln 1997.

WALLRAFF, G.: Vorwort. In: CONOVER, T.: Vorhof zur Hölle. *Undercover in Sing-Sing*, Reinbek 2001, S. 7-13.

WALSER, R.: Briefe, Genf 1975.

WALSER, R.: Der Spaziergang, Frankfurt/M. 1985a.

WALSER, R.: Jacob von Gunten, Frankfurt/M. 1985b.

WALSER, R.: Der Gehülfe, Frankfurt/M. 1985c.

WALSER, R.: Das Kind (III). In: Ders., Sämtliche Werke, Band 8, Frankfurt/M. 1985d.

WALTER, G.: The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1992, 85, S. 167-172.

WALTER, M. & KANNING, U.P.: Wahrgenommene soziale Kompetenzen von Vorgesetzten und Mitarbeiterzufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2003, 47, S. 152-178.

WALTHER, A.: Patientenzufriedenheit. *Eine strategische Variable im Wettbewerb unter* Krankenhäusern. In: Krankendienst 2001, 8-9, S. 235-241.

WAMBACH, M.M. & HELLERICH, G.: »Arme Irre« im Wohlfahrtsstaat: *Decarceration, Desinstitutionalisierung und Entmarktung in den USA*. In: WAMBACH, M.M. / HELLERICH, G. & REICHEL, W. (Hrsg.), Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie, Frankfurt/M. 1980, S. 142-160

WANDER, K.F.W. (Hrsg.): Deutsches Sprichwort-Lexikon. *Ein Hausschatz für das deutsche Volk*, Darmstadt 1964.

WANGENHEIM, F.v. / BAYÓN, T. & WEBER, L.: Der Einfluss von persönlicher Kommunikation auf Kundenzufriedenheit, Kundenbindung und Weiterempfehlungsverhalten. *Design und Ergebnisse einer empirischen Studie im deutschen Strommarkt*. In: Marketing ZFP 2002, 24, S. 181-194.

WANIEK, W.: Psychiatrische Patienten beurteilen die Behandlung ihrer Klinik. In: Psychiatrische Praxis 1977, 4, S. 237-242.

WANIEK, W. & FINKE, J.: Welche Erwartungen knüpfen Patienten an die Behandlungsmaßnahmen einer Psychotherapieabteilung? In: Der Nervenarzt 1981, 52, S. 538-543.

WANIEK, W. & FINK, J.: Die Einstellung von Patienten zu stationären Psychotherapiemaßnahmen. In: Psycho 1983, 9, S. 357-358.

WANGENHEIM, F.v.: Weiterempfehlung und Kundenwert: *Ein Ansatz zur persönlichen Kommunikation,* Wiesbaden 2003.

WAGENHEIM, F.v.: Die Abgabe von Kundenempfehlungen – *Determinanten und ökonomische Modellierung*. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 2006, 58 (3), S. 304-336.

WARD, M.J.: Die Schlangengrube. *Eine Frau durchlebt die Hölle des Wahnsinns*, Bergisch Gladbach 1974.

WARE, J.E.: Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. In: Medical Care 1978, 16, S. 327-336.

WARE, J.E.: How survey patient satisfaction. In: Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 1981, 15, S. 892-899.

WARE, J.E. et al.: Consumer perceptions of health care services: Implications for academic medicine. In: Journal of Medical Education 1975, 50, S. 839-848.

WARE, J.E. & SNYDER, M.K.: Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. In: Medical Care 1975, 13, S. 669-682.

WARE, J.E. / DAVIES-AVERY, A. & STEWART, A.L.: The measurement and meaning of patient satisfaction: *a review of the literature*, Santa Monica 1977.

WARE, J.E. / DAVIES-AVEREY, A. & STEWART, A.L.: The meaning and measurement of patient satisfaction. In: Health & Medical Care Services Review 1978, 1, S. 3-15.

WARE, J. E. et al.: Defining and measuring patient satisfaction with medical care. In: Evaluation and Program Planning 1983a, 6, S. 247-263.

WARE, J.E. & DAVIES, A.R.: Behavioural Consequences of Consumer Dissatisfaction with Medical Care. In: Evaluation and Program Planning 1983, 6, S. 291-297.

WARE, J.E. & HAYS, R.D.: Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. In: Medical Care 1988, 26, S. 293-302.

WARE, J.E. et al.: Assessment tools: *Functional health status and patient satisfaction*. In: American Journal of Medical Quality 1996, 11, S. 50-53.

WARTMANN, R.: Der Patient als Kunde beurteilt die Qualität. In: Managed Care 2001, H. 2, S. 4.

WASEM, J. & GÜNTHER, B.: Das Gesundheitssystem in Deutschland. *Einstellungen und Erwartungen* der Bevölkerung. In: Apotheke und Krankenhaus 1998, 14 (4), S. 111-116.

WATZKE, B.: Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapie, Hamburg 2002.

WATZL, H.: Überlegungen zur Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit – *Vorurteile, Probleme, Lösungsversuche*. In: Verhaltenstherapie 1991, 1, S. 301-306.

WATZL, H.: Behandlung der Alkoholabhängigkeit: *Wirkfaktoren und ihre empirische Überprüfung*. In: ROCKSTROH, B. / ELBER, T. & WATZL, H. (Hrsg.), Impulse für die Klinische Psychologie, Göttingen 1997, S. 117-127.

WATZL, H.: Heilt Glauben? *Zum Zusammenhang von Religiosität und Spiritualität mit Suchtverhalten und Gesundheit*. In: Sucht 2005, 51(3), S. 132-135.

WATZL, H. & RIST, F.: Vorher und Nachher: *Behandlungskomponenten aus der Sicht alkoholabhängiger Frauen*. In: Suchtgefahren 1987, 33, S. 177-186.

WATZLAWICK, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. *Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*, München 2000.

WATZLAWICK, P. & KRIEG, P. (Hrsg.): Das Auge des Beobachters. *Beiträge zum Konstruktivismus*, München 1991.

WATZLAWICK, P. / BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.D.: Menschliche Kommunikation. *Formen, Störungen, Paradoxien*. 9. Aufl., Bern 1996.

WEAVER, M. et al.: Issues in the measurement of satisfaction with treatment. In: American Journal of Managemend Care 1997, 3, S. 579-594.

WEBB, L.E. & LAMB, D.H.: The use of the expectancy-reality discrepancy to predict patient improvement. In: Journal of Clinical Psychology 1975, 31, S. 314-317.

WEBER, A.: Laufen als Behandlungsmethode – *Eine experimentelle Untersuchung an Alkoholabhängigen in einer Klinik*. In: Suchtgefahren 1984, 30, S. 160-167.

WEBER, A.: Lauftherapie für Alkoholabhängige. In: Ernährungs-Umschau 1987, 7, S. 229-232.

WEBER, B.: Zufriedenheit von ambulanten chirurgischen Patienten: *eine prospektive Studie*, Köln 1990.

WEBER, K.: Das Behandlungsklima bei schizophrenen Patienten. *Eine empirische Studie zur Erfassung wichtiger psychosozialer Dimensionen im stationären Bereich,* Würzburg 1984.

WEBER, M.: Max Weber. *Ein Lebensbild*, Tübingen 1926.

WEBER, M.: Die Verhältnisse der Landarbeiter im ostelbischen Deutschland. Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 55, Leipzig 1982.

WEBER, M.: Die Erhebung des Evangelisch-Sozialen Kongresses über die Verhältnisse der Landarbeiter Deutschlands. In: Christliche Welt 1893, S. 535-540.

WEBER, M.: Zur Methodik sozialpsychologischer Enquèten und ihrer Bearbeitung. In: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 1909, 29, S. 949-958.

WEBER, M.: Methodologische Einleitung für die Erhebung des Vereins für Sozialpolitik über Auslese und Anpassung (Berufswahl und Berufsschicksal) der Arbeiterschaft der geschlossenen Großindustrie (1908). In: Ders., Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik, Tübingen 1924, S. 1-60.

WEBER, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. *Grundriss der verstehenden Soziologie*, 5. Aufl., Tübingen 1972.

WEBER, M.: Gesammelte politische Schriften, 4. Aufl., Tübingen 1988.

WEBER, H.: Arbeitszufriedenheit als Indikator für seelisch-körperlich bedingte Fehlhaltungen. In: Psychologie heute 1975, 11, S. 44.

WEBER, H. et al.: Patientenbefragung. *Ein Projekt zur Qualität der Versorgung und Betreuung im Krankenhaus aus Sicht der Patienten.* In: Pflegemanagement. PR-Internet 1999, H.2, S. 47-58.

WEBER, H. et al.: Patientenbefragungen – und dann?. In: Pflege Management, PR-Intenet 2002, H.6, S. 128-132

WEBER, R. & TSCHUSCHKE, V.: Behandlung von Suchterkrankungen in der Gruppe. In: TSCHUSCKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 290-295.

WEEDE, E.: Unzufriedenheit, Protest und Gewalt. In: Politische Vierteljahresschrift 1975, 16, S. 409-428.

WEGNER, D.M. / ERBER, R. & ZANAKOS, S. Ironic Prozesses in the Mental Control of Mood and Mood-Related Thought. In: Journal of Personality and Social Psychology 1993, 65, S. 1093-1104.

WEGNER, D.M. / BROOME, A. & BLUMBERG, S.J.: Ironc Effects of Trying Relex Under Stress. In: Behaviour Research and Therapy 1997, 35, S. 11-21.

WEHDE, U.: Das Weglaufhaus. *Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme.* Berlin 1991.

WEHRENPFENNIG, W.: Das Krankenhaus als gesellschaftspolitisches Experimentierfeld. *Die soziologischen Hintergründe vom »Paukenschlag« des »klassenlosen Krankenhauses«.* In: Das Krankenhaus 1971, 1, S. 1-57.

WEIBER, R. & ADLER, J.: Informationsökonomsich begründete Typologisierung von Kaufprozessen. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1995a, 47, S. 43-65.

WEIBER, R. & ADLER, J.: Positionierung von Kaufprozessen im informationsökonomischen Dreieck. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung 1995b, 47, S. 99-123.

WEBER, R. & TSCHUSCHKE, V.: Behandlungen von Suchterkrakungen in der Gruppe. In: TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart 2001, S. 290-295.

WEICHERT, D.: Besucherzeiten im Krankenhaus – *Untersuchung in drei Krankenhäusern und drei verschiedenen Fachdisziplinen*, Berlin 1990.

WEIDERER, M.: Mensch oder Mythos? *Befunde zum Berufsbild MedizinerIn in Arztserien und Spielfilmen des Deutschen Fernsehens*. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 1995, 137, S. 633-635.

WEIG, W.: Die Wiederauferstehung der Dinosaurier. *Von der Überlebensfähigkeit psychiatrischer Krankenhäuser*. In: WEIG, W. & CORDING, C. (Hrsg.), Zeitgeist und Psychiatrie, Regensburg 1999, S. 25-31.

WEIGAND, G. (Hrsg.): Institutionelle Analyse. *Theorie und Praxis*, Frankfurt/M. 1988.

WEIGAND, H.: Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements. In: Kerbe. *Forum für Sozialpsychiatrie* 2005, H. 4, S. 13-17.

WEIGEL, I.: Möglichkeiten und Grenzen der Beschreibung der Versorgungssituation in „strukturierten Behandlungsprogrammen" aus Patientensicht, Tübingen 2005.

WEINBERGER, S. Klientenzentrierte Gesprächsführung. *Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe*, 8. Aufl., Weinheim und Basel 1998.

WEINER, B. / RUSSEL, D. & LERMANN, D.: Affective Consequences of Causal Ascriptions. In: HARVEY, J.H. / ICKES, W. & KIDD, R.F. (Hrsg.), New Directions in Attribution Research 1978, New York 1978, S. 59-90.

WEINER, B. / RUSSEL, D. & LERMANN, D.: The Cognition-Emotion Process in Archievement-Related Contextes. In: Journal of Personality and Social Psychology 1979, 37, S. 1211-1220.

WEINERT, A.B.: Organisations- und Personalpsychologie, 5. Aufl., Weinheim 2004.

WEINHOLD, H. & BAUMGARTNER, R.: Konsumentenzufriedenheit, Uttwil 1981.

WEINMANN, S.: Erfolgsmythos Psychopharmaka. *Warum wir die Medikamentenbehandlung in der Psychiatrie neu bewertet werden müssen*, Bonn 2008.

WEISENFELD, U. / SÖRENSEN, C. & SCHERER, C.: Ärztliche Dienstleistung: eine Zufriedenheitsbefragung bei Patienten und niedergelassenen Ärzten. In: Gesundheitswesen 2010, 72, S. 259-270.

WEISS, H.: Materialien für eine soziale Psychiatrie, Innsbruck 1976a.

WEISS, H.: Nervenheilanstalten: *Das Tagebuch eines Irrenwärters*. In: Profil 1976b, H. 22, S. 30-35.

WEISS, H.: Soziale Schicht und psychiatrische Versorgung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1977a, H.3/4, S. 43-53.

WEISS, H.: Tagebuch aus der Psychiatrie. *Elektroschocks und Körbeflechten*. In: Psychologie heute 1977a, H. 5, S. 37-49.

WEISS, H.: Den Kunden zum König machen: *Erkenntnisse aus 10.000 Testkäufen. Ein Praxisbuch über Mystery Shopping im Einzelhandel*, Norderstedt 2009.

WEISZ, S.: Sporttherapie mit Alkoholkranken im Rahmen einer sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung. In: Suchtgefahren 1989, 35, S. 184-190.

WEINSTEIN, M. et al.: Age and denture experience as determinants in patient satisfaction. In: Journal of Prosthetic Dentistry 1988, 59, S. 327-329.

WEINSTEIN, R.M.: Mental Patients' Attitudes Toward Illness, Hospitalization, and Treatment. In: Psychiatry Digest 1977, 38, S. 19-34.

WEINSTEIN, R.M.: Patient Attitudes toward Mental Hospitalization: *A Review of Quantitative Research*. In: Journal of health and social behaviour 1979, 20, S. 237-258.

WEINSTEIN, R.M.: The Favourableness of Patients' Attitudes Toward Mental Hospitalization. In: Journal of Health and Social Behaviour 1980, 21, S. 398-401.

WEINSTEIN, R.M.: Mental Patients' Attitudes Toward Hospital Staff: *A Review of Qunatitative Research*. In: Archives of General Psychiatry 1981a, 38, S. 483-489.

WEINSTEIN, R.M.: Attitudes Toward Psychiatric Treatment among Hospitalized Patients*: A Review of Quantitative Research*. In: Social Science & Medicine 1981b, 15, S. 301-314.

WEINSTEIN, R.M.: The Mental Hospital from the Patient's Point of View. In: GROVE, W.R. (Hrsg.), Deviance and Mental Illness, Beverly Hills 1982a, S. 121-146

WEINSTEIN, R.M.: Goffman's asylums and the Social Situation of Mental Patients. In: Journal of Orthomolecular Psychiatry 1982b, 11, S. 267-274.

WEINSTEIN, R.M.: Goffmans's Asylums and the Total Institution Model of Mental Hospitals. In: Psychiatry 1994, 57, S. 348-367.

WEISCHEDEL, W.: Die philosophische Hintertreppe. *Die großen Philosophen in Alltag und Denken*, 29. Aufl., München 1999.

WEISE, K.: Gemeindebezug ist Realitätsbezug. *Geleitwort*. In: KRISOR, M., Aufgehoben in der Gemeinde. *Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie*, Bonn 2005, S. 12-16.

WEISENFELD, U. / SÖRENSEN, C. & SCHERER, C.: Ärztliche Dienstleistung: *eine Zufriedenheitsbefragung bei Patienten und niedergelassenen Ärzten*. In: Gesundheitswesen 2010, 72, S. 259-270.

WEISMAN, C.S. & NATHANSON, C.A.: Professional satisfaction and client outcomes: *a comparative organizational analysis*. In: Medical Care 1985, 23, S. 1179-1192.

WEIß, H.: Ideologie der Freizeit im Dritten Reich. *Die NS-Gemeinschaft »Kraft durch Freude«*. In: Archiv für Sozialgeschichte 1993, 33, S. 289-303.

WEIß, H.: Die »Enquête Ouvrière« von Karl Marx. In: FÜRSTENBERG, F. (Hrsg.), Industriesoziologie I. *Vorläufer und Frühzeit 1835-1934*, 2. Aufl., Neuwied 1966, S. 127-147.

WELBRINK, A. & FRANKE, A.: Zwischen Genuss und Sucht – *das Salutogenesemodell in der Suchtforschung*. In: WYDLER, H. / KOLIP, P. & ABEL, T. (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. *Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts,* 3. Aufl. Weinheim und München 2006, S. 43-56.

WELCH, S.J.: Twenty Years of Patient Satisfaction Research applied of the Emergency Department: *A qualitative Review*. In: American Journal of Medical Quality 2010, 25, S. 64-72.

WELLS, G.H.: Das Land der Blinden, Reinbek 1991

WELTER, R.: Psychische und soziale Bedürfnisse hospitalisierter Kranker. In: Veska – Schweizerische Spitalzeitschrift 1975, 39, S. 79-85.

WENDISCH, M. & NEHER, M.: Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie – *ein Leitfaden*. In: Verhaltenstherapie 2003, 13, S. 122-129.

WENDORFF, T. / LINNEMANN, M. & LEMKE, M.R.: Lokomotion und Depression. *Klinik und Physiologie des Ganges bei Morbus Parkinson und affektiven Störungen*. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2002, 70, S. 289-296.

WENDT, C.: Vertrauen in Gesundheitssysteme. In: Berliner Journal für Psychologie 2003, 13, S. 371-393.

WENGLE, H.: Grundlagen des Qualitätsmanagements im Spital. *Qualität: Begriffe, Konzepte, Management, Managementsysteme,* Zürich 1998.

WENNING, H.: Lauf zurück ins Leben. *Bericht einer Lebenskrise*, Berlin 2010.

WENSAUER, M. & GROSSMANN, K.E.: Bindungstheoretische Grundlagen subjektiver Lebenszufriedenheit und individueller Zukunftsorientierung im höheren Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1998, 31, S. 362-370.

WENSING, M. / GROL, R. & SMITS, A.: Quality judgements by patients on general practice care: *A literature analysis*. In: Social Science & Medicine 1994, 38, S. 45-53.

WENSING, M. et al.: General practice care and patient's priorities in Europe: *an international comparison*. In: Health Policy 1998a, 45, S. 175-186.

WENSING, M. et al.: A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. In: Social Science & Medicine 1998b, 47(10), S. 1573-1588.

WERBIK, H.: Betriebspsychologische Untersuchungen zur Lohnzufriedenheit. In: Psychologie und Praxis 1964, 8, S. 97-108.

WERBIK, H.: Arbeitszufriedenheit und Konformität. In: Psychologie und Praxis 1965, 9, S. 49-57.

WERMANN-STYPINSKI, R.: Zum Beispiel La Borde … *Erfahrungen in einer institutionellen Psychiatrie*. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1986, 16, S. 89-108.

WERNER, W.: Offene Psychiatrie im LHK Merzig. In: Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie 1994, 18, H.4, S. 8-14.

WERNER, W.: 55 Monate Landeskrankenhaus Merzig (1990-1995): Öffnung und Auflösung. In: Sozialpsychiatrische Informationen 1996, 23, H.3, S. 26-31.

WERNER, W. (Hrsg.): Auflösung ist machbar. *Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung*, Bonn 1998.

WERNER, W.: Aufrichtigkeit, Transparenz und eine gemeinsame Sprache. *Selbstbefähigung auf einer psychiatrischen Station.* In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001, S. 122-137.

WESSEL, A.: Patientenzufriedenheit in einer Spezialklinik für Knochen- und Wirbelsäulenchirurgie. *Ergebnisse, Probleme und Perspektiven.* Hamburg 2007.

WESSEL, I.: Aufklärung, Information und psychosoziale Unterstützung in der Betreuung Krebskranker – *Ergebnisse einer Patientenbefragung.* Düsseldorf 1991.

WESSEL, S.: Behandlungsvereinbarungen. In: Psychiatrische Praxis Heute 1995, 1, S. 6-10.

WESTDEUTSCHE ALLGEMEINE ZEITUNG: Bürger unzufrieden mit dem Gesundheitssystem. In: WAZ 12.11.2001.

WESTERHOLT, B.: Zum Trinkentscheidungsprozess von in risikoreichen Situationen nicht rückfällig gewordenen Alkoholabhängigen. In: DE JONG-MEYER, R. & HEYDEN, T. (Hrsg.), Rückfälle bei Alkoholabhängigen. *Empirische Untersuchungen zu situativen und internen Bedingungen des Rückfallprozesses*, München 1993, S. 155-166.

WESTERMANNN-BINNEWIES, A.: Zeit und Macht im Krankenhaus. *Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung,* Berlin 2004.

WESTERMANN, B. / SCHWAB, R. & TAUSCH, R.: Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 1983, 4, S. 273-292.

WESTBROOK, R. & REILLY, M.: Value-Percept-Disparity: *An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction.* In: Advances in Customer Research 1983, 10, S. 256-261.

WETTACH, R.H.U. / DOBLER-MIKOLA, A. & UCHTENHAGEN, A.: Zwischenbericht: Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Zürich 1996

WETTACH, R.H.U. / DOBLER-MIKOLA, A. & UCHTENHAGEN, A.: Schlussbericht: Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 39, Zürich 1997.

WETTACH, R.H.U.: Therapiezufriedenheit von Drogenabhängigen. *Der Stellenwert von Persönlichkeitsaspekten, Behandlungsbeurteilung und Institutionsmerkmalen im stationären Setting*, Bern 2005.

WETTERLING, T.: Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen. In: Nervenheilkunde 1995, 14, S. 415-421.

WETTERLING, T. / NISSLE, K. & JUNGHANS, K.: Schlafstörungen und Schlafhygiene bei Alkoholabhängigen. In: Sucht 2002, 48, S. 377-387

WEYANT, J.: Effects of Mood States, Costs, and Benefits on Helping. In: Journal of Personality and Social Psychology 1978, 36, S. 1169-1176.

WEYRATHER, I.: Die Frau am Fließband. *Das Bild der Fabrikarbeiterin in der Sozialforschung 1870-1985*, Frankfurt/M. 2003.

WHEELER, L. & MIYAKE, K.: Social comparison in everyday life. In: Journal of Personality and Social Psychology 1992, 62, S. 760-773.

WHITEHEAD, A.N.: Prozeß und Realität, Frankfurt/M. 1979.

WHITING, J.F.: Q-sort: a technique for evaluating perceptions of interpersonal relationship. In: Nursing Research 1955, 4, S. 70-73.

WHITING, J.F.: The Nurse-Patient-Relationship and the Healing Process. *A Progress Report to the American Nurses' Foundation,* New York 1958.

WICHERT, E.: Das einfache Leben, München 1956.

WICKLUND, R.A. & FREY, D.: Die Theorie der Selbstaufmerksamkeit. In: FREY, D. & IRLE, M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Band I: Kognitive Theorien, Bern 1993, S. 192-316.

WIDERA, T. & KLOSTERHUIS, H.: Patientenorientierung in der Praxis – *10 Jahre Rehabilitandenbefragungen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.* In: RV-Aktuell 2007, 57, H.6, S. 177-182.

WIDMAIER, C.: Partizipation und kommunale Psychiatrie. *Bürgerbeteiligung an gemeindepsychiatrischen Programmen in den USA*, Frankfurt/M. 1981.

WIDMAIER-BERTHOLD, C. / LOCHMANN, R. & STOLZ, K.: Beschwerdekommission für Psychiatriepatienten. *Überlegungen zum Aufbau und Erfahrungen mit der Partizipation mit Betroffenen.* In: Sozialpsychiatrische Informationen 1998, H.2, S. 28-36.

WIDMER, W.: Patientenzufriedenheit verbessern – aber wie. *Erkenntnisse aus Patientenzufriedenheitserhebungen.* In: Managed Care 2003, 7, S. 15-21.

WIEDL, K.H. & SCHÖTTKE, H.: Die Evaluation von Veränderungen der Stationsumwelt in einem Landeskrankenhaus. In: BÖCKER, F.M. & WEIG, W. (Hrsg.), Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie, Berlin u.a. 1988, S. 330-339.

WIEDMANN, K.-P. / HENNINGS, J. & TILLEKE, R.: Die Wirkung von Zusatzleistungen auf Kundenzufriedenheit und Kundenbeindung im Verlagsmarketing. In: der markt 2006, 45, S. 39-50.

WIEKEN, K.: Die schriftliche Befragung. In: KREUTZ, H. & TITSCHER, S.: Die Konstruktion von Fragebögen. In: KOOLWIJK, J. van & WIEKEN-MAYSER, M. (Hrsg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. *Bd. 4. Erhebungsmethoden: Die Befragung*, München/Wien 1974, S. 146-161.

WIEKEN, K.: Die Bedeutung der Messung von Consumer Dissatisfaction. *Anmerkungen zu Andreasens Beitrag.* In: Zeitschrift für Verbraucherpolitik 1977, 4, S. 322ff.

WIELAND-ECKELMANN, R.: Optimismus-Skala (LOT).
URL:http://menbit.uni-wuppertal.de/verf/lot/lot.pdf
[Stand 30.07.2007]

WIELAND-ECKELMANN, R. & CRAVER, C.S.: Optimismus-Skala. In: Wuppertaler Psychologische Berichte 1989, 1(1).

WIELAND-ECKELMANN, R. & CRAVER, C.S.: Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: *Ein interkultureller Vergleich*. In: Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie 1990, 11, S. 167-184.

WIENBERG, G.: Einleitung. *Vom Objekt zum Subjekt*. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001a, S. 183-184.

WIENBERG, G.: Vom Objekt zum Subjekt – aus der Sicht eines Professionellen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. *Band 1*, Bonn 2001b, S. 185-203.

WIENCZIERTZ, P.: Differenzierte Betrachtung des Klinikerlebens ermöglicht bessere Steuerung. *Prozess und Dynamik der Patientenwahrnehmung*. In: Krankenhausumschau 1996, 65, H.8, S. 608-610.

WIENDIECK, G.: Entwicklung einer Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie 1970, 3, S. 215-224.

WIENDIECK, G.: Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit. *Eine kritische Übersicht*. In: Gruppendynamik 1977, 8, S. 415-430.

WIENDIECK, G.: Arbeitszufriedenheit: *Ein Kunstprodukt der Sozialforschung?* In: BUNGARD, W. (Hrsg.), Die „gute" Versuchsperson denkt nicht. *Artefakte in der Sozialpsychologie*, München 1980, S. 191-216.

WIESE, L.v.: Der Mensch als Mitmensch, Bern 1964.

WIESNER, G.E.: Patientenzufriedenheit und Arzt. In: HÜTTNER, H. et al. (Hrsg.), Der Patienten im Krankenhaus. *Erwartungen, Rechte und Pflichten, Zufriedenheit*. 2. Aufl., Berlin 1982, S. 53-65.

WIETHOFF, K. et al.: „*Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein*" – Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus der Sicht minderjähriger Patienten. In: LEHMKUHL, U. (Hrsg.), Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Göttingen 2003, S. 89-104.

WIDMER, W.: Patientenzufriedenheit verbessern – aber wie? *Erkenntnisse aus Patientenzufriedenheitsmessungen*. In: Managed Care 2003, 7, S. 15-16.

WIECHMANN, M.: Chancen und Risiken von Managed Care. In: Gesundheitswesen 2003, 65, S. 432-437.

WIELAND, C.M. Der Unzufriedene. In: Ders., Sämtliche Werke, Nordingen 1984.

WIGGERS, J.H. et al.: Cancer Patient Satisfaction with care. In: Cancer 1990, 66, S. 612-616.

WILCKEN, S. & ROCHOW, M.: Rückfallprävention bei Alkoholismus. *Fähigkeiten im Focus: Ein Manual*, Bern u.a. 2000.

WILD, O.: Eine Frau ohne Bedeutung, Stuttgart 2000.

WILDFEUER, A.G.: Das Übel. In REHFUS, D. (Hrsg.), Handwörterbuch der Philosophie, Göttingen 2003.

WILDGRUBE, K.: Die Arzt-Patient-Beziehung. In: BASLER, H.-D. et al. (Hrsg.), Medizinische Psychologie II: Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin, Mainz 1978.

WILLENBORG, H.-P.: Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit mit der Organisation und Infrastruktur an einer orthopädischen Universitätsklinik, Düsseldorf 1999.

WILLER, R.D. & MILLER, G.H.: On the relationship of client satisfaction to client characteristics and outcome of treatment. In: Journal of Clinical Psychology 1978, 34, S. 157-160.

WILLKE, H.: Beobachtung, Beratung und Steuerung von Organisationen in systemtheoretischer Sicht. In: WIMMER, R. (Hrsg.), Organisationsberatung: Neue Wege und Konzepte, Wiesbaden 1992, S. 17-42.

WILLKE, H.: Systemtheorie II: *Einführung in die Theorie der Intervention in komplexe Sozialsysteme*, 3. Aufl., Stuttgart 1999.

WILLKE, H.: Systemtheorie III: *Steuerungstheorie,* 3. Aufl., Stuttgart 2001.

WILK, L.: Die postalische Befragung. In: HOLM, K. (Hrsg.), Die Befragung I, München 1975.

WILKE, S. et al.: Wie entwickeln sich Patienten im Anschluss an eine stationäre Psychotherapie ? In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 1988, 34, S. 107-124.

WILKER, F.-W.: Compliance. In: HUPPMANN, G. & WILKER, F.-W. (Hrsg.), Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, München 1988, S. 270-275.

WILLI, J.: Die stationäre Psychotherapie in psychoökologischer Sicht. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 1990, 35, S. 163-174.

WILLI, J.: Was hält Paare zusammen? *Der Prozess des Zusammenlebens in psychoökologischer Sicht,* Reinbek 1991.

WILLI, J.: Die ökologische Dimension der Psychotherapie. *Ein aus der Paartherapie entwickeltes Modell.* In: Psychotherapeut 1998, 2, S. 69-79.

WILLI, J.: Ökologische Psychotherapie. *Wie persönliche Entwicklung und Lebenssituation sich wechselseitig beeinflussen,* Reinbek 2005.

WILLI, J.: Die Kunst des gemeinsamen Wachsens. *Ko-Evoluation in Partnerschaft, Familie und Kultur.* Freiburg 2007.

WILLI, J. / TOGGAR-ZURMÜHLEN, A. & FREI, A.: Die Erfassung der persönlichen Nische als Grundlage der supportiven Psychotherapie. In: Nervenarzt 1999, 70, S. 847-854.

WILLIAMS, B.: Patient Satisfaction: *A valid concept?* In: Social Science & Medincine 1994, 38, S. 509-516.

WILLIAMS, B. & WILKINSON, G.: Patient Satisfaction in Mental Health Care. *Evaluating an Evaluative Method.* In: British Journal of Psychiatry 1995, 166, S. 559-562.

WILLIAMS, B. / COYLE, J. & HEALY, D.: The meaning of patient satisfaction: *An explanation of high reported levels.* In: Social Science & Medincine 1998, 47, S. 1351-1358.

WILLIAMS, C.E. & STEVENS, K.N.: Akustische Korrelate diskreter Emotionen. In: SCHERER, K.R. (Hrsg.), Vokale Kommunikation. *Nonverbale Aspekte des Sprachverhaltens*, Weinheim 1982, S. 307-325.

WILLIAMS, H.V. et al.: Some factors influencing the treatment expectations of anxious neurotic outpatients. In: Journal of Nervous and Mental Disease 1967, 145, S. 208-220.

WILLIAMS, S.J. & CALNAN, M.: Convergence and divergence: *assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting.* In: Social Science & Medicine 1991a, 33, S. 707-716.

WILLIAMS, S.J. & CALNAN, M.: Key determinants of consumer satisfaction with general practice. In: Family Practice 1991b, 8 (3), S. 237-242.

WILLIAMS, S.J. et al.: Patient expectations: *What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?* In: Family Practice 1995, 12, S. 193-201.

WILLIAMS, S.J. / WEINMAN, J. & DALE, J.: Doctor-patient communication and patient satisfaction: *A review*. In: Family Practice 1998, 15, S. 480-492.

WILLIAMS, W.S.: Class differences in the attitudes of psychiatric patients. In: Social Problem 1956, 4, S. 240-244.

WILLS, T.A.: Downward comparison principles in social psychology. In: Psychological Bulletin 1981, 90, S. 245-271.

WILLS, T.A.: Downward comparisation as a coping mechanism. In: SNYDER, C.R. & FORD, C.E. (Hrsg.), Coping with negative life events, New York 1987, S. 243-268.

WILLUTZKI, U.: Qualitätssicherung und Wissenschaft: *Eine spannungsvolle Geschichte.* In: LAIREITER, A.R. & VOGEL, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und der psychosozialen Versorgung. *Ein Werkstattbuch*, Tübingen 1998.

WILKINS, W.: Expectancy of therapeutic gain: *An empirical and conceptual critique.* In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973, 40, S. 69-77.

WILMERS, F. & ROSIN, U.: Was lohnt sich aus der Sicht der Patientinnen? *Der Anteil der verschiedenen Behandlungselemente am Erfolg der stationären psychosomatischen Therapie aus der Sicht der Patientinnen.* In: BASSLER, M. (Hrsg.), Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie, Gießen 1998, S. 236-255.

WILSON, A.: The Use of Mystery Shopping in the Measurement of Service Delivery. In: Service Industries Journal 1998, 18, S. 148-163.

WILSON, A. / WYNN, A. & PARKER, H.: Patient and carer satisfaction with 'Hospital at Home': *quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial.* In: British Journal of General Practice 2002, 52, H.1, S. 9-13.

WILSON, C. et al.: Mental illness depictions in prime-time drama: *identifying the discursive resources.* In: Australien and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, 33, S. 232-239.

WILSON, T.P: Quantitative «oder» qualitative Methoden in der Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1982, 34, S. 469-486.

WIMMER, H.: Informationsbedürfnisse und Informiertheit von Patienten im Krankenhaus. *Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse von Befragungen auf einer chirurgischen und einer internen Abteilung*, Wien 1984.

WIMMER, H.: Bewältigung der Information über eine Krebserkrankung. *Eine empirische Untersuchung über den Verlauf des Bewältigungsprozesses und Möglichkeiten der Unterstützung des Patienten.* In: Medizinsoziologische Informationen 1988a, 4, S. 27-30.

WIMMER, H.: Operationsbewältigung bei Krebspatienten. In: Medizinsoziologische Informationen 1988b, 4, S. 49-50.

WIMMER, H. & PELIKAN, J.M.: Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1985a, S. 280-282.

WIMMER, H. & PELIKAN, J.M.: Gestörte Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. *Eine Analyse von Kommunikationsbedingungen am Beispiel der Anamnese.* In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 1985b, S. 163-178.

WIMMER, H. & DENCK, H.: Psychosoziale Unterstützung von Patienten bei der Bewältigung eines operativen Eingriffs. In: FORSTER, R. / FROSCHAUER, U. & PELLIKAN, J.M. (Hrsg.): Gesunde Projekte. Wien und München 1989, S. 69-80.

WIMMER, F.: Beschwerdepolitik als Marketinginstrument. HANSEN, U. & SCHOENHEIT, I. (Hrsg.): Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten, Frankfurt/M. 1987, S. 225-254.

WIMMER, R.: Wozu benötigen wir Berater? *Ein aktueller Orientierungsversuch aus systemischer Sicht.* In: WALGER, G. (Hrsg.), Formen der Unternehmensberatung, Köln 1995, S. 239-283.

WIMMER, R.: Organisation und Beratung. *Systemtheoretische Perspektiven für die Praxis,* Heidelberg 2004.

WINDGASSEN, K.: Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. *Untersuchungen des Behandlungsverlaufs und der neuropleptischen Therapie unter patischem Aspekt*, Heidelberg 1989.

WINDGASSEN, K.: Treatment with neuropleptics: The patient's perspective. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 1992, 86, S. 405-410.

WINDGASSEN, K. / WEISSEN, P.H. & SCHMIDT, K.: Vorurteile und Urteile: *Die psychiatrische Konsiliarunteruschung aus der Sicht des Patienten.* In: Psychiatrische Praxis 1997, 24, S. 134-137.

WINDHEUSER, J. & NIKETTA, R.: Eine deutsche Form der „Reinforcement Survey Schedule" von Cautela und Kastenbaum. Vortrag, 4.Kongreß für Verhaltenstherapie, Münster 1972. In: SCHULTE, D. (Hrsg.), Diagnostik in der Verhaltenstherapie, München 1976, S. 264-272.

WING, J.K. & BROWN, G.W.: Institutionalismus und Schizophrenie. *Vergleichende Untersuchungen über den klinischen Zustand und die soziale Situation von Patienten in drei psychiatrischen Krankenhäusern.* In: FINZEN, A. (Hrsg.), Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. *Ursachen, Behandlung, Prävention.* München 1974, S. 80-113.

WINGENFELD, K.: Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, Bielefeld 2003.

WINGENFELD, K. & SCHAEFFER, D.: Nutzerperspektive in der ambulanten Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001, 34, S. 140-146.

WINKELMANN, U. (Hrsg.): Aggression mal konstruktiv. *Ambulante Milieutherapie in Theorie und Praxis,* Frankfurt/M. 2000.

WINKING, M. & BÖKER, D.-K.: Patientenerwartungen vor lumbalen Bandscheibenoperationen – *Eine Analyse aus einer Fragebogenaktion an 200 Patienten.* In: Zentralblatt für Neurochirurgie 1994, 55, S. 179-184.

WINKLER, I. / RICHTER-WERLING, M. & ANGERMEYER, M.C.: Strategien gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ihre praktische Umsetzung am Beispiel des Irrsinnig Menschlich e.V. In: Das Gesundheitswesen 2006, 68, S. 708-713.

WINKLER, I. et al.: Das Filmfestival „AUSNAHMEZUSTAND" – *Eine Strategie gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen?* In: Psychiatrische Praxis 2008, 35, S. 35-39.

WINKLER, M.: Eine Theorie der Sozialpädagogik, Stuttgart 1988.

WINKLER, M.: Theorie der Sozialpädagogik. In: STIMMER, F. (Hrsg.), Theorie, Politik und Praxis Sozialer Arbeit, Wien 1994, S. 525-531.

WINKLER, M.: Theorie der Sozialpädagogik. In: KREFT, D. & MILENZ, I. (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim 1996, S. 525-531.

WINKLER, M.: Aneignung und Sozialpädagogik – einige grundlegende theoretische Überlegungen. In: DEINET, U. & REUTLINGER, C. (Hrsg.), „Aneignung" als Bildungskonzept der Sozialpädagogik, Wiesbaden 2004, S. 71-92.

WINKLER, M.: Kleine Skizze einer revidierten Theorie der Sozialpädagogik. In: BADAWIA, T. / LUCKAS, H. & MÜLLER, H. (Hrsg.), Das Soziale gestalten. *Über Mögliches und Unmögliches in der Sozialpädagogik,* Wiesbaden 2006, S. 55-80.

WINKLER, W.T.: Hierarchie und Demokratie im psychiatrischen Krankenhaus. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1969, 19, S. 114-126.

WINKLER, T.W.: Die kustodiale Psychiatrie in der Auseinandersetzung mit dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. In: LAUTER, H. & MEYER, J.E. (Hrsg.), Der psychisch Kranke und die Gesellschaft, Stuttgart 1971, S. 75-81.

WINNEFELD, M. & NISCHAN, P.: Stationäre Sucht-Rehabilitation aus Patientensicht – *Patientenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der BfA.* In: Sucht Aktuell, H.1/2002, S. 34-40.

WINNICOTT, D.W.: Primäre Mütterlichkeit. In: Psyche 1958, 14, S. 393-398.

WINNICOTT, D.W.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz*. In: Psyche 1969, 9, S. 666-682.

WINNICOTT, D.W.: Die Fähigkeit zum Alleinsein. In: Ders., Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, München 1974, S. 36-46.

WINTER, P.L. & KEITH, R.A.: A model of outpatient satisfaction in rehabilitation. In: Rehabilitation Psychology 1988, 33, S. 131-142.

WINTERSWYL, R.: Das Glück. *Eine Spurensuche*, München 1995.

WIRT, A.: Kur oder Rehabilitation? In: Deutsches Ärzteblatt 1995, 92, A582-587.

WIRT, M.: Die Verweildauer in der Klinik und das Problem der Entlassung aus der Klinik aus der Sicht des Patienten: *Eine Untersuchung an der Nervenklinik der Universität München*, München 1974.

WIRTH, M.: Die Verweildauer in der Klinik und das Problem der Entlassung aus der Klinik aus der Sicht des Patienten: *Eine Untersuchung an der Nervenklinik der Universität München*, München 1974.

WIRTH, W.: Inanspruchnahmeverhalten sozialer Dienste. *Bedingungen und Barrieren*, Frankfurt/M. 1982.

WIRTZ, J.: A Critical Review of Models in Consumer Satisfaction. In: Asian Journal of Marketing 1993, 2, S. 7-21

WIRTZ, J.: Consumer Satisfaction with services: *integrating recent perspectives in services marketing with the tradional satisfaction model*. In: Asia Pacific Advances in Consumer Research 1994, S. 153-159.

WIRTZ, J.: Controlling halo in attribute-specific customer satisfaction measures – towards a conceptual framework. In: Asian Journal of Marketing 1996, 5, S. 41-47.

WIRTZ, J.: An examination of the presence, magnitude and impact of halo on consumer satisfaction measurement. In: Journal of Retailing and Consumer Services 2000, 7, S. 89-99.

WIRTZ, J.: Improving the measurement of consumer satisfaction: *a test of three methods to reduce halo*. In: Managing Service Quality 2001, 11, S. 99-111.

WIRTZ, J. & BATESON, J.E.G.: An experimental investigation of halo effects in satisfaction measures of services attributes. In: International Journal of Service Industry Management 1995, 6, S. 84-102.

WIRTZ, K.: Der unzufriedene Schmetterling. In: Dies., Strahlende Herzen, Freisingen 1953.

WISCHER, R.: Über das menschliche Krankenhaus. In: Deutsche Architektur- und Ingenieurzeitschrift 1977, 6-7, S. 8-21.

WISSING, F.: Die Mitarbeiterbefragung als Institution? *Eine neoinstitutionalistische Perspektive auf Verbreitung und Scheitern von Mitarbeiterbefragungen im Kontext von Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern*. Münster 2008.

WITTERMANN, E.: Bücher im Krankenhaus: Humanitäre und therapeutische Hilfe. In: DEUTSCHES BIBLIOTHEKSINSTITUT (Hrsg.), Die Patientenbibliothek. *Ein Beitrag zur Humanität im Krankenhaus. Referate einer Fortbildungstagung des Deutschen Bibliotheksinstituts Mai 1981*, Berlin 1982, S. 9-19.

WITTGENSTEIN, L.: Tractatus logico-philosophicus, Frankfurt/M. 1960a.

WITTGENSTEIN, L.: Philosophische Untersuchungen. In: Ders., Schriften I, Frankfurt/M. 1960b, S. 279-544.

WITTGENSTEIN, L.: Über Gewissheit, Frankfurt/M. 1970.

WITZEL, A.: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. *Überblick und Alternativen*, Frankfurt/M. 1982.

WITZEL, A.: Das problemzentrierte Interview. In: JÜTTEMANN, G. (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. *Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Weinheim und Basel 1985, S. 227-256.

WITZEL, K. / HIPP, T. & KAMINSKI, C.: Arztbild in den Medien: Dr. Stefan Frank hätte sich mehr Zeit genommen… *Einfluss von Fernsehserien auf die Erwartungshaltung von Patienten im Krankenhaus*. In: Deutsches Ärzteblatt 2003, 100, A-2933-A2934.

WITZEL, K. et al.: Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. In: NeuroGeratrie 2008, 5 (2), S. 1-5.

WITZEL, L.: Das Verhalten von sterbenden Patienten. In: Medizinische Klinik 1971, 66, S. 577-582.

WITZEL, L.: Der sterbende Patient. In: Medizinische Klinik 1973, 68, S. 1373-1378.

WLASSAK, R.: Zur Psychologie der Landschaft. In: Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Philosophie 1892, 16, S. 333-354.

WÖLLER, W. et al.: Die Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der stationären Psychotherapie. In: Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik 1998, 34, S. 54-64.

WÖRDEMANN, H.: Die unzufriedene Antenne. In: Ders., 100 Moderne Fabeln. ULR:http://gutenberg.spiegel.de/index.php?id=5&xid=628&kapitel=1#sb_found [Stand: 20.09.2008a]

WÖRDEMANN, H.: Die unzufriedene Gardine. In: Ders., 100 Moderne Fabeln. ULR:http://gutenberg.spiegel.de/index.php?id=5&xid=628&kapitel=1#sb_found [Stand: 20.09.2008b]

WÖRDEMANN, H.: Die unzufriedene Hose. In: Ders., 100 Moderne Fabeln. ULR:http://gutenberg.spiegel.de/index.php?id=5&xid=628&kapitel=1#sb_found [Stand: 20.09.2008c]

WÖRDEMANN, H.: Der unzufriedene Schatten. In: Ders., 100 Moderne Fabeln. ULR:http://gutenberg.spiegel.de/index.php?id=5&xid=628&kapitel=1#sb_found [Stand: 20.09.2008d]

WOHLFAHRT, R.: Unfähig zur Abstinenz? *Zum Umgang mit einigen Problemgruppen im Alkoholismusbereich*. In: KÖRGEL, J. (Hrsg.), Praxis der Rückfallbehandlung. *Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer*, Wuppertal 1991.

WOYTHAL, M.: Das klassenlose Krankenhaus. *Eine Zwischenbilanz*, Hanau 1971.

WOLF, M.H. et al.: The medical interview satisfaction scale. In: Journal of Behavioural Medicine 1978, 1, S. 391-401.

WOLF, M.H.: Patient beliefs, personality trails, health perceptions, and response biases as predictors of medical interview satisfaction, North Carolina 1980.

WOLF, J.W.: Das allzeit zufriedene Knäbchen. In: Ders., Verschollene Märchen, Berlin 1988.

WOLFENSBERGER, W.P.: Attitudes of alcoholics toward mental hospitals. In: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1958, 19, S. 447-451.

WOLFERSDORF, M.: Ein Therapiekonzept aus der Sicht des Patienten – *Vorläufige Ergebnisse einer Nachbefragung ehemaliger Patienten der Weißenauer Depressionsstation*. In: FAUST, V. & HOLE, G. (Hrsg.), Depressionen. *Symptomatik – Ätiopathogenese – Therapie*, Stuttgart 1983, S. 204-216.

WOLFF, C.: Vernünfftige Gedanken von der Menschen Thun und Lassen, Frankfurt/M. 1733.

WOLFF, C.: Vernünfftige Gedanken von Gott, der Welt und der Seele des Menschen, Halle 1751.

WOLFF, E.: »Volksmedizin« als historisches Konstrukt. *Laienvorstellungen über die Ursachen der Pockenkrankheit im frühen 19. Jahrhundert und deren Verhältnis zu Erklärungsweisen in der akademischen Medizin*. In: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 1996, 7, S. 405-430.

WOLFF, E.: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: PAUL, N. & SCHLICH, T. (Hrsg.), Medizingeschichte: *Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt/M. 1998, S. 311-334.

WOLFF, R. & HARTUNG, K.: Totale Institution und Klassencharakter der Psychiatrie. In: ENZENSBERGER, H.M. & MICHEL, K.M. (Hrsg.), Das Elend mit der Psyche: *I Psychiatrie, Kursbuch 28*, Berlin 1972, S. 44-59.

WOLFF, S.: Wie nehmen Pflegende in der Psychiatrie ihre Patienten wahr? *Kompetenzorientierte psychiatrische Pflege*. In: Psychiatrische Pflege 2002, 8, S. 300-309.

WOLFSTELLER, H.-J.: Psychotherapie im Rückblick – *Die Katamnese psychotherapeutischer Behandlung aus der Sicht des Patienten*, Ulm 1982.

WOLKER, T.: Patientenzufriedenheit: *Arztpraxen schaffen sich zufriedene Patienten, wenn die menschliche Zuwendung stimmt*. In: Ärzte-Zeitung 2000, 19(89), S. 26.

WOLPERT, E.: Intervision – ein neuer Weg kollegialer Hilfe zwischen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. In: KRISOR, M. (Hrsg.), Gemeindepsychiatrisches Gespräch, Erlangen 1989, S. 75-79.

WOOD, D.L. et al.: A Multi-Method Assessment of Satisfaction with Services in the Medical Home by Partents of Children and Youth with Special Health Care Needs (CYSHCN). In: Maternal and Child Health Journal 2009, 13, S. 5-17.

WOOD, E. / RAKUSIN, J. & MORSE, E.: Interpersonal aspects of psychiatric hospitalization. *Some correlations between the admission circumstances and the hospital treatment experience*. In: Archives of General Psychiatry 1962, 6, S. 39-45.

WOOD, J.V. / TAYLOR, S.E. & LICHTMAN, R.R.: Social comparison in adjustment to breast cancer. In: Journal of Personality and Social Psychology 2000, 78, S. 928-942.

WOODRUFF, R.D. / CADOTTE, E. & JENKINS, R.: Modelling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms. In: Journal of Marketing Research 1983, 20, S. 296-304.

WOODWARD, J.: Emotional disturbances of burned children. In: British Medical Journal 1959, S. 1009-1013.

WOODWARD, J.: Parental visiting of children with burnes. In: British Medical Journal 1962, S. 1656-1657.

WOODRUFF, R.D. et al.: The standards issue in CS/D research: *a historical perspective*. In: Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour 1991, 4, S. 103-109.

WOODY, G.E. et al.: Psychotherapy for Opiate Addicts: *Does It Help?* In: Archiv of General Psychiatry 1983, 40, S. 639-645.

WOOLF, V.: Flush. *Eine Biographie*, 4. Aufl., Frankfurt/M. 1994.

WOOLLEY, F.R. et al.: The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. In: Social Science & Medicine 1978, 12, S. 123-128.

WORATSCHEK, H.: Die Typologie von Dienstleistungen aus informations-ökonomischer Sicht. In: der markt 1996, 35 (1), S. 59-71

WRANA-SUBIČ, C. et al.: Verteilung des Persönlichkeitsmerkmals Alexityhmie bei Patienten in stationärer psychosomatischer Behandlung – gemessen mit TAS-20 und LEAS. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2002, 52, S. 454-460.

WREN, G.R. et al.: Patient opinion polls. In: Hospitals JAHA 1971, 45, S. 80.

WRENCH, J.S. & BOOTH-BUTTERFIELD, M.: Increasing Patient Satisfaction and Compliance: *An Examination of Physician Humor Orientation, Compliance-Gaining Strategies, and Perceived Credibility*. In: Communication Quarterly 2003, 51, S. 482-503.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E.: Qualitätsmanagement in Spitälern. *Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit*, Bamberg 1998.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E.: Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? *Teil 1*. In: Schweizerische Ärztezeitung 2000a, 81, S. 1046-1048.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E.: Patientenzufriedenheit – Wie messen? *Teil 2: Theoretische Aspekte*. In: Schweizerische Ärztezeitung 2000b, 81, S. 1116-1119.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E.: Patientenzufriedenheit – Praktisches Beispiel einer Messung. *Teil 3*. In: Schweizerische Ärztezeitung 2000c, 81, S. 1193-1196.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E. & RAGETH, J.H.: Patientenzufriedenheits-Messungen im stationären, gynäkologischen Bereich: *Signifikante Qualitätsverbesserungen*. In: Schweizerische Rundschau für Medizin 2000, 89, S. 1947-1952.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E. / KÜNZEL, B. & OSWALD, W.: Swisspep – Qualität mit System". ULR:http://www.swisspe.ch/pages/Lit/Qddoku_dt.html [Stand: 13.02.2005]

WULFF, E.A.: Über den Aufbau einer Therapeutischen Gemeinschaft. In: Ders., Psychiatrie und Klassengesellschaft, Frankfurt/M. 1972, S. 214-226.

WULFF, E.A.: Wie wünscht sich der Sektor-Psychiater die Versorgung seiner Patienten? *Eine sozialpsychiatrische Utopie*. In: HEINRICH, K. & MÜLLER, U. (Hrsg.): Psychiatrische Soziologie. *Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie? 3. Düsseldorfer Symposion am 14. April 1978*. Weinheim und Basel 1980, S. 133-138.

WULFF, E.A.: Nachwort. In: HOFMANN, H.: Die „psychothérapie institutionelle". *Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich*, Frankfurt/M. 1983, S. 96-100.

WULFF, E.A.: Irrfahrten. *Autobiographie eines Psychiaters*, Bonn 2001.

WULFF, H.J.: Psychiatrie im Film. *Ergebnisse einer Umfrage*. In: Medien praktisch 1983, 3, S. 41-43.

WULFF, H.J.: Konzeptionen der psychischen Krankheit im Film, Münster 1985.

WULFF, H.J.: Darstellungsformen psychischer Krankheit im Spielfilm. In: FISCHER, H.-D. (Hrsg.), Medizin-Publizistik. *Prämissen – Praktiken – Probleme*, Frankfurt/M. 1990, S. 271-282.

WULFF, H.J.: Bilder der Psychiatrie. *Analysiert in Filmen der neunziger Jahre*. In: Medien praktisch 2000, 24, S. 51-56.

WULLWEBER, H.: »The psychiatric will« oder »Das psychiatrische Testament«. In: Recht und Psychiatrie 1985, S. 15-18.

WUNDT, W.: Grundriß der Psychologie, 4. Aufl., Leipzig 1901.

WURM, W.: Psychotherapie als soziale Kontrolle: *Beziehungsformen, Behandlungsverläufe, Sozialisationseffekte. Weinheim und Basel* 1982.

WURTZEL, E.: Verdammt schöne Welt. *Mein Leben mit der Psycho-Pille*, München 1994.

WYAND, A.: Will ich im Krankenhaus Kunde oder Gast sein? *Überlegungen eines potentiell Betroffenen*. In: Krankenhausdienst 1998, 71, S. 11-18.

WYSS, D. / BÜHLER, K.-E. & BIEBER, L.: Präoperative Angst, Therapieaufklärung und Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. In: Deutsche Ärzte Zeitung 1985, 51, S. 339-343.

XIROTIRI-KOUFIDI, S.: Bewertung von Zufriedenheitsfaktoren durch griechische Arbeitnehmer. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1977, 31, S. 38-41.

YABLONSKY, L.: Synanon, ein neuer Weg in der Behandlung Drogenabhängiger. In: PETZOLD, H.G. (Hrsg.), Drogen-Therapie. *Modelle, Methoden, Erfahrungen*. Paderborn 1974, 62-95.

YABLONSKY, L.: Synanon. *Selbsthilfe der Süchtigen und Kriminellen*, Stuttgart 1975.

YABLONSKY, L.: Die Therapeutische Gemeinschaft. *Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*, Weinheim 1990.

YABLONSKY, L.: Geld und Charakter: *Die Zufriedenen und die Unersättlichen*. In: Psychologie heute 1991, H.8, S. 28-33.

YALOM, I.D.: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, München 1985.

YALOM, I.D.: Und Nietzsche weinte, München 1994.

YALOM, I.D.: Die rote Couch, München 1998.

YALOM, I.D.: Die Reise mit Paula, München 2000.

YALOM, I.D.: Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht, München 2002.

YALOM, I.D.: Was Hemingway von Freud hätte lernen können. *Das große Yalom-Lesebuch*, München 2003.

YALOM, I.D. et al.: Predication of improvement in group psychotherapy. In: Archives of General Psychiatry 1967a, 17, S. 159-168.

YALOM, I.D. et al.: Preparation of patients for group therapy. In: Archives of General Psychiatry 1967b, 17, S. 416-427.

YALOM, I.D. & ELKIN, G.: Jeden Tag ein bisschen näher. *Eine ungewöhnliche Geschichte*, 5. Aufl. München 2001.

YI, Y.: A Critical Review of Consumer Satisfaction. In: ZEITHAML, V. (Hrsg.), Review of Marketing, Chicago 1989, S. 68-123.

YI, Y.: The Determinants of Consumer Satisfaction: *The Moderating Role of Ambiguity*. In: Advances in Consumer Research 1993, 20, S. 502-507.

YI, Y.: The Determinats of Satisfaction: *An Experimental Verification of the Moderating Role of Ambiguity*. In: Advances in Consumer Research 1996, 23, S. 255-259.

YIP, M.P. et al.: Development of the telemedicine satisfaction questionnaire to evaluate patient satisfaction with telemedicine: *a preliminary study*. In: Journal of Telemedicine and Telecare 2003, 9, S. 46-50.

YOUNG, G.J. et al.: Patient satisfaction with hospital care: *effects of demographic and institutional characteristics*. In: Medical Care 2000, 38, S. 325-334.

YOUNG, R.: Die stationäre Therapie der Anorexia nervosa aus der Sicht der Patienten, Hannover 1983.

YOUNG, M. & KLINGLE, R.: Slient partners in medical care: *a cross-cultural study of patient satisfaction*. In: Journal of Health Communication 1996, 8 (1), S. 29-53.

YÜKSEL, A. & YÜKSEL, F.: The Expectancy-Disconfirmation Paradigma: *A Critique*. In: Journal of Hospitality & Tourism Research 2001, 25, S. 107-131.

ZACHARIAE, R. et al.: Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. In: British Journal of Cancer 2003, 88 (5), S. 658-665.

ZÄHRES, S. / STETTER, F. & MANN, K.: Behandlungskomponenten einer Entgiftungs- und Motivationstherapie aus der Sicht der Alkoholkranken. In: Sucht 1993, 5, S. 332-342.

ZAJAC, J. et al.: Patients' opinions on psychiatric hospital treatment. In: Psychiatrica Polska 2006, 40, S. 671-681.

ZAJONC, R.: Emotional and Facial Efference: *A Theory Reclaimed*. In: Science 1985, 228, S. 15-21.

ZANK, S. & SCHACKE, C.: Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1998, 11, S. 87-95.

ZAPF, W.: Zur Messung der Lebensqualität. In: Zeitschrift für Soziologie 1972, 1, S. 353-376.

ZAPF, W.: Lebensqualität in der Bundesrepublik. *Methoden der Messung und erste Ergebnisse*. In: Soziale Welt 1977, 4, S. 413-423.

ZAPKA, J.G. et al.: Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status. In: Journal of Ambulatory Care Management 1995, 18, S. 73-83.

ZASLOVE, M.O. / UNGERLEIDER, J.T. & FULLER, M.C.: How psychiatric hospitalisation helps: *Patient views vs. staff views*. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 1966, 142, S. 568-576.

ZASTOWNY, T.R. / ROGHMAN, K.J. & HENGST, A.: Satisfaction with medical care: *replications and theoretic revaluation*. In: Medical Care 1983, 21, S. 294-322.

ZASTOWNY, T.R. / ROGHMAN, K.J. & CAFFERRATA, G.L.: Patient satisfaction and the use of health services. In: Medical Care 1989, 27, S. 705-723.

ZAUMSEIL, M.: Institutionelle Aspekte klinisch-psychologischer Arbeit. In: KEUPP, H. & ZAUMSEIL, M. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/M. 1978, S. 15-58.

ZAUMSEIL, M.: Die Beziehung als Basis der Behandlung – Vorwort. In: TERZIOGLU, P., Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis, Bonn 2005, S. 6-14.

ZAUMSEIL, M.: Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. *Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen?* In: KNUF, A. & SEIBERT, U. (Hrsg.), Selbstbefähigung fördern. *Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Bonn 2001, S. 196-210.

ZAUMSEIL, M. & TERZIOGLU, P.: Beziehungsaspekte der psychiatrischen Pharmakotherapie. Partizipation in der ambulantenpsychiatrischen Behandlung psychoseerfahrener Patienten. In: BOCK, T. / DÖRNER,K. & NABER, D. (Hrsg.), Anstöße – *Zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Bonn 2004, S. 252-263.

ZEEK, A. / HARTMANN, A. & ORLINSKY, D.: Inter-Session-Prozesse. *Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2004, 54, S. 236-242.

ZEIGARNIK, B.: Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. In: Psychologische Forschung 1927, 9, S. 1-85.

ZEITHAML. V.A.: How consumer evaluation processes differ between goods and services. In: DONELLY, J.H. & GEORGE, W.R. (Hrsg.), Marketing of Services, Chicago 1981, 186-190.

ZEITHAML, V.A. / PARASURAMAN, A. & BERRY, L.L.: Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. In: Journal of Marketing 1988, S. 35-48.

ZEITHAML, V.A. / BERRY, L.L. & PARASURAMAN, A.: The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. In: Journal of the Academy of Marketing Science 1993, 21, S. 1-12.

ZEITHAML, V.A. / PARASURAMAN, A. & BERRY, L.L.: Qualitätsservice. *Was Ihre Kunden erwarten – was Sie leisten müssen*, Frankfurt/M. und New York 1992.

ZENZ, H. & KELLER, K.: Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer Allgemeinpraxis. In: Der Praktische Arzt 1978, Sonderdruck Heft 27, S. 3079-3088.

ZENZ, H. / BRÄHLER, E. & BRAUN, P.: Persönlichkeitsaspekte des Kommunikationserlebens im Erstinterview. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1975, 21, S. 376-389.

ZENZ, H. et al.: Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: BISCHOFF, C. & ZENZ, H. (Hrsg.), Patientenkonzepte von Körper und Krankheit, Bern 1989, S. 148-160.

ZERSSEN, D.v. & HECHT, H.: Gesundheit, Glück, Zufriedenheit im Licht einer katamnestischen Erhebung an psychiatrischen Patienten und gesunden Probanden. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 1987, 37, S. 83-96.

ZHANG, Z. / GERSTEIN, D.R. & FRIEDMANN, P.D.: Patient satisfaction and substance outcomes of drug abuse treatment. In: Journal of Health Psychology 2008, 13, S. 388-400.

ZIELKE, M.: Untersuchung der Gültigkeit des Klienten-Erfahrungs-Bogens (KEB). In: Diagnostica 1980a, 14, S. 57-73.

ZIELKE, M.: Da staunt der Laie und der Fachmann wundert sich. In: Psychologie heute 1980, 1, S. 60-63.

ZIELKE, M.: Diagnostik in der Psychotherapie, Stuttgart 1982.

ZIELKE, M.: Die Qualitätssicherungsbedbatte in verschiedenen Anwendungsfeldern – *Konzepte und Beiträge aus der Sicht der Psychologie.* Wissenschaftsrat der AHG AG, unveröfftl. Manuskript, Hilden 1995.

ZIELKE, M.: Entwicklungsschritte zu einer guten Klinik. *Unternehmenskultur und Qualitätsverständnis in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Von der Konfession zur Profession.* In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Das „Beste" für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien, Geesthacht 1997, S. 84-114.

ZIELKE, M.: Qualitätsbeurteilung durch Patienten in der Sucht-Rehabilitation. In: „Der Patient als Kunde“, unveröffentlichte Referatsammlung der 8. Stillenberger Gespräche, Warstein 2001, S.1-8.

ZIELKE, M. et al.: Qualitätsbeurteilung durch Patienten als Element der Qualitätssicherung in der medizinschen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002a, 96(1), S. 43-51.

ZIELKE, M. et al.: Qualitätsstandards und Qualitätsanforderungen in den besten verhaltensmedizinischen Kliniken. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2002b, 59, S. 244-258.

ZIELKE, M. et al.: Zur Konfundierung zwischen den Qualitätsstandards einer Rehabilitationsklinik und den Qualitätsbefragungen durch Patienten. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006a, 71, S. 3-11.

ZIELKE, M. et al.: „Qualitätsbeurteilungen durch den Patienten (QbP)“ – *Konzeptionelle Gestaltung und Implementierung eines Entlassungsfragebogens nach verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation.* In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006b, 71, S. 12-17.

ZIELKE, M. et al.: Gütekriterien des Fragebogens „Qualitätsbeurteilungen durch Patienten“ (QbP) auf der Grundlage von stationären Behandlungsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006c, 71, S. 18-26.

ZIELKE, M. et al.: Qualitätsbeurteilungen durch Patienten als Element der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2006d, 71, S. 27-33.

ZIOLKOWSKI, M. / GRUSS, T. & RYBAKOWSKI, J.: Does alexithymia in male alcoholics constitutive a negative factor for maintaining abstinence. In: Psychotherapy and Psychosomatics 1995, 63, S. 169-173.

ZIMA, P.V.: Theorie des Subjekts. *Subjektivität und Identität zwischen Moderne und Postmoderne,* Tübingen und Basel 2000.

ZIMA, P.V.: Was ist Theorie? *Theoriebegriff und Dialogische Theorie in den Kultur- und Sozialwissenschaften*, Tübingen und Basel 2004.

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie, 4. Aufl., Berlin u.a. 1983.

ZIMMER, D.: Empirische Ergebnisse der Therapieforschung zur Therapeut-Klient-Beziehung. In: Ders. (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung, Weinheim 1983, S. 12-28.

ZIMMER, F.T.: TAF: *Tübinger Anhedonie-Fragebogen.* In: HANK, G. / HAHLWEG, K. & KLANN,N., Diagnostische Verfahren für Berater. *Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*, Weinheim 1990a, S. 229-235.

ZIMMER, F.T.: Psychotherapie der Anhedonie. In: HEIMANN, H.(Hrsg.), Anhedonie. *Verlust der Lebensfreude. Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen*, Stuttgart 1990b, S. 111-130.

ZIMMER-HÖFLER, D. & TSCHOPP, A.: Institutionen für Heroinabhängige aus der Sicht der Klienten, Zürich 1985.

ZIMMERMANN, R.: Das Bild des Behinderten in der Presse. In: Psychologie heute 1977, H.1, S. 26-31.

ZIMMERMANN, S.: Wenn aus Kränkung Krankheit wird. In: UniPress 2007, 133, S. 24-25.

ZINLER, U.: Der steinige Weg zur Stuttgarter Beschwerdestelle. In: Psychosoziale Umschau 1994a, H. 4.

ZINGG, C. & SOYKA, M.: Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für Therapie und Prognose der Alkoholabhängigkeit. In: Nervenheilkunde 2009, 28, S. 501-558.

ZINGG, C. et al.: Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: *Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese.* In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2009, 59, S. 307-313.

ZINGLER, U.: Beschwerdestelle in Stuttgart. In: Kerbe. *Forum für Sozialpsychiatrie* 1994b, H.3.

ZINGLER, U.: Beschwerdestelle für seelisch kranke Menschen in Stuttgart. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1995, 4, S. 548-554.

ZINGLER, U.: Partizipation heißt ernst genommen werden. *Psychiatrie-Erfahrene verstehen sich als Experten in eigener Sache und betreiben politische Willensbildung / Die Teilhabe klappt aber oft noch nicht so richtig.* In: Kerbe 2002, 4, S. 19-21.

ZINN, J. / LARIZZO-MOUREY, R. & TAYLOR, L.: Measuring satisfaction with care in the nursing home setting: *The nursing home resident satisfaction scale.* In: Journal of Applied Gerontology 1993, 12, S. 452-465.

ZINN, W.: Bestandteil interner Qualitätsentwicklung. *Eckpfeiler einer Befragung zur Patientenzufriedenheit in Krankenhäusern.* In: Balk-Info 1998, 36, S. 26-29.

ZINN, W. & MESSNER, T.: Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? *Einweiserbefragung als strategisches Element der Marktsondierung.* In: Das Krankenhaus 2004, 3, S. 197-199.

ZINN, W. & DIEFENBACH, U.: Kundenorientierung ein Thema im Gesundheitswesen. In: Newsletter der GQMG 1999, 3, S. 24-27.
URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/artikel_%20GQMG_1_1999.pdf
[Stand 17.11.2005]

ZINN, W. & SCHENA, R.: Patientenbefragungen in Krankenhäusern. In: das Krankenhaus 2000,1, S. 36-38.
URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/artikel_das_Krankenhaus_1_2000.pdf
[Stand 17.11.2005]

ZINN, W.: Patientenbefragungen nach dem Modell der Forschungsgruppe Metrik. In: SATZINGER, W. / TROJAN, A. & KELLERMANN-MÜHLHOFF, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. *Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, Sankt Augustin 2001, S. 167-179.

ZINN, W.: Patienten- und Mitarbeiterbefragung: *methodische Hintergründe.*
URL:http://www.metrik.org/aktuelles/Landesaerztekammer.pdf
[Stand 17.11.2005a]

ZINN, W.: Qualitätsmanagement und Befragungen. *Patienten, Kunden- und Mitarbeiterbefragungen.* URL:http://www.metrik.org/aktuelles/DRK-Goettingen-Pat-Ma.pdf [Stand 17.11.2005b]

ZINN, W. & SCHENA, R.: Mitarbeiterbefragung – Mitarbeiterzufriedenheit. In: Das Krankenhaus 2002, 6, S. 470-473. URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/artikel_das%20_Krankenhaus_6_2002.pdf [Stand 17.11.2005]

ZINN, W. & MESSNER, T.: Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? *Einweiserbefragung als strategisches Element der Marktsondierung.* In: Das Krankenhaus 2004, 3, S. 196-199. URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/artikel_das_Krankenhaus_3_2004.pdf [Stand 17.11.2005]

ZINN, W. & SCHENA, R.: Grundlagen der Patientenbefragung – *"Maß nehmen".* URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/Grundlagen_in_der_Patientenbefragung.pdf [Stand 17.11.2005a]

ZINN, W. & SCHENA, R.: Patientenbefragungen – *während oder nach dem Aufenthalt?* URL:http://www.metrik.org/weitere_infos/artikel_befragung_ehemaliger%20patienten.pdf [Stand 17.11.2005b]

ZISKOVEN, M.: Auf dem Weg zu einer subjektorientierten Psychiatrie. In: Kerbe 1994, 12, H.4, S. 26-28.

ŽIŽEK, S.: Mehr-Genießen. *Lacan in der Popkultur*, Wien 1992.

ŽIŽEK, S.: Die Tücke des Subjekts, Frankfurt/M. 2001.

ZÖFEL, P.: Statistik in der Praxis, 2.Aufl., Stuttgart 1988.

ZOGLAUER, T.: Geist und Gehirn. *Das Leib-Seele-Problem in der aktuellen Diskussion,* Göttingen 1998.

ZORN, U.: Qualitätsmanagemnt. *Angeordnete Zufriedenheit.* In: Deutsches Ärzteblatt 2005, 102, A3398.

ZUCKERMAN, M.: Warum manche den Nervenkitzel brauchen. In: Psychologie heute 1978, 6, S. 15-21.

ZUBERBIER, E.: Zur Schreib- und Sprechmotorik der Depressiven. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 1957, 7, S. 239-249.

ZUTT, J.: Blick und Stimme. *Beitrag zur Grundlegung einer verstehenden Anthropologie.* In: Ders., Auf dem Weg zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*, Berlin 1963a, S.

ZUTT, J.: Über den Stand des in Erscheinung stehenden Menschen. In: Ders., Auf dem Weg zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*, Berlin 1963b, S. 410-416.

ZUTT, J.: Über den tragenden Leib. In: Ders., Auf dem Weg zu einer anthropologischen Psychiatrie. *Gesammelte Aufsätze*, Berlin 1963c, S. 416-426.

ZWEBEN, A. & SELINA, L.: The Efficacy of Role Induction in Preventing Early Dropout Treatment of Drug Dependency. In: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1981, 8, S. 171-183.

ZWEIG, S.: Drei Meister. *Balzac – Dickens – Dostojewski*, Leipzig 1920.

ZWEIG, S.: Die Heilung durch den Geist. *Mesmer – Mary Baker-Eddy – Freud*, Frankfurt/M. 1966.

ZWEIG, S.: Der Kampf mit dem Dämon. *Hölderlin – Kleist – Nietzsche*, 3. Aufl., Frankfurt/M. 2004.

ZWIRNER, E.: Beitrag zur Sprache der Depressiven. In: Journal für Psychologie und Neurologie 1930, 41, S. 43-49.

ZYZANSKI, S.J. / HULKA, B.S. & CASSEL, J.C.: Scale for the measurement of satisfaction with medical care: *modification in content, format and scoring*. In: Medical Care 1974, 12, S. 611-620.

FILMVERZEICHNIS:

BRANDAUER, K.: Einweilen wird es Mittag, Österreich 1989.

DANIEL, R.: Like Father Like Son, USA 1987.

DOMMENGET, O.: Verzauberte Emma oder Hilfe, ich bin ein Junge, Deutschland 2001.

EDWARDS, B.: Switch – *Die Frau im Manne*, USA 1993.

FLAHERTY, P.: Endlich wieder 18, USA 1987.

FORMAN, M.: Einer flog über das Kuckucksnest, USA 1975.

GILBERT, B.: Vice Versa, USA 1988.

GÖLLER, N. & RICHTER, M.: The Boss is the Patient, Deutschland 2003.

GRÄNICHER, D.: Recovery – *Wie die Seele gesundet*, Zürich 2008.

HURRAN, N.: It's a Boy Girl Think, USA 2006.

IBLANDER, R. & BRAUN, S.: Noch 16 Tage – *Eine Sterbeklinik in London*, ZDF 1971.

ITZENPILTZ, E.: Bambule, Deutschland 1970.

JASNY, V.: Das Leben des schizophrenen Dichters Alexander März, Deutschland 1975.

JONZE, S.: Being John Malkovich, USA 2001.

KLEE, E.: Die Hölle von Ückermünde. Psychiatrie im Osten. Reportage, 43 Min., Buch und Regie: Ernst Klee, Produktion: ARD, Erstsendung: 1993.

KUROSWA, A.: Rashomon – *Das Lustwäldchen*, Japan 1950.

LITVAK, A.: Die Schlangengrube, USA 1948.

MAINKA, M.: Wer will schon krank sein auf der Welt?, Ulm 1977.

MARSHALL, P.: Big, USA 1988.

POHLMEIER, A.: Himmel und Mehr – *Dorothea Buck auf der Spur*, Deutschland 2008.

RENÉ, N.: Body-Switch – *Verhexte Küsse*, USA 1992.

ROCCO, M.: Dream a Little Dream, USA 1989.

WATERS, M.S.: Freaky Friday – *Ein voll verrückter Freitag*, USA 2003.

WEINGARTNER, H.: Das weisse Rauschen, Deutschland 2001.

WINICK, G.: 30 über Nacht, USA 2004.

Abb. 4: Die Bedürfnispyramide Abraham H. MASLOWS[1]

[1] eigenständige Entwicklung des Autors unter Rekurs auf HUBER (1983: 20) und MASLOW (1977: 74-105).

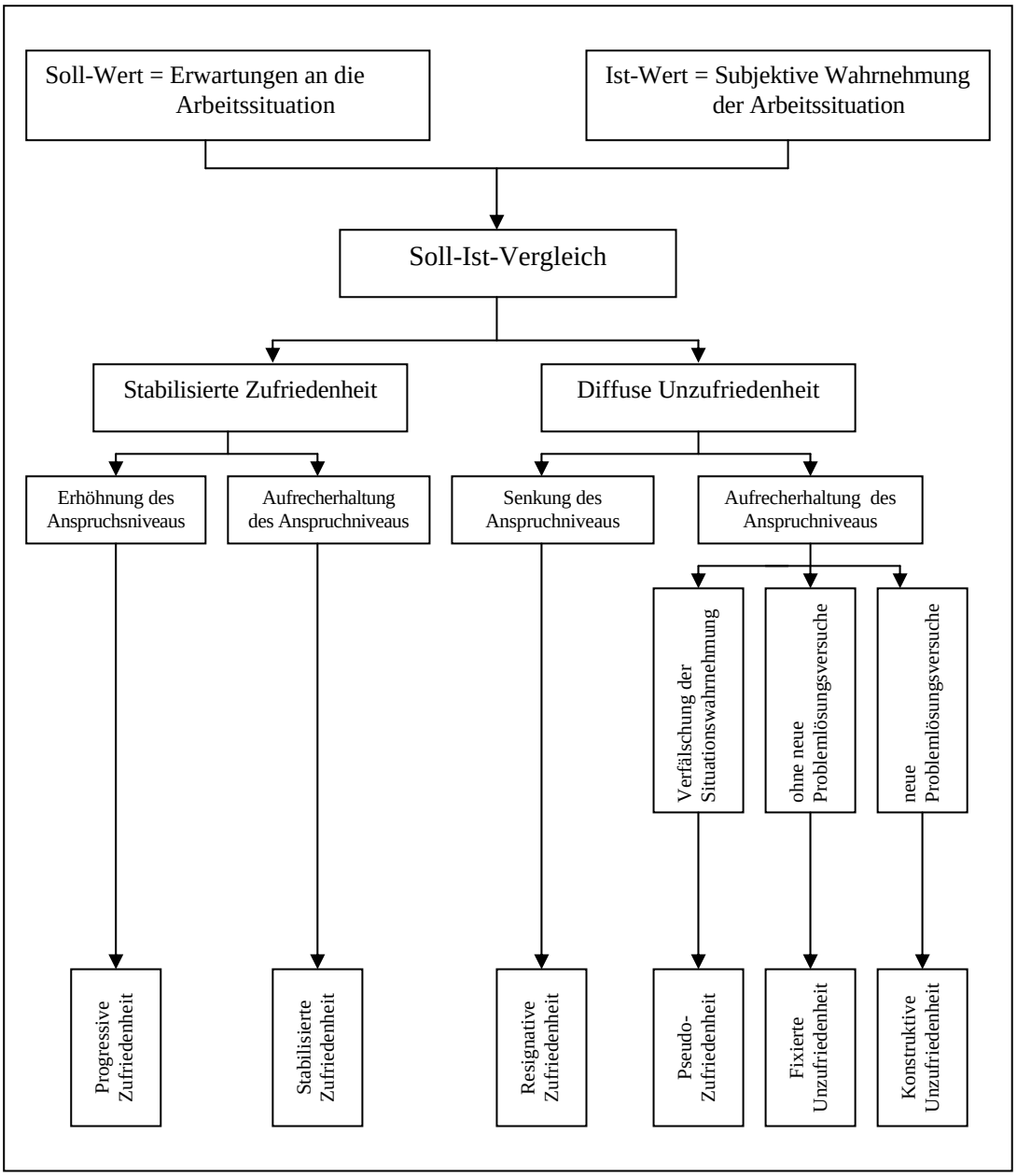


Abb. 23: Die Typologie der Arbeitszufriedenheit von Agnes BRUGGEMANN[2]

[2] Darstellung des Autors in Anlehnung an BRUGGEMANN 1974, 1975, 1976 sowie BRUGGEMANN / GROSKURTH & ULICH 1976: 134-135

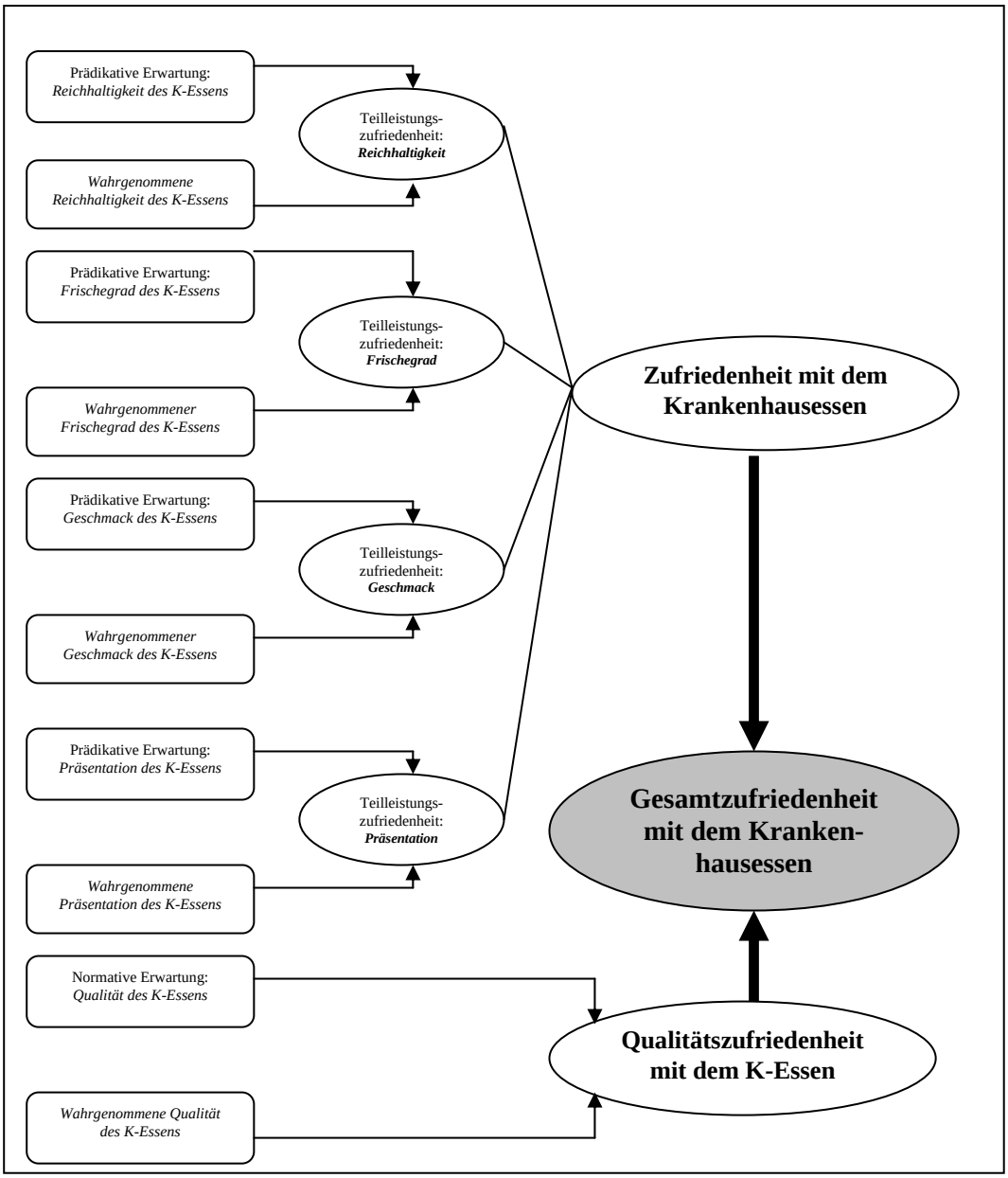


Abb. 32: Der Einfluss von prädikativen und normativen Erwartungen auf die Gesamtzufriedenheit

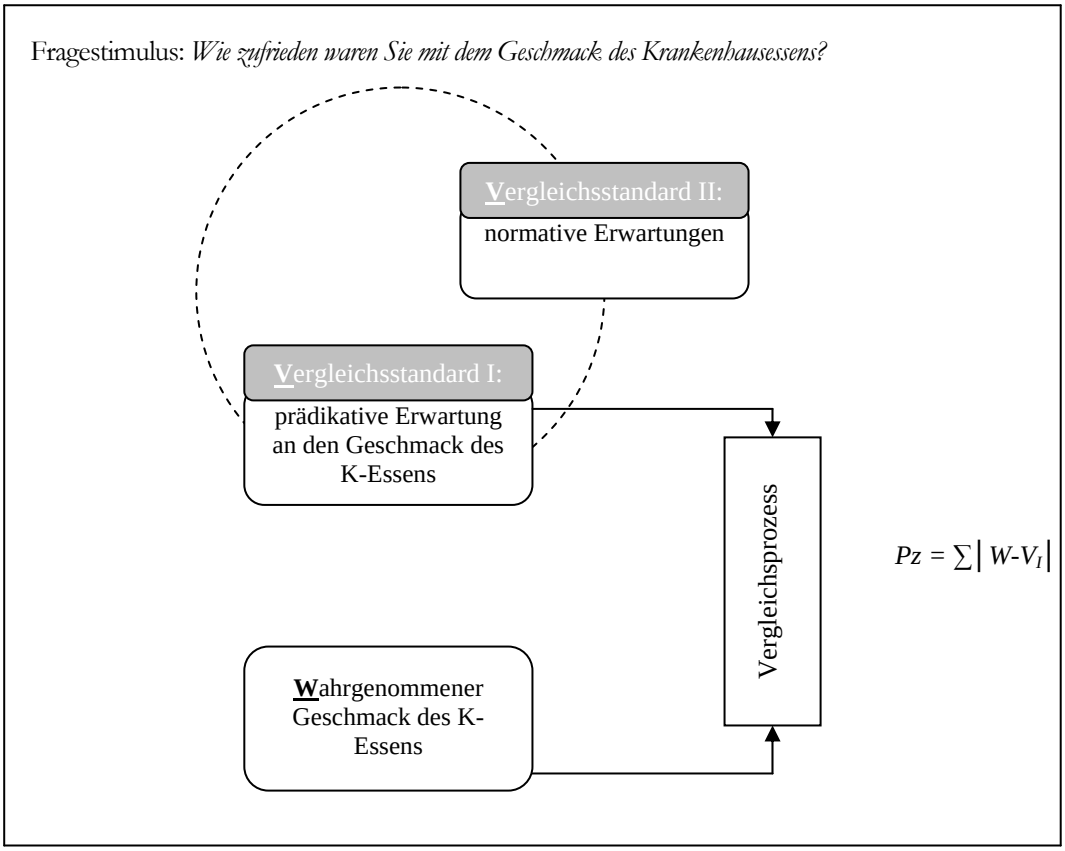


Abb. 33: Die Funktion prädikativer Patientenerwartungen innerhalb des E/D-Modells

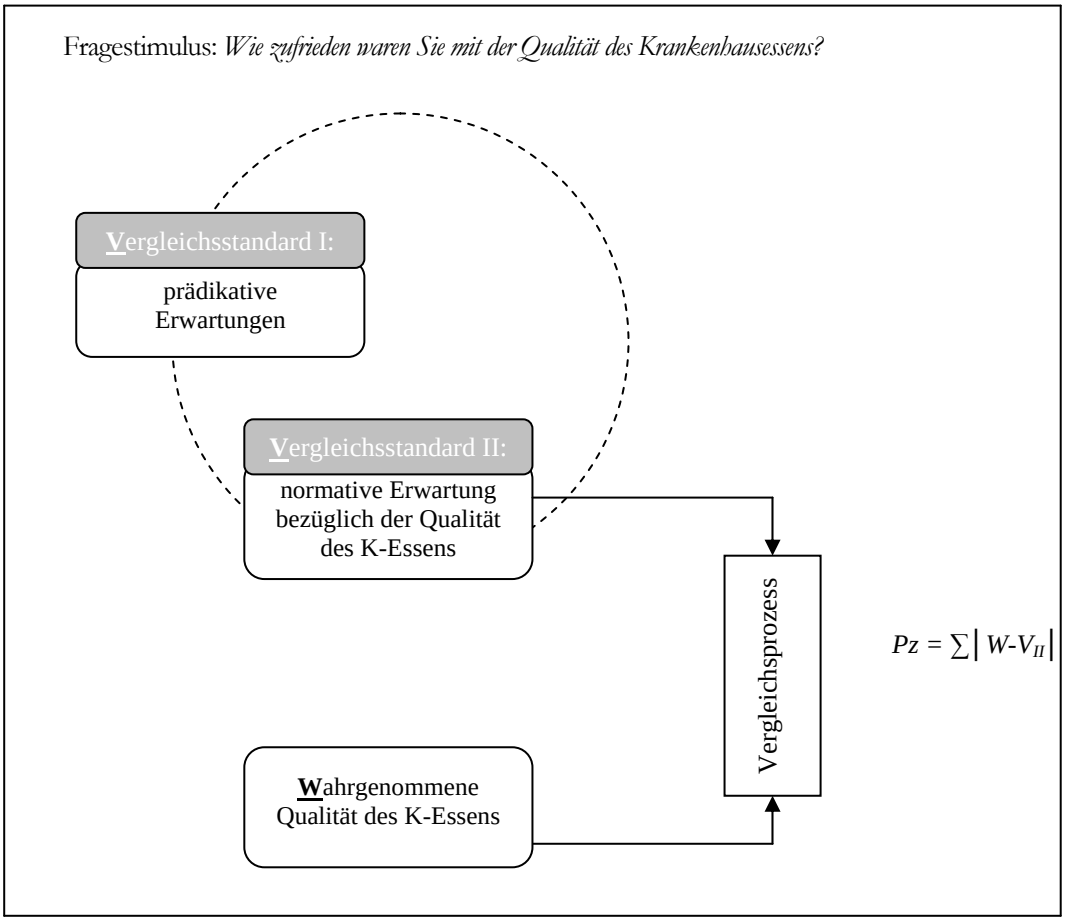


Abb. 34: Die Funktion normativer Patientenerwartungen innerhalb des E/D-Modells

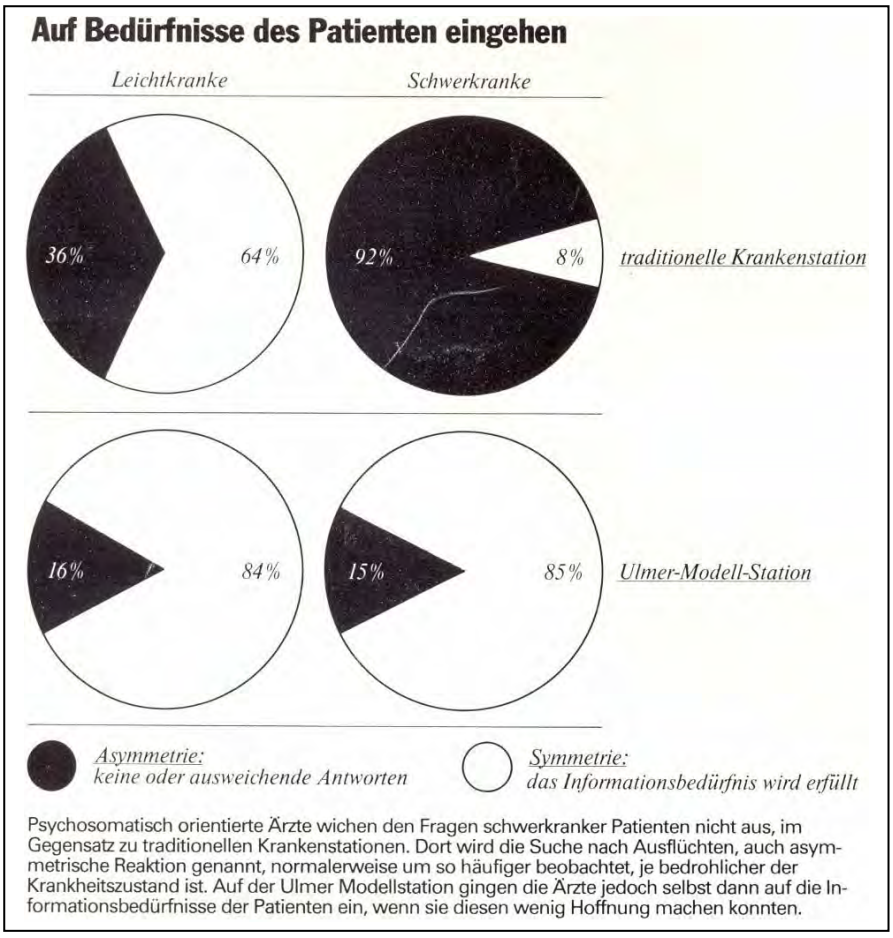


Abb. 37: Ergebnisse des patientenzentrierten Visitekonzepts auf der Ulmer Modellstation[3]

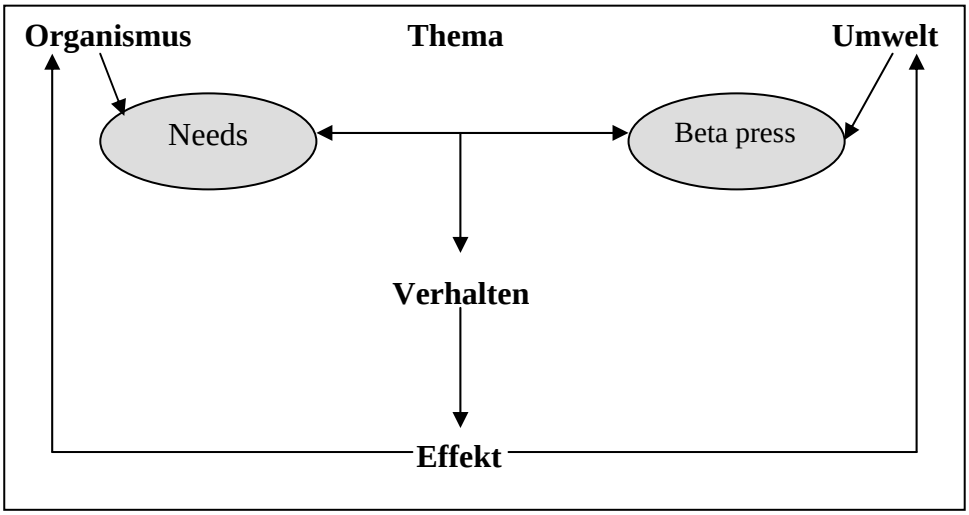


Abb. 43: Das Need-Press-Modell von MURRAY[4]

[3] entnommen aus STÖSSEL 1981: 99
[4] eigene Darstellung in modifizierender Anlehnung an LORTZ 1981: 6

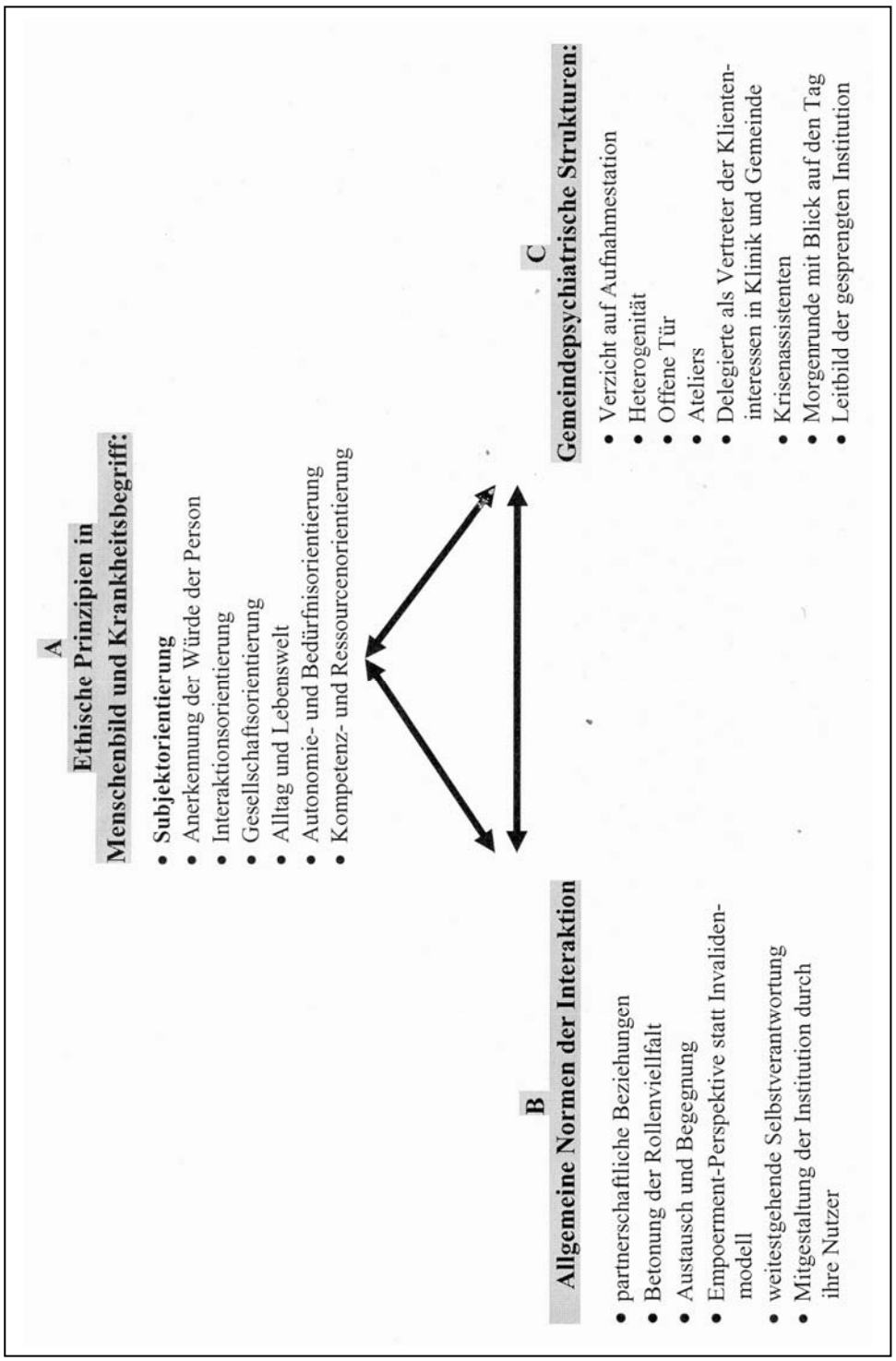


Abb. 44: Interdependenz von ethischen Prinzipien, allgemeinen Normen der Interaktion und gemeindepsychiatrischen Strukturen[5]

[5] eigene, erweiterte Darstellung in Anlehnung an die Abbildungen bei KRISOR 2005: 121 und KRISOR & PFANNKUCH 1996: 405

Abb. 45: Teilschritte des IBRP[6]

[6] entnommen aus GROMANN 2002: 3

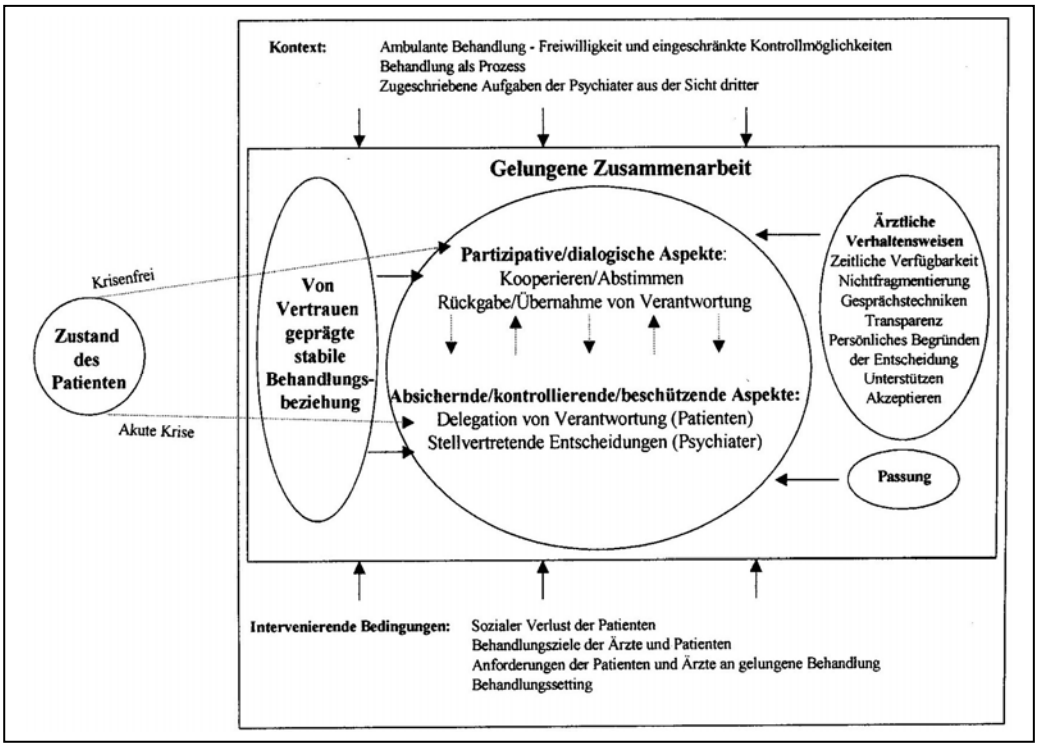


Abb. 46: Die gelungene Arzt-Patient-Zusammenarbeit aus der Sicht psychosekranker Menschen[7]

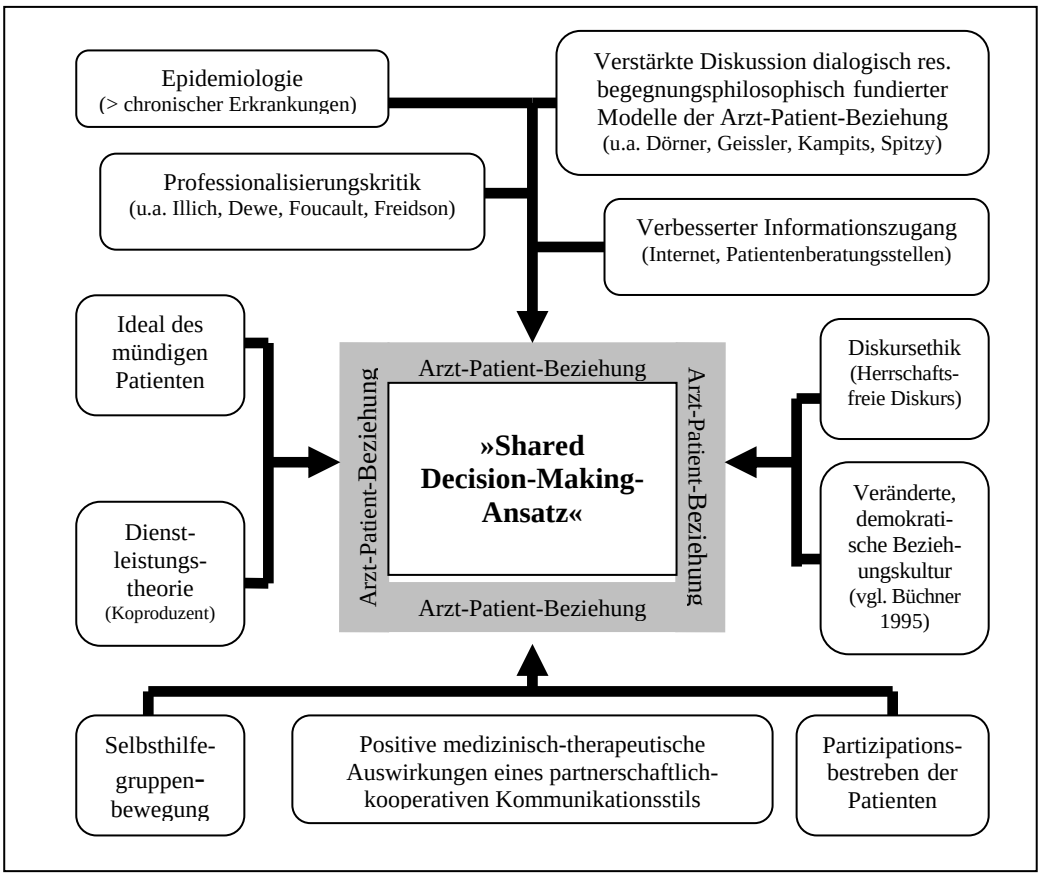


Abb. 47: Auswahl bedeutender Einflussfaktoren auf die Entstehung des SDM-Ansatzes[8]

[7] TERZIOGLU 2004: 336

[8] eigen Darstellung basierend auf der exzerpierten Literatur zum Shared Decision-Making-Ansatz sowie der Abbildung *‚Zugangswege zum SDM-Konzept'* aus dem Aufsatz von SCHEIBLER & PFAFF 2003c: 14

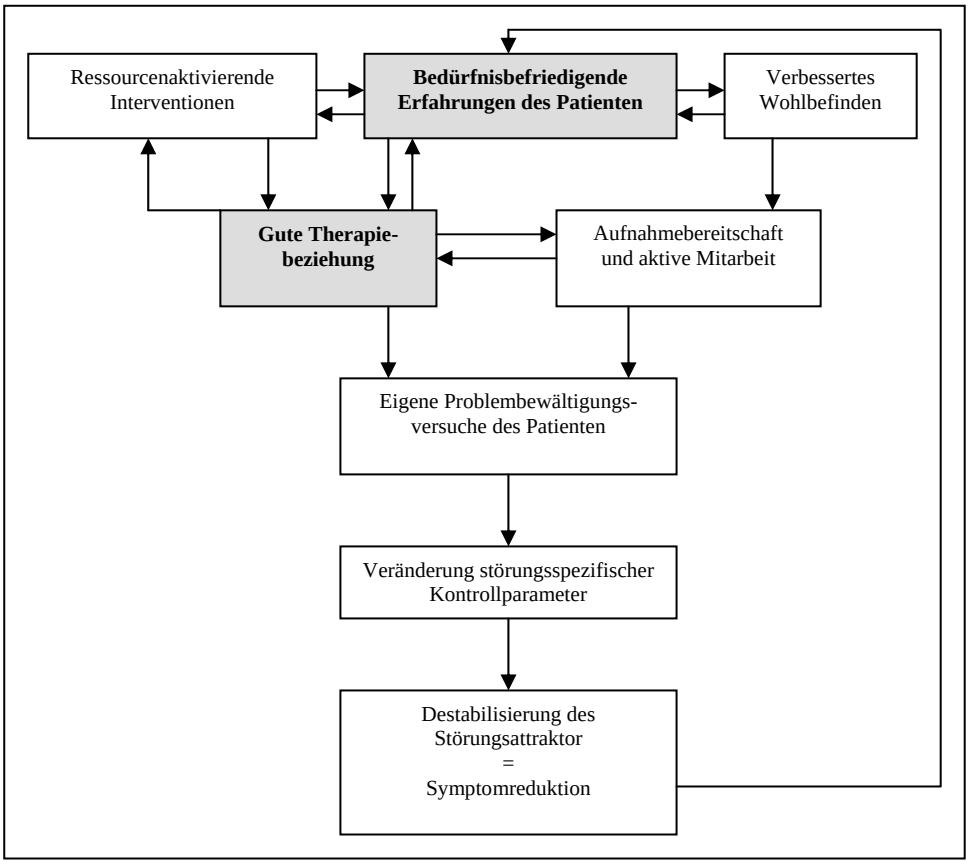


Abb. 48: Therapeutische Auswirkungen bedürfnisbefriedigender Patientenerfahrungen[9]

[9] entnommen aus GRAWE & GRAWE-GERBER 1999: 68

Bitte beurteilen Sie jetzt im Rückblick die Klinik und Ihren stationären Aufenthalt. Drücken Sie Ihre Unzufriedenheit oder Zufriedenheit aus, indem Sie das entsprechende Gesicht der „Gesichterskala“ ankreuzen.

bedeutet: ganz unzufrieden

bedeutet: ziemlich unzufrieden

bedeutet: weder zufrieden noch unzufrieden

bedeutet: ziemlich zufrieden

bedeutet: ganz zufrieden

Wie beurteilen Sie innerhalb der Klinik

die räumlichen Verhältnisse .....

die Einrichtung und Ausstattung ..

die sanitären Anlagen .....

das Stationsklima .....

das Essen .....

die Organisation der Station .....

das Zusammenleben mit anderen Patienten .....

den Kontakt zur Außenwelt .....

die Betreuung durch Schwestern und Pfleger .....

die ärztliche Betreuung .....

die medikamentöse Behandlung ..

die psychotherapeutische Behandlung .....

die Beschäftigungstherapie .....

die soziale Beratung .....

die Entlassungsvorbereitung .....

Ihren Klinikaufenthalt .....

Abb. 69: Der Patientenzufriedenheitsfragebogen von Felix M. BÖCKER

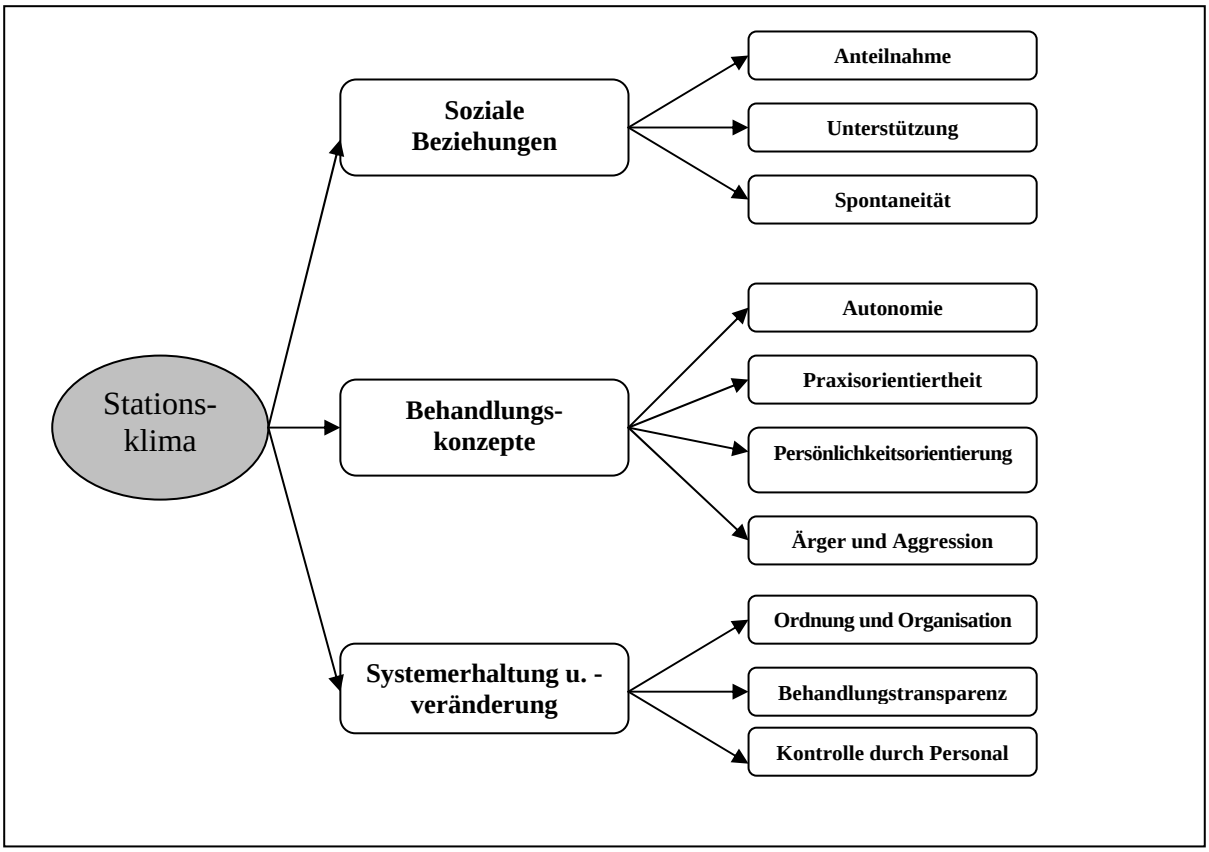


Abb. 75: Operationalisierung des Konstrukts 'Stationsklima' nach MOOS[11]

[10] in Anlehnung an ENGEL et al. 1983
[11] in Anlehnung an ENGEL et al. 1983

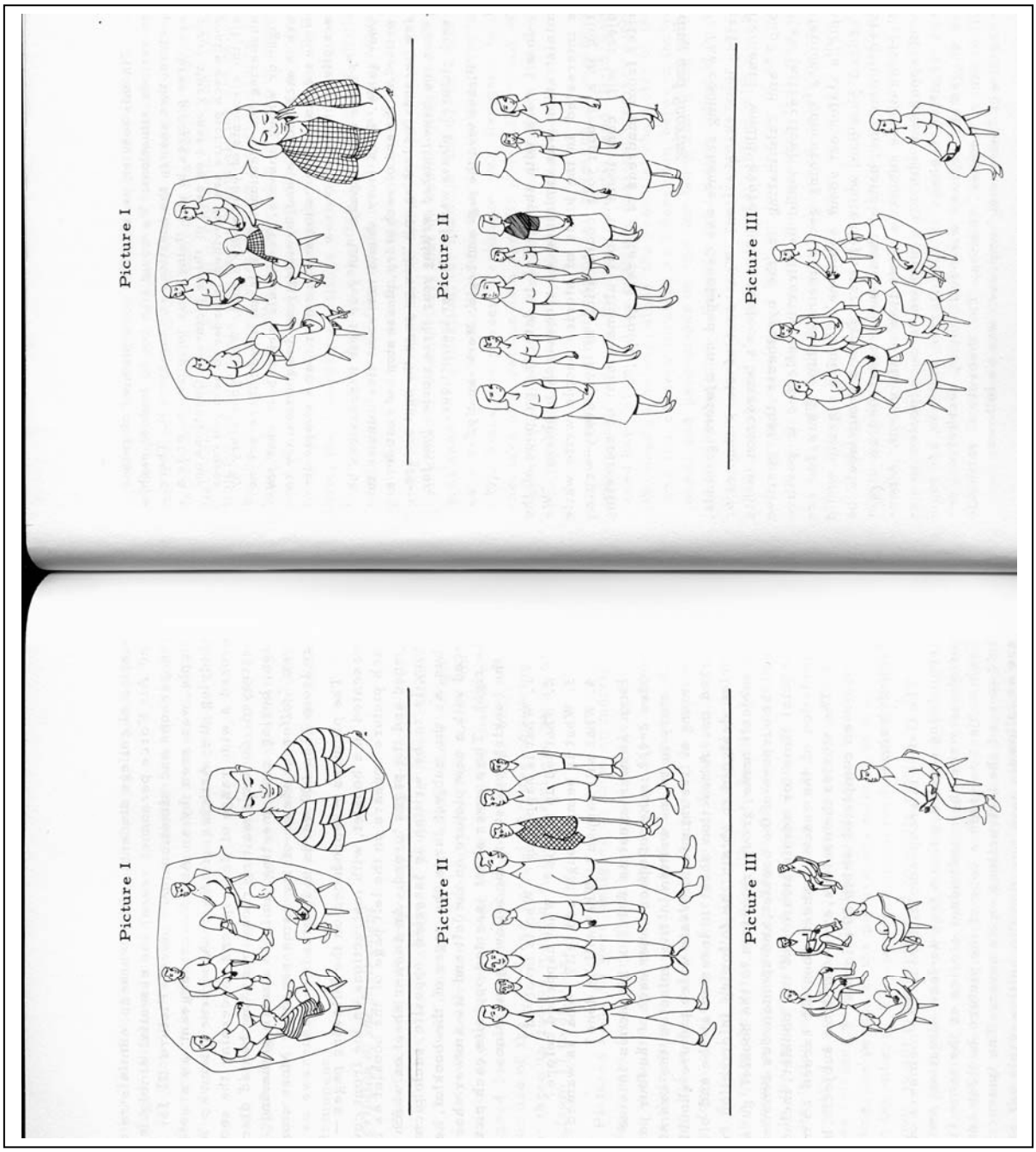


Abb. 77: Bildertafeln aus der Studie von LIBO (1953)

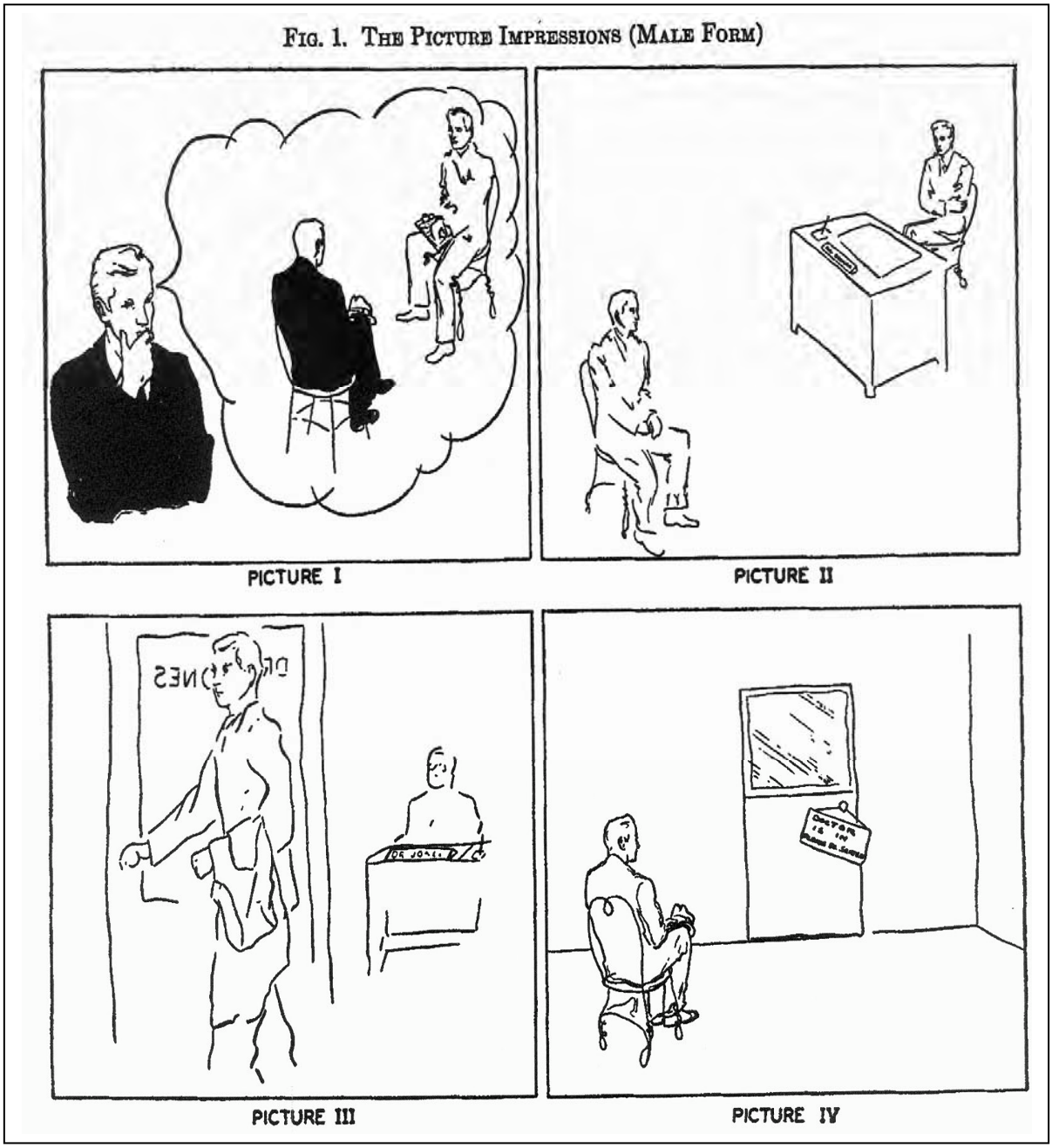


Abb. 78: Bildertafeln aus der Studie von LIBO (1957)

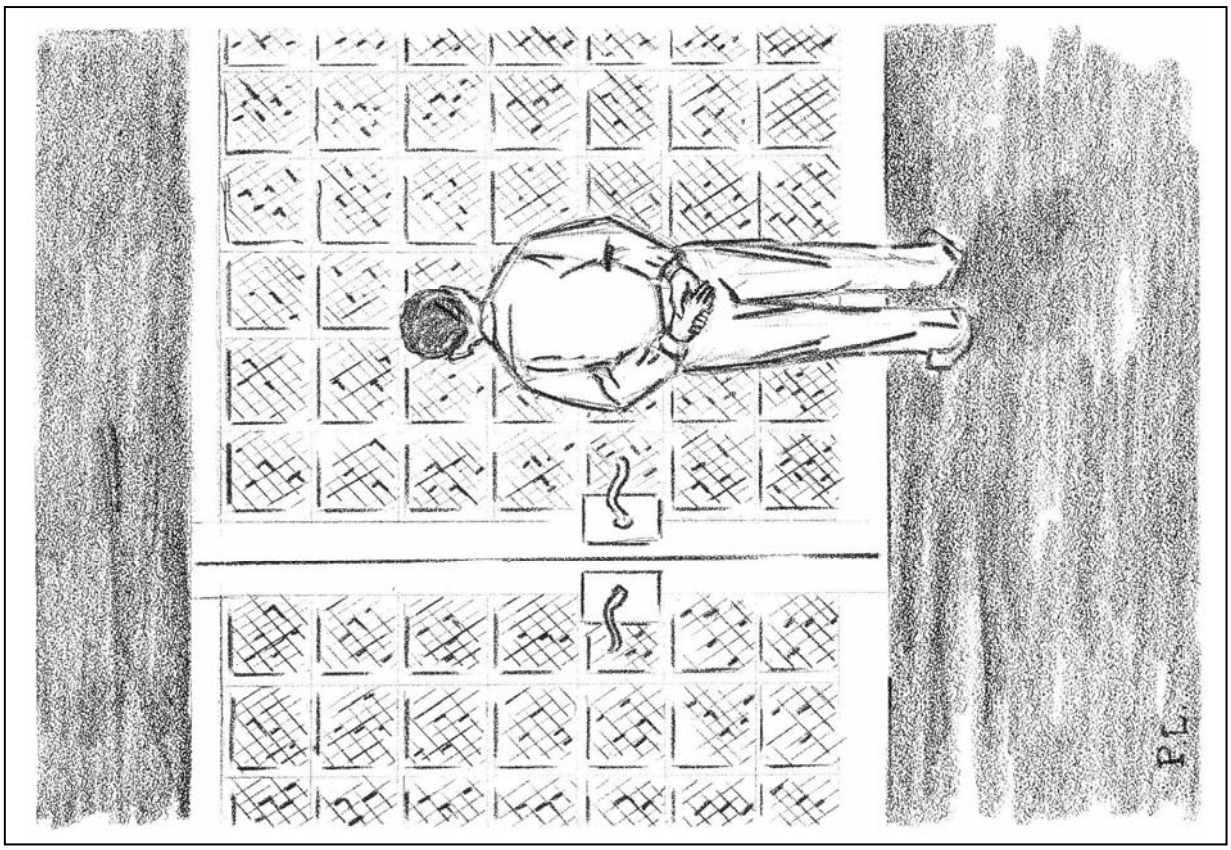


Abb. 79: Bildertafel-Nr.1 aus der Studie von CAUDILL (1958)

Abb. 80: Bildertafel-Nr.2 aus der Studie von CAUDILL (1958)

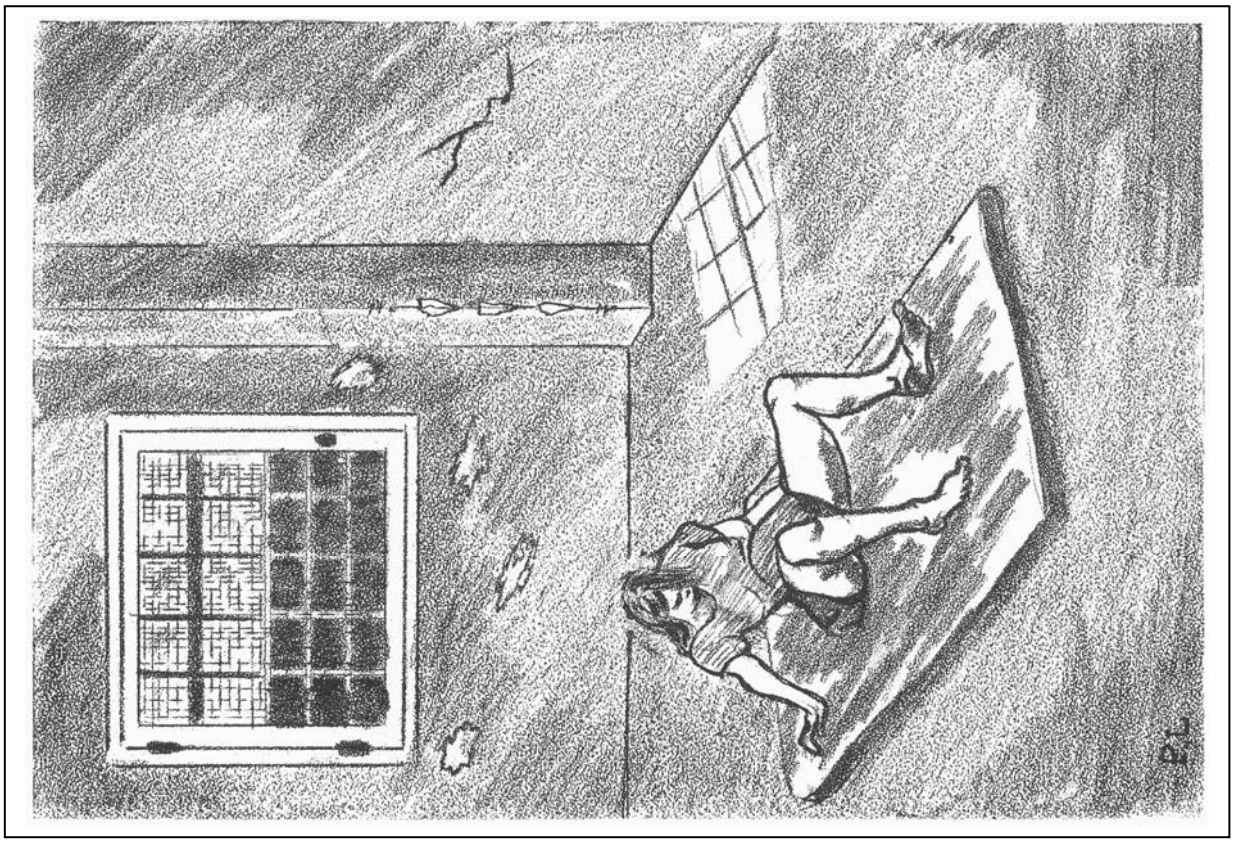


Abb. 81: Bildertafel-Nr.3 aus der Studie von CAUDILL (1958)

Abb. 82: Bildertafel-Nr.4 aus der Studie von CAUDILL (1958)

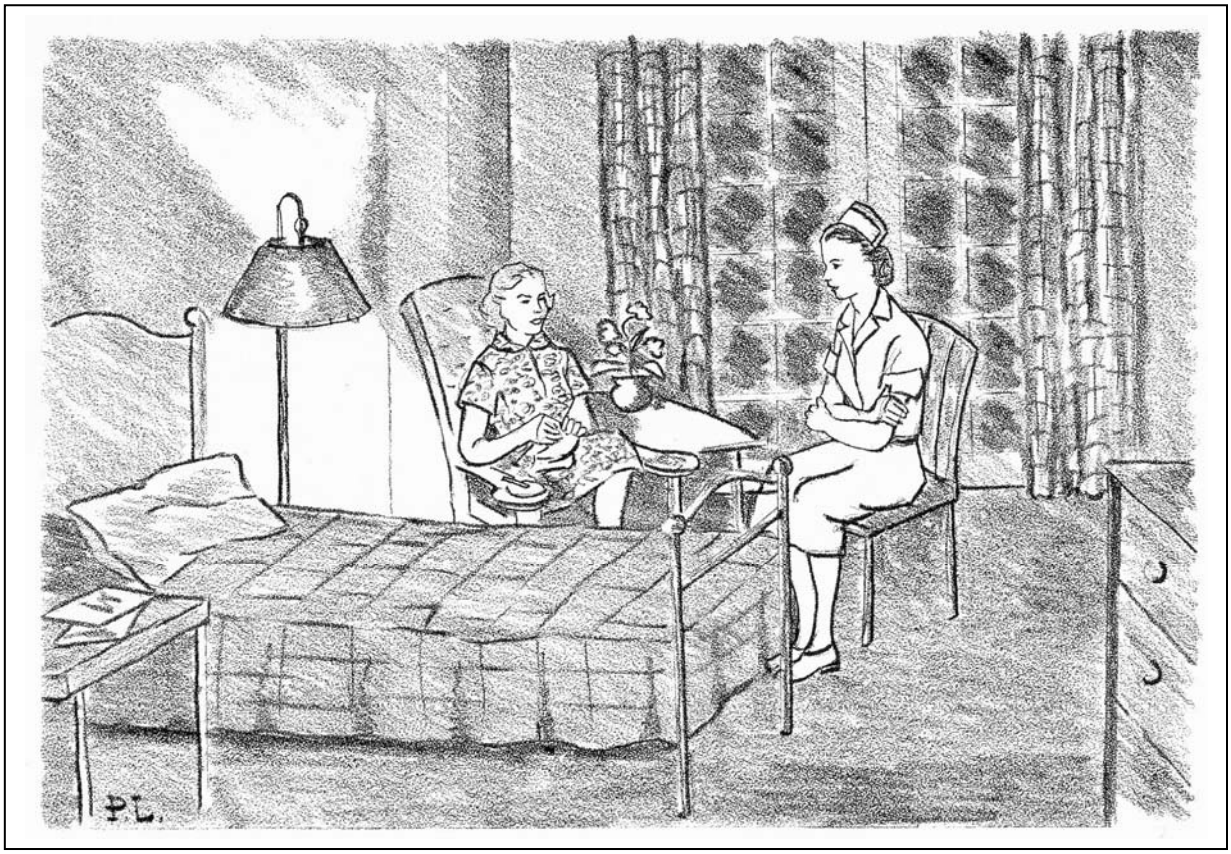


Abb. 83: Bildertafel-Nr.5 aus der Studie von CAUDILL (1958)

Abb. 84: Bildertafel-Nr.6 aus der Studie von CAUDILL (1958)

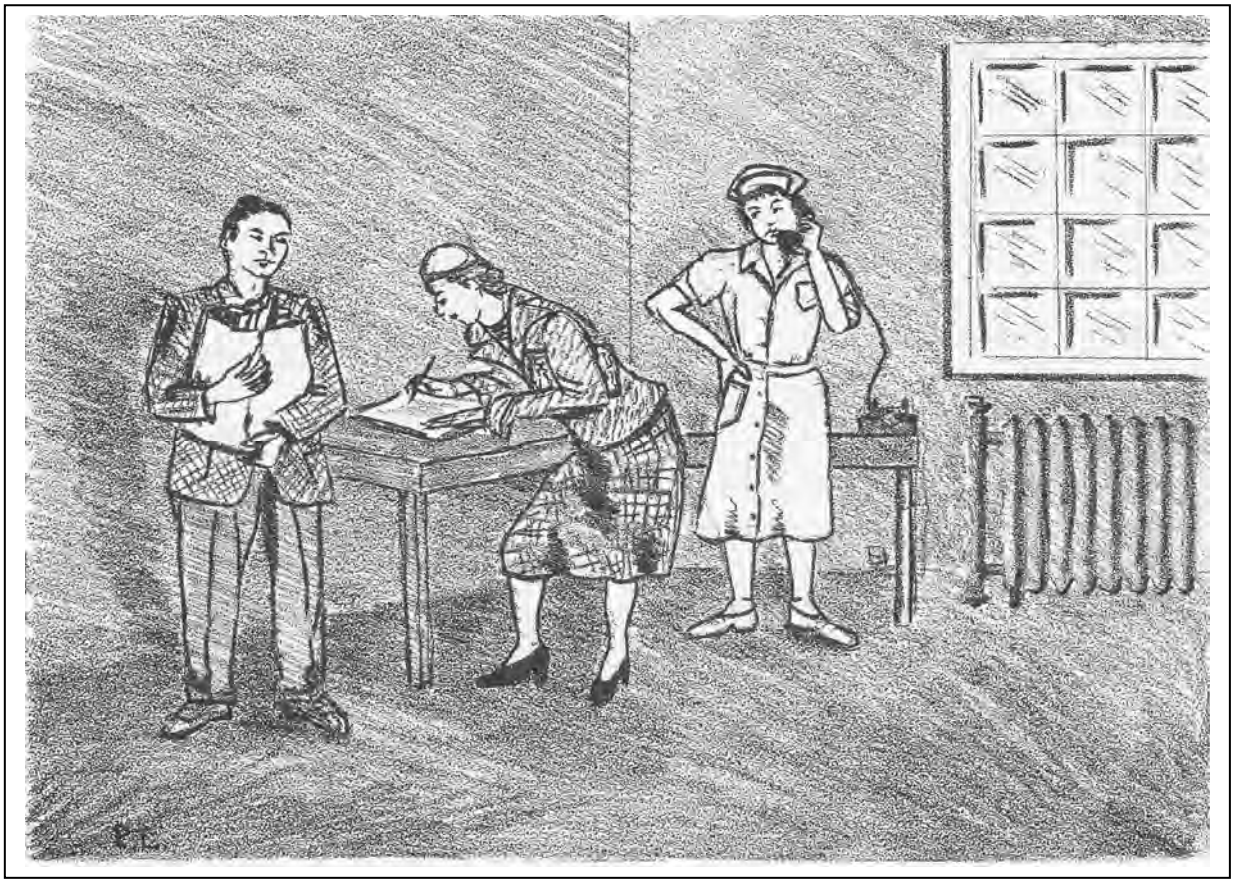


Abb. 85: Bildertafel-Nr.7 aus der Studie von CAUDILL (1958)

Abb. 86: Bildertafel-Nr.8 aus der Studie von CAUDILL (1958)

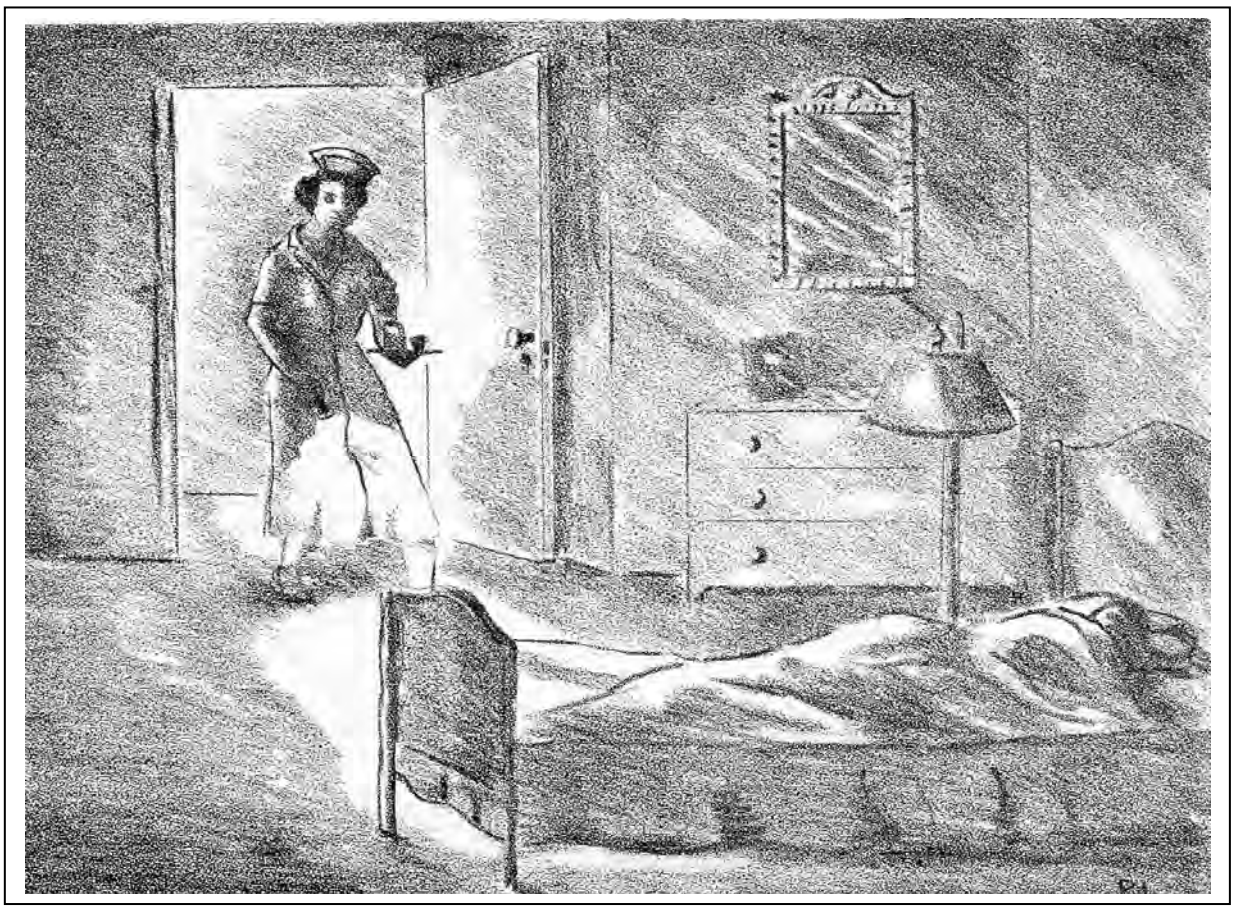


Abb. 87: Bildertafel-Nr.9 aus der Studie von CAUDILL (1958)

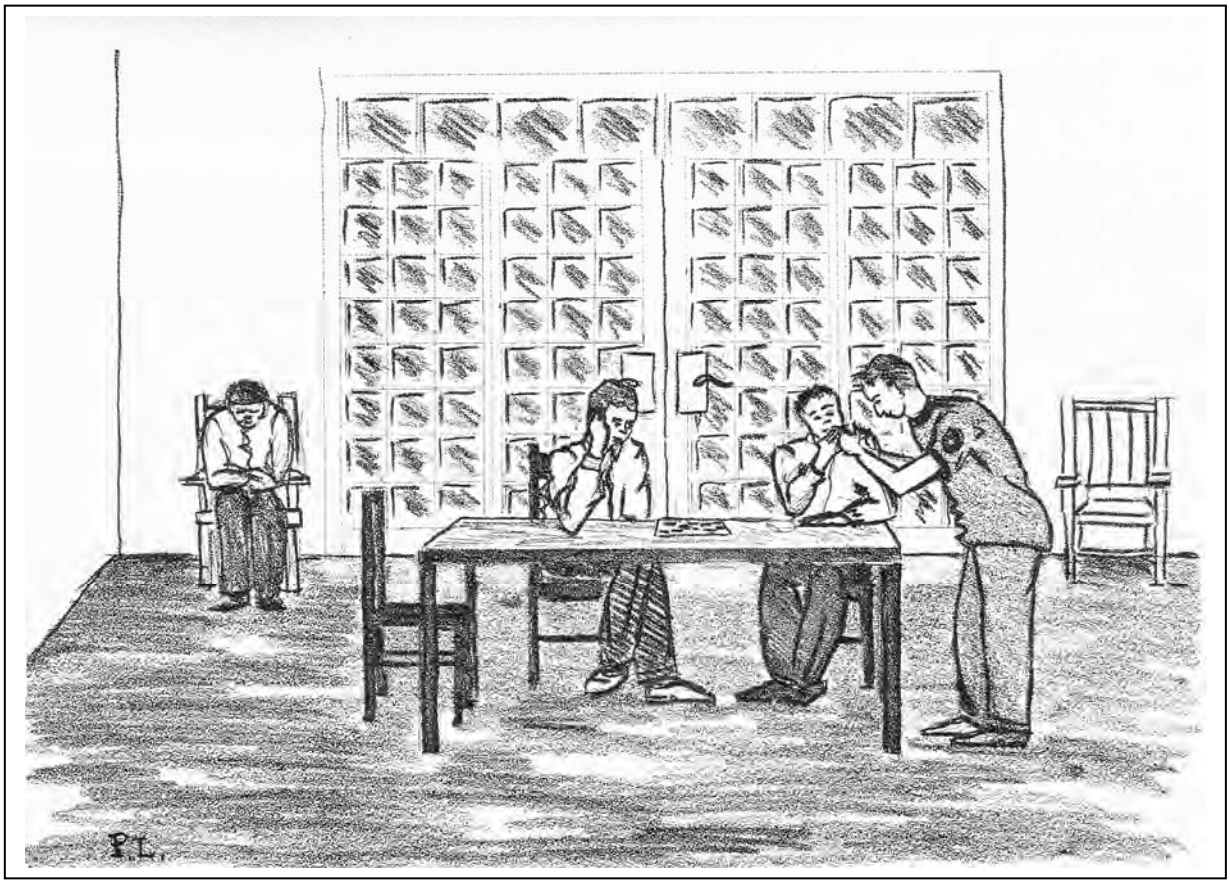


Abb. 88: Bildertafel-Nr.10 aus der Studie von CAUDILL (1958)

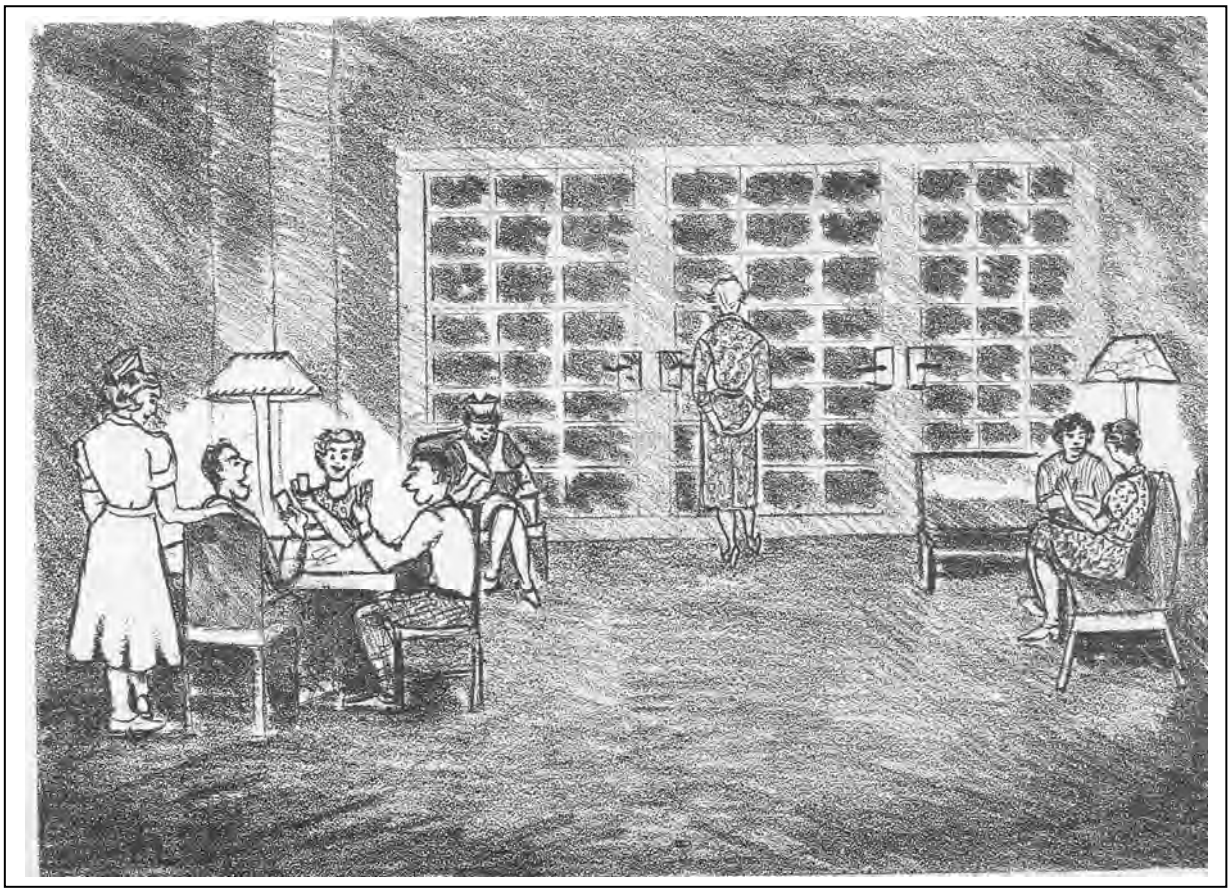


Abb. 89: Bildertafel-Nr.11 aus der Studie von CAUDILL (1958)

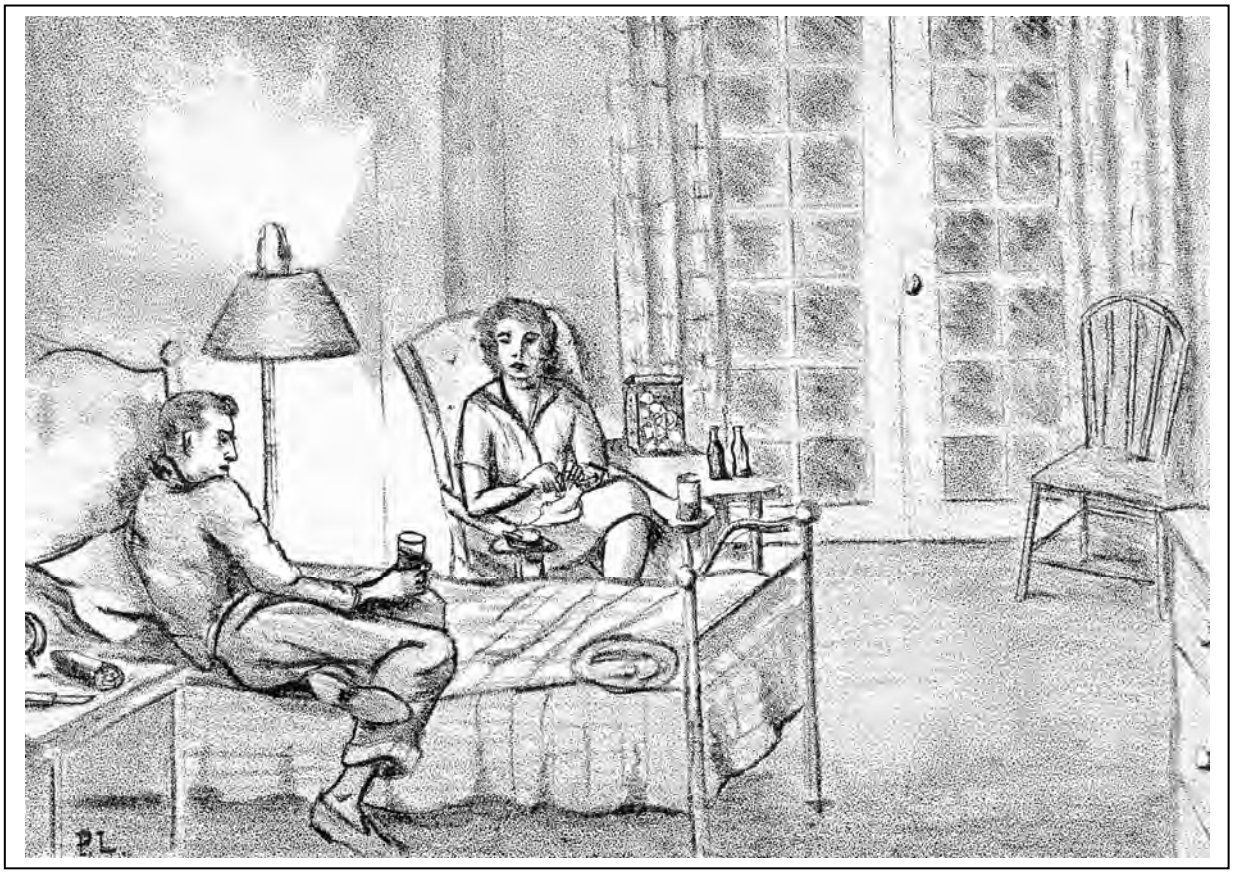


Abb. 90: Bildertafel-Nr.12 aus der Studie von CAUDILL (1958)

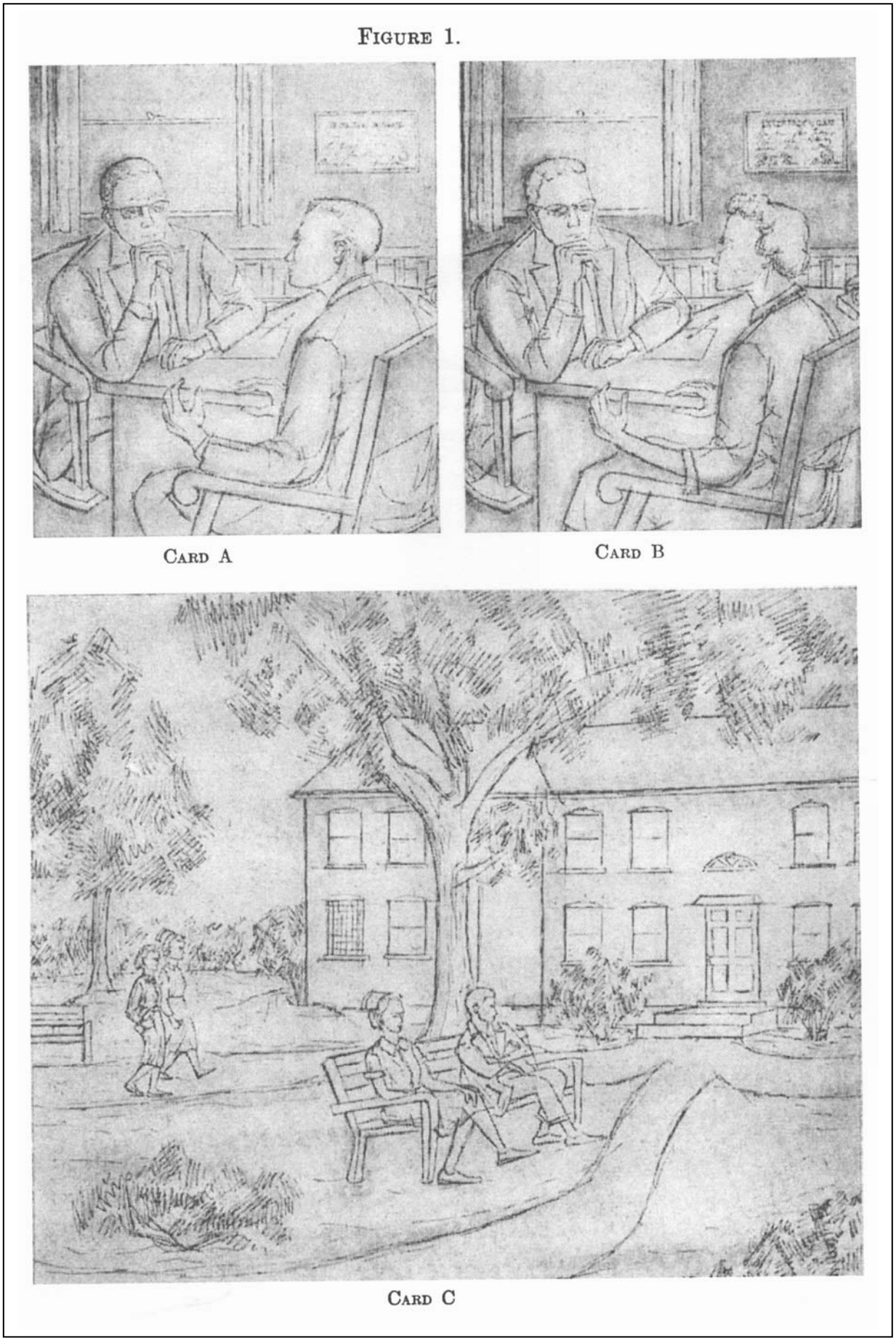


Abb. 91: Bildertafeln aus der Studie von RENZINKOFF et al. (1959)

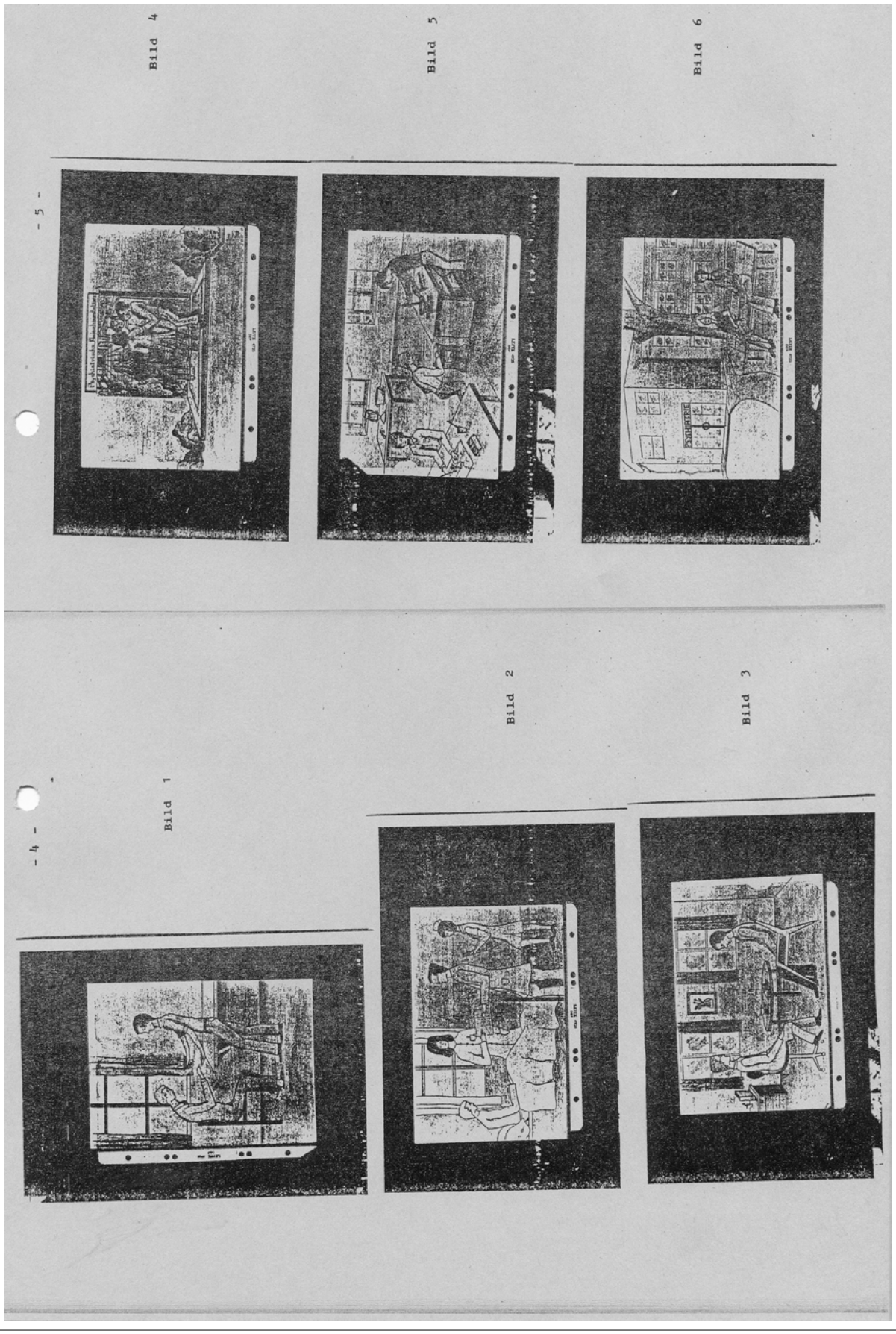


Abb. 92: Bildertafelset aus der Studie von MOßLER (1981)

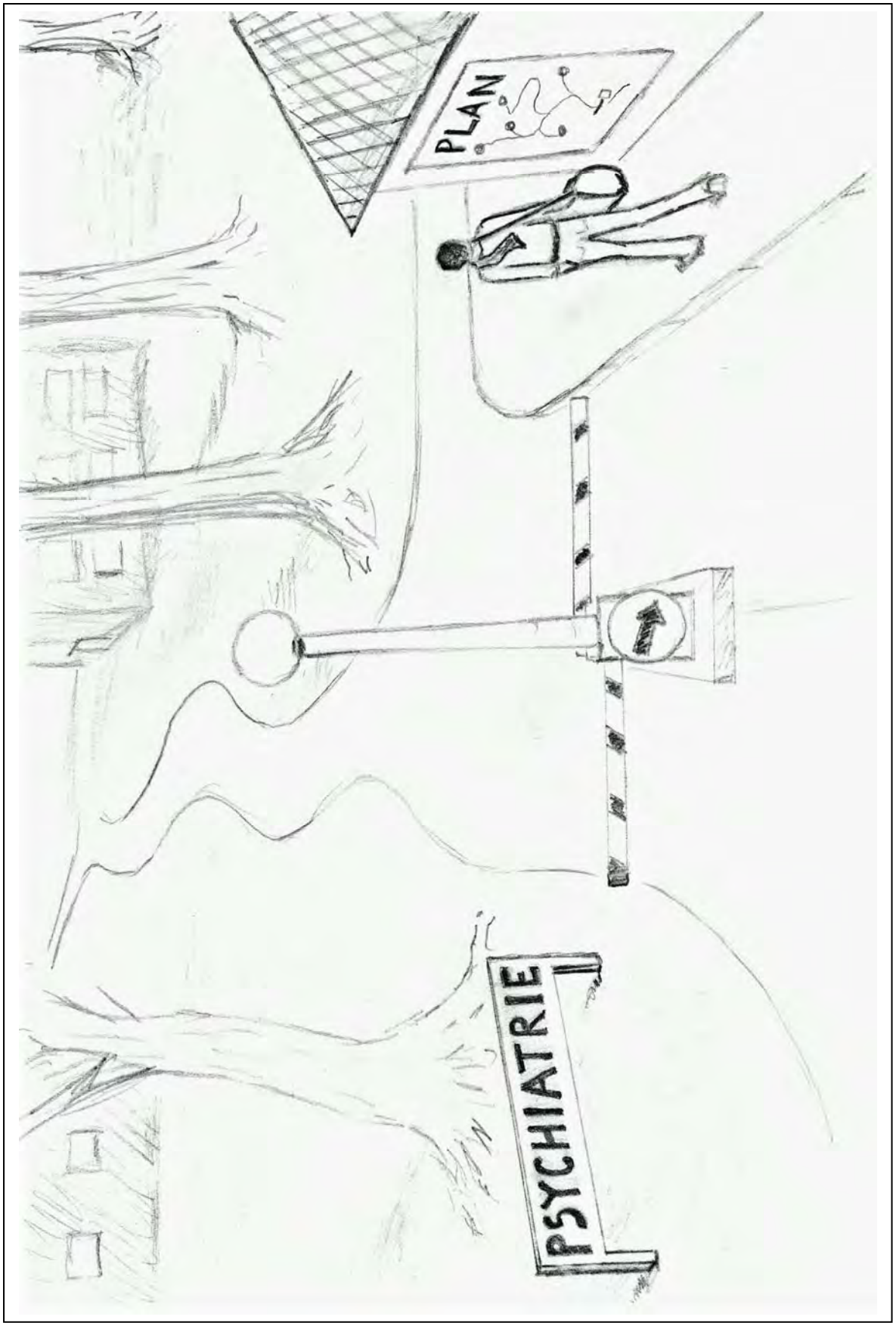


Abb. 110: Bildkarte Nr. 1 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

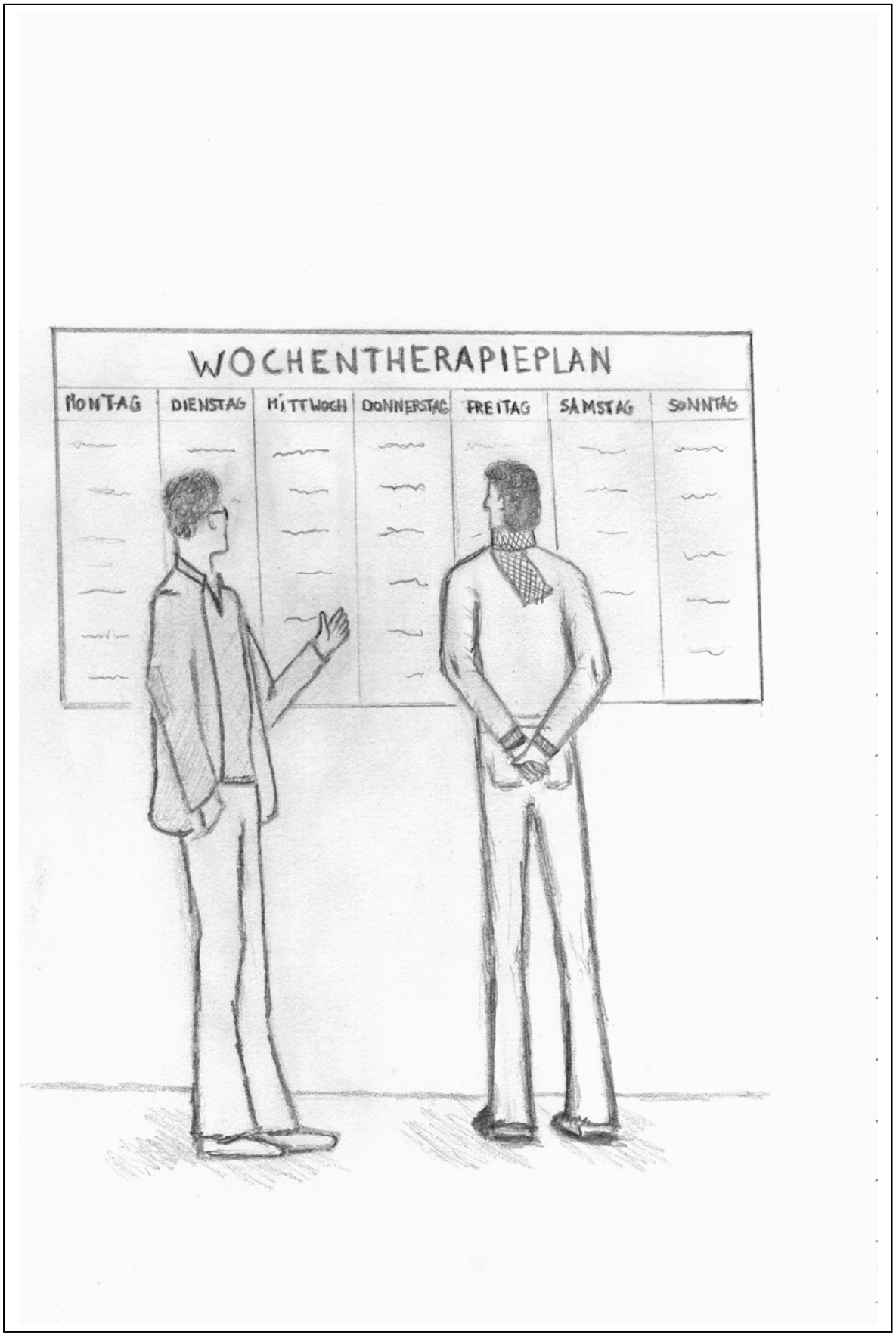


Abb. 111: Bildkarte Nr. 2 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

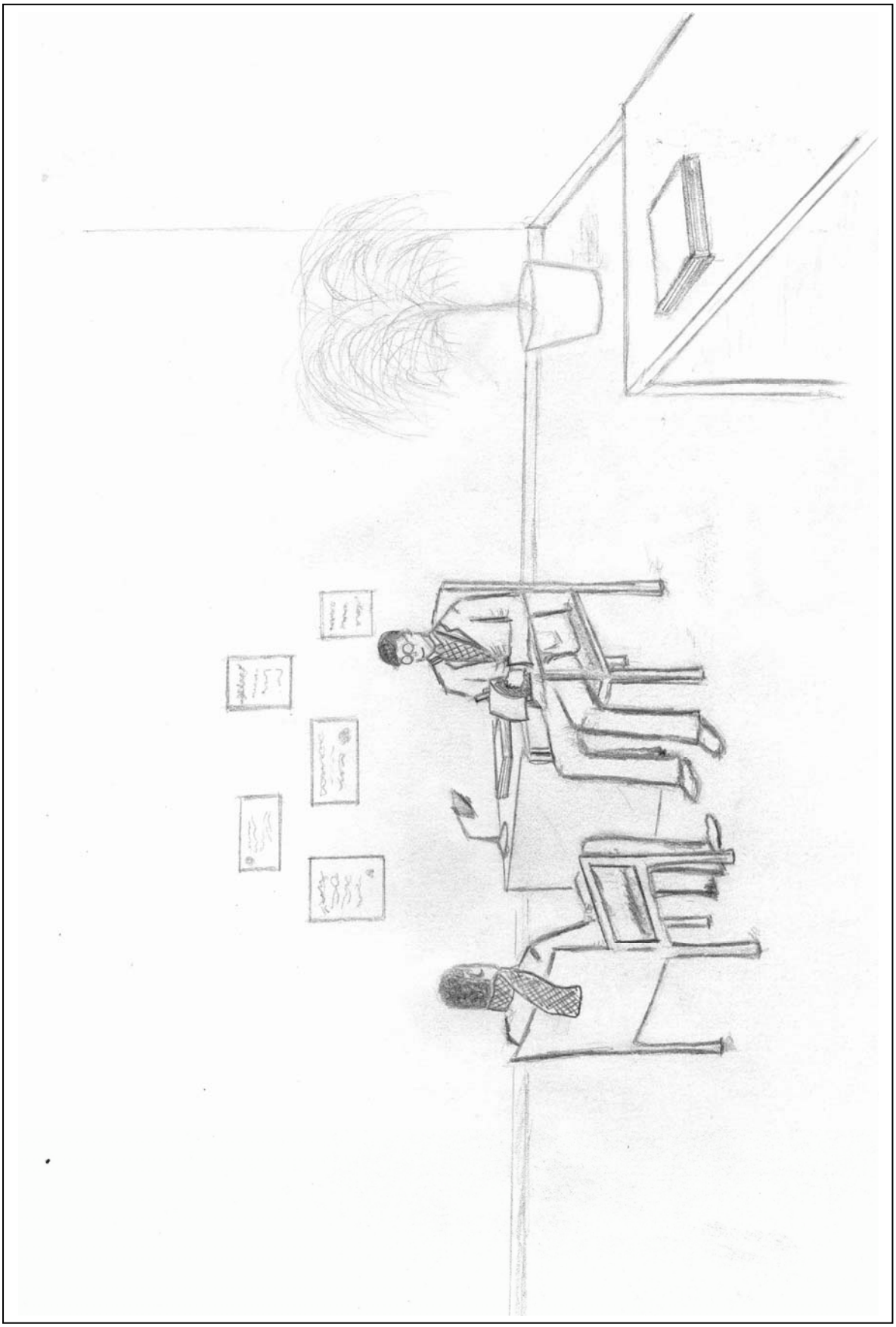


Abb. 112: Bildkarte Nr. 3 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

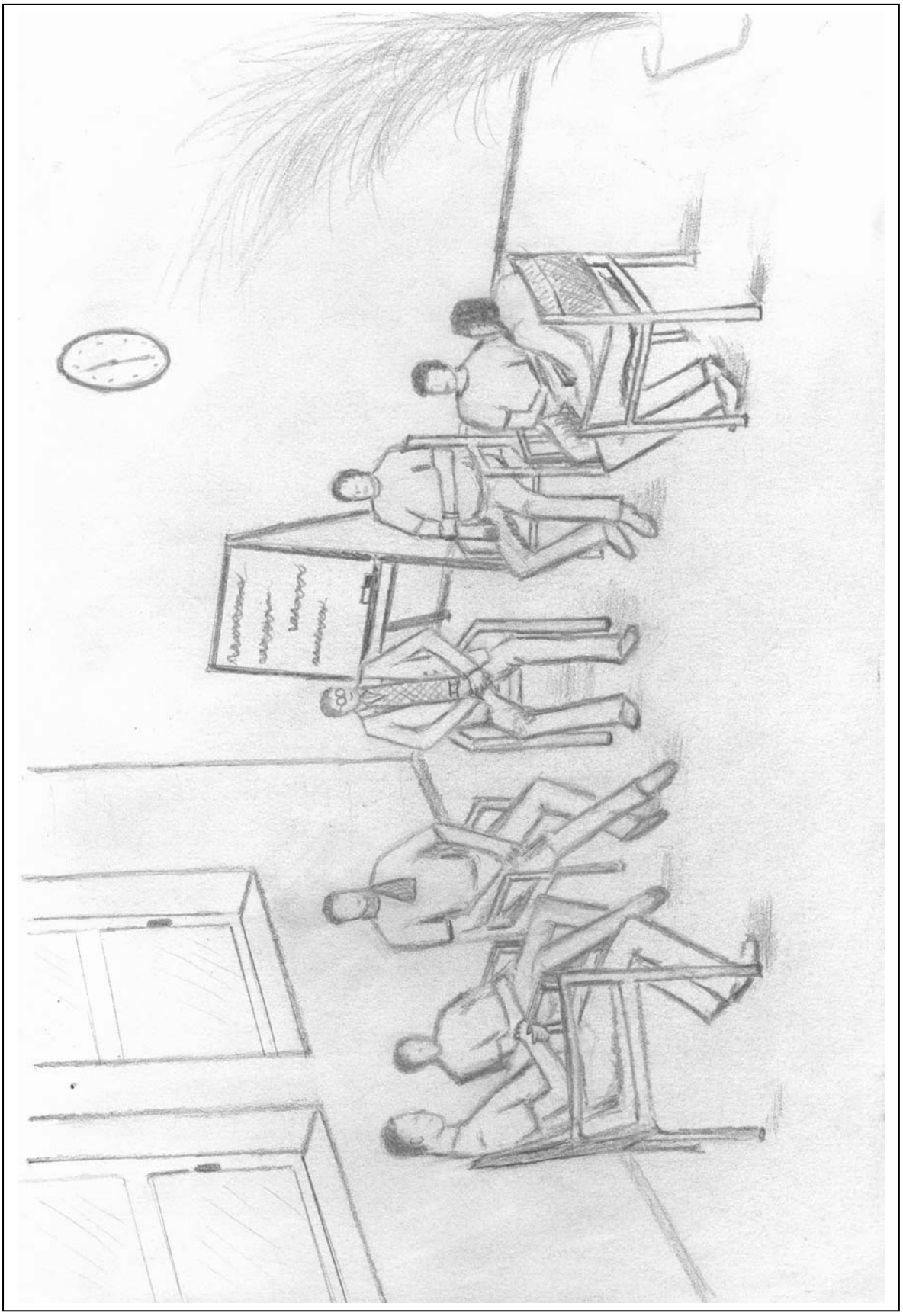


Abb. 113: Bildkarte Nr. 4 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

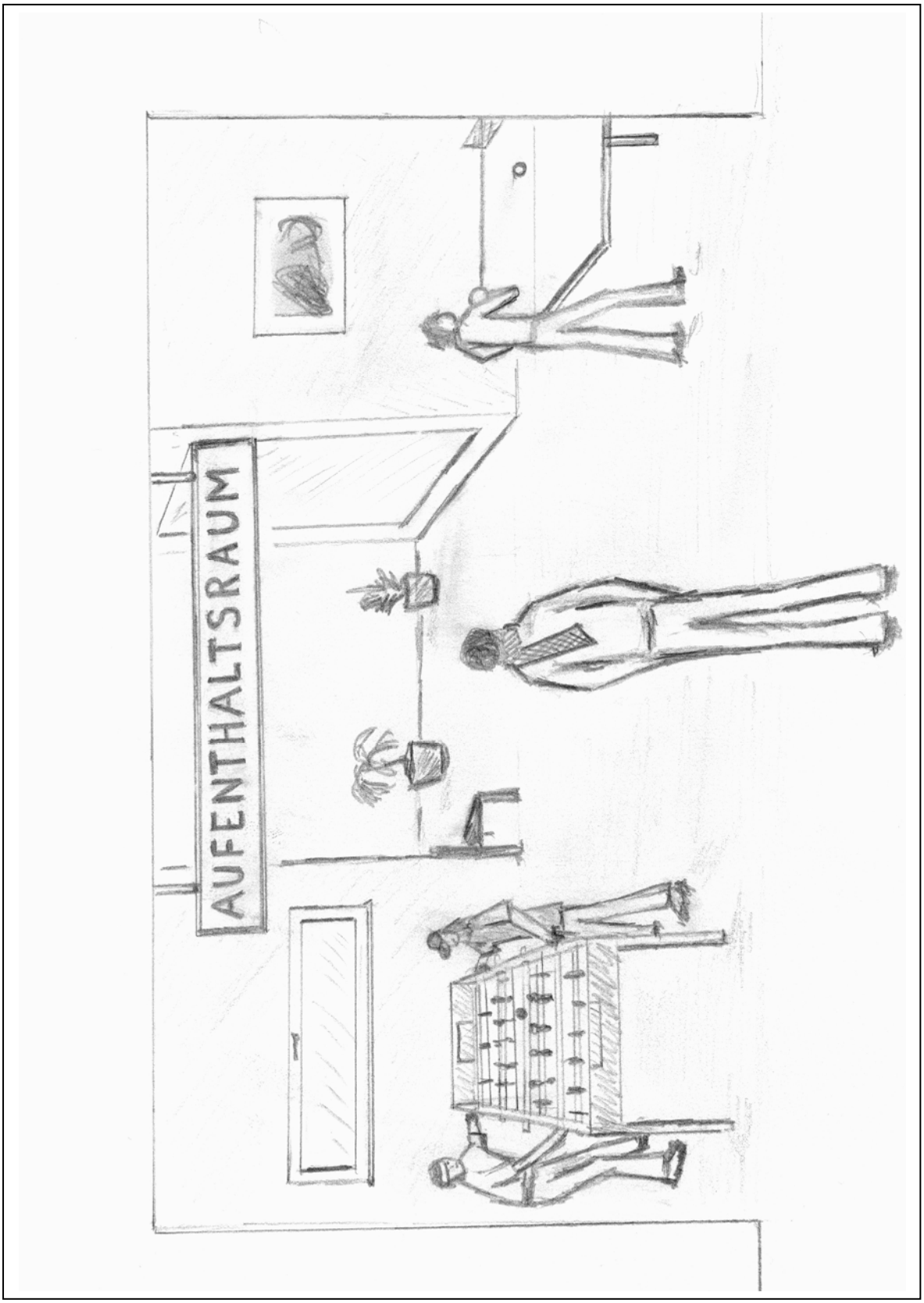


Abb. 114: Bildkarte Nr. 5 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

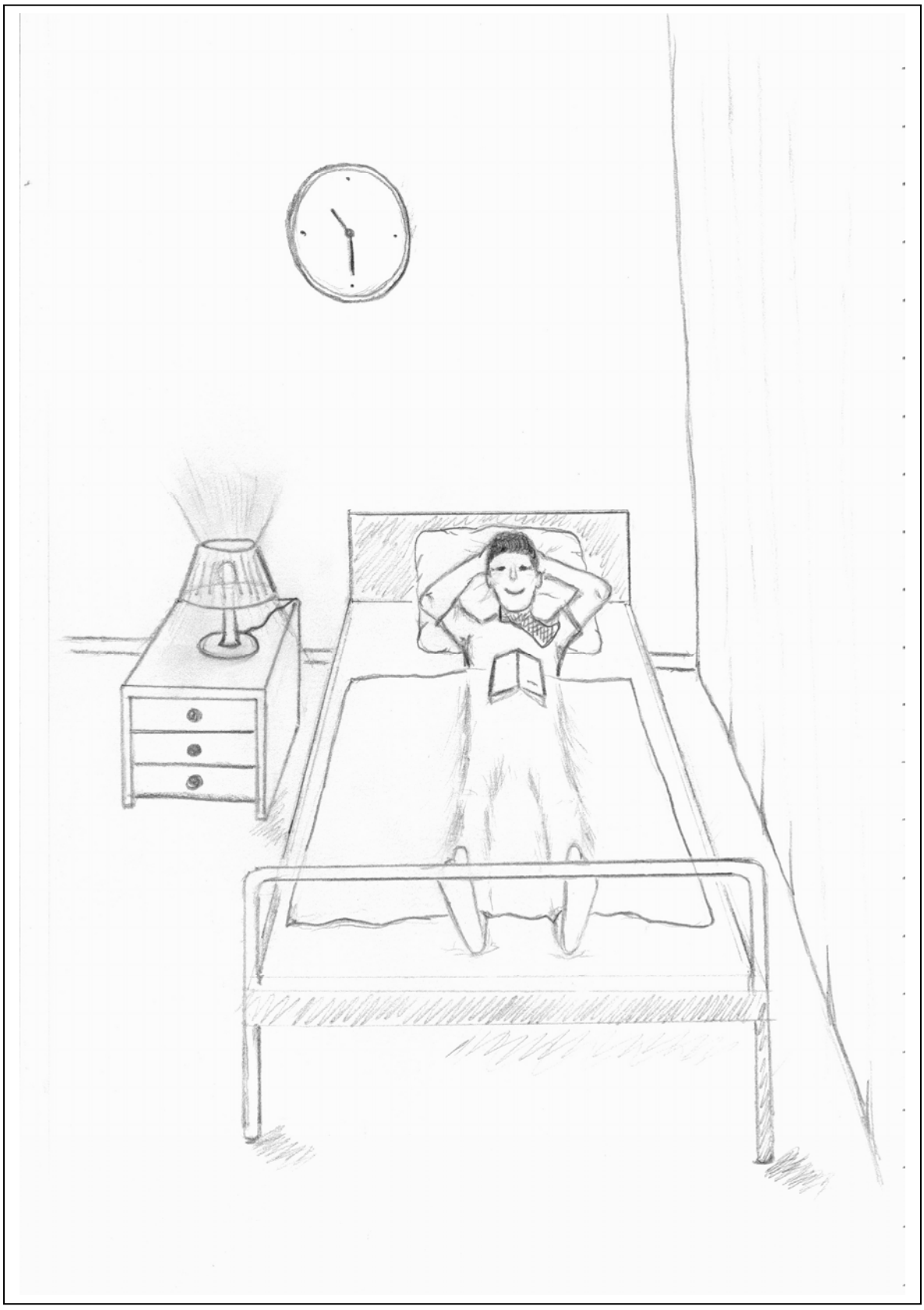


Abb. 115: Bildkarte Nr. 6 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

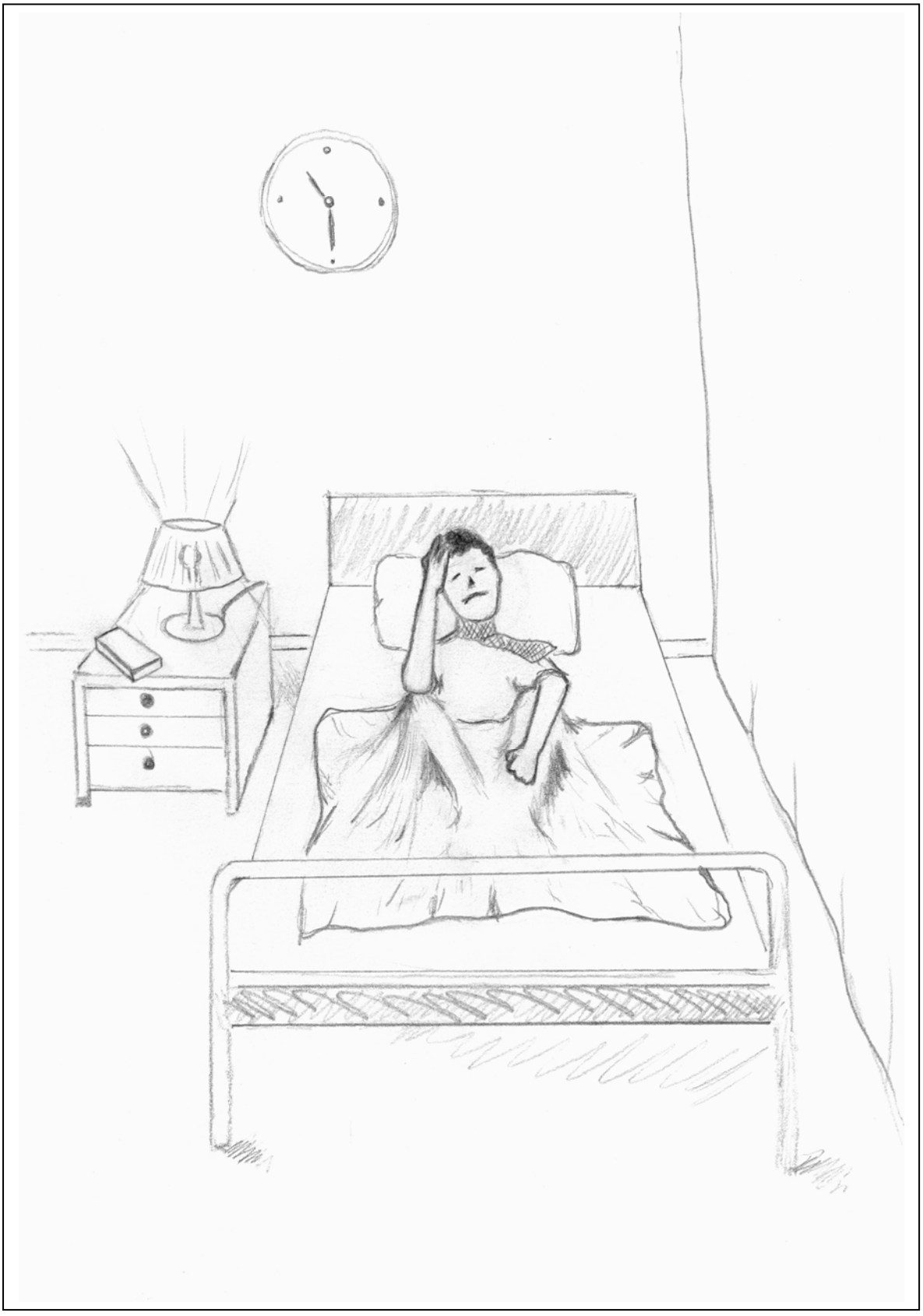


Abb. 116: Bildkarte Nr. 7 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

Abb. 117: Bildkarte Nr. 8 des Projektiven-Warsteiner-Bildererzähltests

Parameter	Beschreibung
Grundfrequenz-Perturbation	Leichte Veränderung in der Dauer glottaler Zyklen
FO-Mittelwert	Mittlere Grundfrequenz (Vibrationsrate der Stimmlippen über eine Sprachäußerung gemittelt)
FO-Variationsbereich	Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Grundfrequenzwert in einer Äußerung
FO-Variabilität	Streuungsmaß (z. B. Standardabweichung der Grundfrequenz)
FO-Kontur	Grundfrequenzwerte über den Zeitverlauf dargestellt (Intonation); wichtigste Variablen: allgemein aufwärts oder abwärts gerichtete Tendenz der Kontur, Regelmäßigkeit der Veränderungen der FO-Bewegungen in der Kontur
F1-Mittelwert	Frequenz des ersten (niedrigsten) Formanten (signifikante Energiekonzentration im Spektrum, Durchschnittswert für eine Sprachäußerung)
F2-Mittelwert	Mittlere Frequenz des 2. Formanten
Formanten-Bandbreite	Breite des Spektralbandes, das signifikante Formantenergie enthält
Formanten-Genauigkeit	Grad, in dem Formantfrequenzen die durch das phonologische System einer Sprache vorgegebenen Zielwerte erreichen
Mittelwert der Intensität	Energiewerte einer Sprachschallwelle, Durchschnittswert für eine Äußerung
Variationsbereich der Intensität	Differenz zwischen höchsten und niedrigsten Intensitätswerten in einer Äußerung
Variabilität der Intensität	Streuungsmaß der Intensitätswerte in einer Äußerung (z. B. Standardabweichung)
Frequenzbereich	Differenz zwischen Grundfrequenzwert und höchstem Punkt in einem Frequenzspektrum, in dem noch Sprachenergie gemessen werden kann
Hochfrequente Energie	Relative Energiekonzentration im oberen Frequenzbereich (z. B. oberhalb von 1 kHz)
Rauschen	Aperiodische Energiekomponenten im Spektrum des Stimmsignals
Sprechrate	Anzahl von Sprachsegmenten per Zeiteinheit (z. B. Silben, Wörter)

Tab. 2: Emotionsrelevante akustische Parameter[1]

[1] entnommen aus SCHERER & WALLBOTT 1990: 375

1. Progressive Arbeitszufriedenheit	„Ein Zufriedenheitsurteil, das auf der Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen beruht und zusätzlich mit dem Wunsch und/oder der Erwartung verbunden ist, weitergehende, neue Ziele zu erreichen;
2. Stabilisierte Arbeitszufriedenheit	Ein Zufriedenheitsurteil, das ebenfalls auf Befriedigung beruht und sich mit dem Wunsch nach Wahrung des Erreichten verbindet;
3. Resignative Arbeitszufriedenheit	Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Zufriedenheitsformen ist sie nicht befriedigungsbedingt, sondern beruht auf einer Minderung des Anspruchniveaus und auf Resignation;
4. Pseudo-Arbeitszufriedenheit	Eine theoretisch abzuleitende Form, bei der die Zufriedenheitsformulierung auf einer Wahrnehmungsverfälschung hinsichtlich der unbefriedigenden Situation beruht – also auf einem Abwehrmechanismus;
5. Fixierte Arbeitsunzufriedenheit	Bei dieser Form handelt es sich um eine Unzufriedenheitsfeststellung, die fixiert und ausweglos erscheint, weil Möglichkeiten zur Veränderung der unbefriedigenden Aspekte des Arbeitsverhältnisses nicht sichtbar werden;
6. Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit	Eine Unzufriedenheitsformulierung, die mit Vorstellungen und Initiativen zur Überwindung der unbefriedigenden Situation verknüpft ist“[2]

Tab. 3: Beschreibung unterschiedlicher Arbeitszufriedenheitstypen nach BRUGGEMANN

Wissenschaftsdisziplin	Anwendung des Erwartungskonstrukts	Autoren
Betriebswirtschaftslehre	Kundenzufriedenheitsforschung: • Kundenerwartungen	Miller 1977 und Bruhn 2000a
Betriebswirtschaftslehre	Handlungs- und Entscheidungstheorien: • z.B. RREEMM-Modell • z.B. SEU-Modell • z.B. Wert-Erwartungstheorien	Lindenberg 1985; Schmidt 1996 und Kunz 2004
Kunstwissenschaft	Malerei: • z.B. Richard Oelzes »Erwartung«	Damsch-Wiehager 1993
Literaturwissenschaft	Erwartung als literarisches Leitmotiv: • z.B. die romantische Erwartung	Heller 1966 und Pikulik 1997
Medizin	Medizinische Psychologie: • Placebo- und Nocebo-Effekt-Forschung	Shaprio 1959 und 1971
Medizin	Medizinische Psychologie: • Studien zum Phänomen des psychogenen Todes	Frankl 1947, 1959 & 1961; Kächele 1979a&b sowie Seligman 1976 & 1980 und Stumpfe 1973
Ökonomie	Makroökonomie: • Adaptive und rationale Erwartungen	Hielscher 1999
Pädagogik	Versuchsleiter-Effekte: • Rosenthal- *respektive* Pygmalion-Effekt • Kluge-Hans-Effekt	Rosenthal 1966; Ders. & Jacobson 1971 und 1973; Pfungst 1977 und Grundlach 2006
Pädagogik	Jugendforschung: • Empirische Erfassung von Zukunftserwartungen	Boßmann 1982
Philosophie	Philosophie der Gefühle: • Erwartungsaffekte	Bloch 1985a
Psychologie	Psychologische Alkoholismusforschung: • abstinenzspezifische Selbstwirksamkeitserwartung • alkoholspezifische Wirkerwartungshaltung	Schindler & Körkel 1994 sowie Bauer 2009
Psychologie	Entwicklungspsychologie I - *Säuglingsforschung*: • Die Theorie des virtuellen Anderen	Dornes 2006
Psychologie	Entwicklungspsychologie II - *Psychologie der Lebensspanne*: • Charlotte Bühlers Psychologie der Lebenserwartungen	Bühler 1969
Psychologie	Gesundheitspsychologie (Salutogenese- u. Reslilienzforschung): • Selbstwirksamkeitserwartungen (Self efficacy) • Optimistische Kompetenzerwartung	Bandura 1982 und Schwarzer 1994
Psychologie	Motivationspsychologie: • Erwartungs-Wert-Theorien	Rudolph 2007
Psychologie	Persönlichkeitspsychologie: • Der Mensch als Forscher (Theorie der Sozialen Konstrukte)	Kelly 1986
Psychologie	• Psychologie der Hoffnung	Snyder et al. 2001

Tab. 6: Anwendung des Erwartungskonstrukts in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen I

[2] BRUGGEMANN 1976: 71; siehe auch BRUGGEMAN 1975: 49

Wissenschaftsdisziplin	Anwendung des Erwartungskonstrukts	Autoren
Psychologie	Psychotherapieforschung I: ● Initiale Behandlungserwartungen als Prädikatorvariable des Therapieergebnisses	Priebe 1992
Psychologie	Psychotherapieforschung II: ● Positive Erwartungen als unspezifischer Wirkfaktor	Frank 1985
Psychologie	Klinische Psychologie (Psychodiagnostik): ● Erwartungen als zentraler Indikator des multidimensionalen Konstrukts Psychotherapiemotivation ● Erfassung von Klientenerwartungen ● Erfassung von Partnerschaftserwartungen ● Erfassung von Zukunftserwartungen	Deck 2006 ; Hafen 2000; Höger 1999; Höger & Busch-Kämper 2002; Lang et al. 2002; Nübling et al. 2002; Petry 1993
Psychologie	Sozialpsychologie: ● Einfluss von Erwartungen auf die Eindrucksbildung	Bierhoff & Schreiber 1988
Soziologie	Medizinische Soziologie ● Untersuchungen zur Lebenserwartung	Mielck 2005
Soziologie	Rollensoziologie: ● Erwartungen als zentrales Definitionsmerkmal des Rollenbegriffs	Dahrendorf 1977
Soziologie	Soziologische Zeitdiagnosen: ● Risikogesellschaft ● McDonaldisierung der Gesellschaft ● Multioptionsgesellschaft	Beck 1986; Ritzer 1995a&b sowie Gross 1994
Soziologie	Theorien abweichenden Verhaltens: ● Erwartungsorientierte Definition abweichenden Verhaltens	Lamnek 2001
Soziologie	Mikrosoziologische Phänomene: ● Vertrauen ● Selbsterfüllende Prophezeiung	Luhmann 2000 sowie Merton 1948
Theologie	● Heilserwartung	Fischer 1999

Tab. 7: Anwendung des Erwartungskonstrukts in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen II

Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach aus dem Jahre 1958

Fragestellung:

"Manche Leute sagen, dass in den heutigen Krankenhäusern in der dritten Klasse im allgemeinen ziemlich menschenunwürdige Zustände herrschen. Finden Sie, das stimmt, oder liegt man in der dritten Klasse heute auch ganz gut?"

Ergebnisse:

Antwortoptionen	**Einschätzungen der Bevölkerung insgesamt** (N=1.902)
Auch dritter Klasse ganz gut	54%
Stimmt, menschenunwürdige Zustände	13%
Andere Antworten	4%
Kein Urteil	29%

Tab. 8: Die Krankenhausversorgung dritter Klasse im Urteil der Bevölkerung[3]

[3] Eigene Darstellung in Anlehnung an die im unpaginierten Anhang des Originalsberichts – für dessen unkomplizierte Zusendung ich mich an dieser Stelle bei den Archivmitarbeitern des Instituts für Demoskopie in Allensbach herzlich bedanken möchte – abgelichtete Tabelle Nr. 37 (vgl. INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH 1958). Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass dieselbe Fragestellung innerhalb einer weiteren im Jahre 1970 durchgeführten Bevölkerungsumfrage (N=2042) des Instituts für Demoskopie angewandt wurde. Dabei nutzen insgesamt 24% der Befragten die Antwortoption: "*Es herrschen unwürdige Zustände*" (vgl. NOELLE-NEUMANN 1970b: 53).

Meinungsumfrage des Wiesbadener Ifak-Instituts aus dem Jahre 1970
Fragestellung: Welche Nachteile weist die 3. Pflegeklasse auf? **Antworten:** **(N=100)**
Es liegen zu viele Kranke in einem Raum……69%
Man kann seltener Besuch bekommen……..53%
Das Essen ist schlechter……45%
Der Chefarzt kommt zu selten……..40%
Die Betreuung durch Schwestern und Pfleger ist schlechter……36%
Die ärztliche Behandlung ist schlechter……30%
Die Versorgung mit Medikamenten ist schlechter……27%

Tab. 9: Die Nachteile der dritten Pflegeklasse aus der Perspektive der Bevölkerung[4]

[4] Persönliche Darstellung auf Grundlage der im Nachrichtenmagazin »*Der Spiegel*« erstveröffentlichten Untersuchungsergebnisse (vgl. DER SPIEGEL 1970: S. 96). Ähnliche Ergebnisse finden sich ferner in den beiden Bevölkerungsumfragen des Allensbacher Instituts für Demoskopie aus den Jahren 1958 und 1970: So waren beispielsweise im Jahre 1958 insgesamt 21% der Befragten mit den überfüllten Patientenzimmern ("*Es lagen zu viele in einem Raum*") sowie 7% mit den starren Besuchszeiten ("*Die Besuchszeiten waren ungünstig*") unzufrieden. Geschlagene zweiundzwanzig Jahre später zeigten sich alles in allem 25% der interviewten Bevölkerung mit der Zimmergröße ("*Es lagen zu viele in einem Raum*") und 15% mit der Besuchszeitenregelung ("*Die Besuchszeiten waren ungünstig*") unzufrieden (vgl. NOELLE-NEUMANN 1970b: 15).

Land	Autoren	N	Studienergebnisse
Deutschland	Neumann (1969)	1220	● Das Gros (86%) der befragten Bundesbürger wünschte, gesetzt des Falles, dass Sie an einer Krebserkrankung leiden würden, eine ausdrückliche Mitteilung und Aufklärung
	Laurisch (1969)	30	● Nur 10% der Befragten würde bei einer lebensgefährlichen Krankheit auf keinen Fall die volle Wahrheit wissen wollen
	Köhle et al. (1971)	66	● 98,4% der an Leukämie erkrankten Patienten wünschten ausdrücklich die Mitteilung der Diagnose
	Koch (1972, 1975)	250	● Patienten artikulieren einen Anspruch auf Aufklärung durch den Arzt
	Siegrist (1972)	38	● 94,7% der befragten Patienten waren der Meinung, dass es für sie besser sei, alles über ihre Krankheit zu wissen
	Demling & Flügel (1974)	243	● 92% wollten ausführlich über die Therapie/Diagnostik aufgeklärt werden; ● 62% wollten auch bei bösartigen Erkrankungen die volle Wahrheit erfahren
	Raspe (1976)	235	● 91% der Patienten sagten es sei besser, Bescheid zu wissen
	Raspe (1977)	88	● 82% der Patienten zeigten uneingeschränkt hohe Informationsbedürfnisse
	Raspe (1979)	361	● 91% der Patienten sagten es sei besser, über alles, was mit ihrer Krankheit zusammenhängt, Bescheid zu wissen
	Münstermann (1976)	120	● 94% der Patienten wollten aufgeklärt werden
	Habeck et al. (1977)	566	● 98% haben Interesse an den Ergebnissen fachärztlicher Konsiliaruntersuchungen; ● 75% wollten die Ursache der Krankheit vom Arzt erklärt bekommen
	Infratest (1978)	1030	● Die Bevölkerung erwartet eine bessere Informierung über die Diagnose
	Seidl & Walter (1979)	206	● 95% der befragten Patienten wollte umfassenden über die Krankheit informiert werden
	Szyszka (1981)	480	● 92,5% der befragten Patienten möchten alles über ihre Krankheit wissen
	Lütgemeier er al. (1981)	106	● 88% der befragten Frauen würden bei einer Krebserkrankung über die Diagnose i informiert werden wollen
	Wimmer (1985)	159	● 71% der befragten Patienten wollten umfassen über ihre Krankheit und die Therapie informiert werden
	Pierchalla (1986)	243	● 79% der Befragten Patienten äußerte das Bedürfnis, im Falle einer bösartigen Geschwulst die volle Wahrheit zu erfahren
	Rosenmeier (1987)	280	● 75,5% der im Hausarztwartezimmer befragten Patienten wünschte über die Beschwerdeursachen informiert zu werden
	Jonasch et al. (1989)	147	● ca. 90% der befragten Patienten resp. Bürgere wünschten beim bestehen einer Krebserkrankung eine lückenlose Information und Aufklärung
	Lesky (2001; 2002)	71	● 97% der befragten Patienten mit Querschnittslähmung äußersten das Bedürfnis nach einer möglichst genauen medizinischen Aufklärung über ihren körperlichen Zustand und die Prognose
England	Aitken-Swan & Easson (1959)	231	● 66% der Karzinom-Patienten stimmte rückblickend einer Aufklärung zu
	Cartwright (1964)	675	● 75% der Patienten wollte möglichst viel wissen
	Palmer (1965)	167	● 75% der Patienten wollte möglichst viel wissen
Amerika	Kelly & Friesen (1950)	100 100 740	● 89% der befragten Karzinom-Patienten zogen es vor, die Diagnose zu wissen ● 82% der befragten Patienten wollte es wissen, wenn sie Krebs hätten ● 99% waren für Aufklärung
	Reader et al. (1957)	50	● 66% wollten Art und Ernsthaftigkeit der Krankheit wissen
	Samp & Curreri (1957)	560	● 87% der Karzinom-Patienten sprachen sich für Aufklärung aus
	Gilberstein & Wangenstein (1962)	298 92	● 82% der "geheilten" Karzinom-Patienten waren für Aufklärung ● 77% aufgeklärter Karzinom-Patienten waren für Aufklärung
	Houston & Pasanen (1972)	284	● 93% wollten so viel wie möglich wissen
	McIntosh (1976)	74	● 88% der befragten Patienten sprachen sich für Aufklärung aus

Tab. 10: Ausgewählte internationale Studien über Informationsbedürfnisse von Krankenhauspatienten[5]

[5] eigene, ergänzende Darstellung auf Grundlage der Übersichtstabellen von RASPE 1978: 90 sowie FISCHBECK & HUPPMANN 2006

Land	Autoren	N	Studienergebnisse
Deutschland	Becker & Kölling (1964) - *DDR* -	331	● 85% der befragten Ärzte lehnte die Aufklärung bei unheilbaren Krankheiten ab
	Koch (1972, 1975)	800	● das Aufklärungsbedürfnis der Patienten wir laut den befragten Ärzten überschätzt; ● das Ideal des *'informierten Patient'* wird von den Ärzten weitestgehend abgelehnt; ● 53,1% der befragten Ärzte sind Patienten am liebsten, die nicht ständig Fragen stellen (ideale Patient aus der Sicht der Ärzte); ● 37,1% der befragten Ärzte waren der Meinung, dass es ganz gut ist, wenn der Patient die therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen des Arztes nicht ganz durchschauen kann; ● 74,2% der befragten Ärzte vermutete, dass die Patienten mit der Erwartung zum Arzt kommen, dass dieser die Fragen stellt und nicht umgekehrt
Deutschland	Habeck (1975)	31	● 20-30% der Hausärzte und 10% der Klinikärzte sind zu vollständiger Aufklärung bereit
	Münstermann (1976)	54	● 20-30% der Hausärzte und 10% der Klinikärzte sind zu vollständiger Aufklärung bereit
	Raspe (1979)	26 53	● nur 8% der befragten Stationsärzte glaubten, dass die Patienten ein sehr hohes Informationsbedürfnis haben; ● 47% der befragten Stationsärzte würde den Patienten eher vollständig über die Diagnose aufklären; über die Prognose nur 13%
	Szyszka (1981)	40	● nur 27,5% der befragte Onkologen waren der Meinung, dass der Patient alles über seine Erkrankung wissen möchte
	Wimmer (1984)	63	● 45% der befragten Ärzte gingen davon aus, dass die Patienten sowohl über die Krankheit als auch über die Diagnose nur in geringem Maße oder gar nicht informiert werden möchte
Amerika	Fitts & Ravdin (1953)	362	● Durchschnittlich 62% der befragten Ärzte gaben an, dass sie Krebspatienten die Diagnose nicht mitteilen würden
	Oken (1961)	219	● 90% der befragten Ärzte wollten den Patienten die Diagnose nicht mitteilen

Tab. 11: Ausgewählte internationale Studien über die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte[6]

[6] eigene Darstellung

Tabellen 13 bis 24:
Analyse von sechs ausgewählten empirischen Studien aus dem Metier der Psychiatrischen-Soziologie

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
Hemprich & Kisker (1968)	Beschreibung des typischen Tagesablaufs innerhalb einer psychiatrischen Institution: • Der analytische Schwerpunkt lag auf der Visibilisierung des Verhältnisses zwischen Pflegern und Patienten (sprachlicher Kontakt, Zuwendung usw.) sowie den Beziehungen der Patienten untereinander	Verdeckt teilnehmende Beobachtung (der erstgenannte Autor namens Hemprich arbeitet 6 Wochen verdeckt als Hilfspfleger; informiert war nur der Klinikdirektor)	31	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Der Beobachter führte als Hilfspfleger dieselben Tätigkeiten wie die fest eingestellten Pfleger aus; • der typische Arbeitsalltag eines Pflegers wird vom Beobachter anhand folgender Tätigkeitsdimensionen (%-Angaben beziehen sich auf die Arbeitszeit) klassisiert: - durch Scheinarbeit kaschiertes Nichtstun (60%) - Aufpassen (20%) - Begleitung der Patienten zu Ambulanzen (10%) - Holen und Austeilen des Essens (5%) - Säuberung der Station & Pflege Schwerkranker (5%) • Pflegerhabitus: Keine Unterhaltungen mit den Patienten • Der Autor nutzt zur Beschreibung der quasi nicht vorhandenen Kommunikation zw. Pflegepersonal und Patienten (der längste Satz in den sechs Wochen der Beobachtung war eine Zehn-Satz-Unterhaltung) das Bildnis der *„toten Station"* • Abweichungen vom unkommunikationen Pfleger-Habitus (2 der 9 Pfleger versichten produktive Interaktionen mit den Patienten) wurden sanktioniert (isolierte Stellung in de Gruppe etc.) • Pfleger sehen sich als die eigentlichen „Herren der Klinik" • Sympathieregel: Beliebt waren bei den Pflegern insbesondere jene Patienten, die geringe Ansprüche hatten, sich nicht beschwerten, unterwürfig waren und keine Arbeit verursachten; • die pflegerischen Handlungen konzentrierten sich ausnahmslos auf eine Absättigung der physischen Bedürfnisse; soziale und psychische Bedürfnisse wurden den Patienten nicht zugestanden	Psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				• Viele Mitpatienten solidarisierten sich untereinander und versuchten ihre sozialen und psychischen Bedürfnisse untereinander zu befriedigen (trösten, gut zureden, umsorgen, aufmuntern etc.) • Alltag der Patienten ist vornehmlich durch Reizarmut, Langeweile und Warten geprägt; • die kurz vor der Beobachtungsstudie installierte Stationsbesprechung (1 mal wöchentlich), in die Patienten dazu aufgefordert werden, Kritik am Stationsleben zu üben, verläuft zumeist äußerst schweigsam, da die Patienten Angst vor Vergeltungs-maßnahmen haben;	
Forster & Pelikan (1979 & 1980)	Erfassung des Ausmaßes einer bedürfnisgerechten Versorgung psychiatrischer Patienten in einem psychiatrischen Groß-krankenhaus	Multimethodisches Untersuch-ungsdesign: • Tagesprótokolle • Interviews Pflegepersonal • Fragebögen: - u.a. Wichtigkeitseinschätzung von Patientenbedürfnissen (N = 70 Pfleger u. Schwestern) • teilnehmende Beobachtung • Anstaltsinterne- und externe Statistiken und Daten	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die Dominante Strategie zur Bewältigung der Ver-sorgung einer großen Anzahl psychisch Kranker unter schwierigen Rahmenbedingungen bestehet darin, die Vielzahl menschlicher Bedürfnisse auf eine stark eingeschränkte Untermenge institutionell akzeptierter Bedürfnisse zu reduzieren: - Hohe Akzeptanz körperlicher Bedürfnisse (Essen, Schlafen, Ausscheidung, Kleidung etc.); - Vernachlässigung von motorischen-, sensorischen- und sexuellen Bedürfnissen; - Geringe Akzeptanz psychischer Bedürfnisse; - Teilweise werden zentrale menschliche Bedürfnisse nach Information, Orientierung, Selbstdarstellung, Akzeptanz, Zuwendung und praktischer Betätigung unterbunden; - Sozial Bedürfnisse nach Status und Partizipation werden nicht wahrgenommen; - die vorgesehene Versorgung richtet sich nach dem idealtypischen Durchschnittspatienten (keine	Psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				individuelle Pflegeleistungen); - Individuelle Bedürfnisäußerungen der Patienten außerhalb des akzeptierten Versorgungsbedarfs werden als deviante Zumutungen definiert; - Toleranz gegenüber Patienten die vom Ideal des anspruchslosen Patienten abwichen, nahm in Zeiten personeller Engpässe rapide ab (z.B. illegitime Medikation); - Immunisierung gegenüber Patientenkritik: 1/5 der Befragten erklärte die Kritik der Patienten an der Versorgungsqualität als krankheitsbedingt	
Fengler & Fengler (1980)	Visibilisierung zentraler Merkmale der sozialen Ordnung einer psychiatrischen Aufnahmestation; vermittels der ethnomethodologische Grundhaltung des Forscher-ehepaars sollen insbesondere die Techniken und Prozesse der intersubjektiven Ordnungsgenerierung näher ergründet werden;	Multimethodisches Untersuchungsdesign: • Teilnehmende Beobachtung (Hauptmethode; 19 Monate) • Dokumentenanalyse • Interviews	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Das Pflegepersonal ist fortwährend bemüht, für Sicherheit und Ordnung auf der Station zu sorgen; • Besondere Patientenbedürfnisse werden vom Pflegepersonal nur dann gewährt, insofern sie nicht die Sicherheit und Ordnung der Station oder das Gleichbehandlungsprinzip („*keine Extrawurst braten*“) verletzen; • Aus Sicherheitsgründen wird dem Patienten keine Privatsphäre zugestanden (ohne anzuklopfen eintreten) • Das Pflegepersonal klassifiziert die Patienten nicht nach psychopathologischen Kriterien, sondern teilt die Patienten gemäß ihres jeweiligen Potenzials zur Störung des Stationsfriedens in ‚ruhige' und ‚unruhige' Typen ein; • Die Entscheidung, ob ein normwidriges Patientenverhalten als krank oder deviant angesehen wird, entscheidet prinzipiell über den Reaktionsstil: - Verantwortlichkeit: Strafinterventionen - Krankheitsdeterminiert: helfende/therapeutische Intervention	Psychiatrische Patienten *(geschlossene Aufnahme-stationen)*

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Untersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				• Äußerungen von Patienten – insbesondere zu Themen wie Ausgang, Medikation, Arbeitsstelle etc. – werden wie ‚Behauptungen' behandelt. D.h. der Wahrheits-status von Patientenäußerungen wird so lange offen gehalten, bis das Personal anhand objektiver Informationen (z.B. Ausgangstafel, Therapiepass, Rücksprache mit dem Arzt etc.) über die Richtigkeit oder Falschheit der Aussagen informiert hat; • Die Wahrheits-Versicherungen eines Patienten konstruieren somit kein ‚sicheres Wissen'; • Patientenbeschwerden, z.B. über das Krankenhaus-essen, werden vom Pflegepersonal unter anderem durch den Verweis auf den niedrigen Sozialstatus der Patienten („*Sie haben sich doch zu Hause wochenlang nur aus Dosen ernährt*") abgeblockt; • Der überwiegende Teil des Pflegepersonals begriff seine Arbeit als nicht ‚therapeutisch' • Bezugspunkt der psychiatrischen Arbeit des Pflege-personals bildete das ganze Patientenkollektiv (Gewährleistung eines störungsfreien Stationslebens) • Bezugspunkt der psychiatrischen Arbeit des therapeutischen Personals bildete der einzelne Patient (Veränderung des psychischen Befindens) • Zur Umsetzung ihrer sicherheitsorientierten Arbeits-prinzipien greift das Pflegepersonal vorwiegend auf *‚instrumentelle Macht'* (vgl. POPITZ 2009:79-103) zurück. D.h. es droht dem therapeutischen Personal mit dem Entzug bzw. der Verweigerung von Kooperation (schlechtes Arbeitsklima; ‚Unruhe im Personal') • Sozialpsychiatrische Arbeitsvollzüge (z.B. mit den Patienten reden, spazieren gehen, beschäftigen, spielen	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				usw.) haben für das Pflegepersonal keinen verpflichtenden Charakter; sie werden nicht als notwendige sondern als zusätzliche Arbeitsaufgaben angesehen, die nicht einklagbar sind (freiwillige Zusatzarbeit) • Da das therapeutische Personal zur Umsetzung ihrer sozialpsychiatrischen Reformideen maßgeblich auf die Kooperationsbereitschaft des Pflegepersonals angewiesen ist, können die Reformen nur in langsamen – die Arbeitsprinzipien und Interessen des Pflegepersonals berücksichtigenden – Schritten umgesetzt werden; • Eine Einführung sozialpsychiatrischer Behandlungssegmente „mit der Brechstange" würde zu dem unheilvollen Paradox führen, dass durch sozialpsychiatrische Maßnahmen Sozialpsychiatrie verhindert wird; Konkret gesagt: Berücksichtigt das therapeutische Personal in seinem Reformeifer nicht die elementaren Arbeitsprinzipien des Pflegepersonals, so setzt es das kooperationswillige Arbeitsklima – welches als Mindestvoraussetzung sozialpsychiatrischer Reformen anzusehen ist – aufs Spiel (‚Unruhe im Personal' führt dazu, dass das Pflegepersonal nur noch Dienst nach Vorschrift macht und die ‚freiwilligen' sozialpsychiatrischen Arbeiten zurückschraubt); • **Wichtigste Erkenntnis der Studie**: „Für das therapeutische Personal gehört es zu den ‚melancholischen Wahrheiten' seines Berufsalltags, wie sehr die Ansätze zu einem sozialpsychiatrischen Arbeitsstil des Pflegepersonals von situativen Umständen abhängig sind, die über die Zeit weg variieren. Ist das Beziehungsklima zwischen den Berufsgruppen gut, so übernehmen Schwestern und Pfleger auch unkonventionelle	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				Arbeiten; ist es schlecht, so kehrt das Pflegepersonal zur konventionellen Definition seiner Berufsrolle zurück“ [FNGLER & FENGLER 1980: 238]	
Mühlich-von Standen et al. (1982)	Entwicklung eines standardisierten Instrumentariums zur Erfassung der Bedürfnisse langzeithospitalisierter Psychiatriepatienten; die gewonnen Daten sollten zur Verbesserung der Lebensverhältnisse der Langzeitpatienten in den Westfälischen Landeskrankenhäusern genutzt werden	Standardisiertes Interview *Instrumentengenese:* Das standardisierte Interview wurde von den Autoren auf der Grundlage folgender vier Explorationsuntersuchungen gebildet: • Halbstrukturierte Explorationsinterviews mit 30 Langzeitpatienten; • Planspiele mit insgesamt 23 Langzeitpatienten zum Thema ‚*Patientenzimmer*‘; hier konnten die Patienten mittels kleinformatiger Spielmöbel ein ihren Bedürfnissen entsprechendes Patientenzimmer gestalten; • Explorativinterviews nach dem GRID-Verfahren an insgesamt 25 Langzeitpatienten durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas) • Drei Gruppendiskussionen mit jeweils 11 Langzeitpatienten	90	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Die befragten Langzeitpatienten wiesen hohe soziale Beziehungsbedürfnisse auf: - 53 Patienten sehnten sich nach mehr Besuch; - 40 Patienten wollten mehr Kontakt zu ihrer Familie; - 45 sehnten sich nach einer Freundin; - 22 nach einem Freund; • Körperpflegebedürfnisse: - 45 Patienten wünschte sich eine eigene Sanitäreinrichtung in ihrem Zimmer mit Dusche und Waschbecken; - Bemerkenswert: Je länger die Befragten bereits in dem Krankenhaus untergebracht waren, desto geringer war ihr Interesse an einem eigenen Spiegel im Patientenzimmer; • Geselligkeits-, Freizeit-, kulturelle und geistige Bedürfnisse der Patienten: - Patienten sahen deutliche Defizite bei folgenden Aktivitäten: Tischtennis, Radfahren, Modellbau, Tierhaltung, Kochen und Backen, sowie Kino-, Theater- und Konzertbesuchen; • Wohnbedürfnisse: - 45 Patienten wollten mit weniger Patienten in einem Zimmer wohnen - Die meisten Patienten votierten für Einzel- und Doppelzimmer - Die Patienten plädierten für kleinere Stationen - 56,7% der Befragten bevorzugte eine Aufstellung der Möbel in den Patientenzimmern, bei dem jeder	Psychiatrische Langzeit-patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				"seine Ecke" hat ("territoriale"Aufstellung); - Die meisten Patienten wünschten sich mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten; - Die Patienten möchten ihr Zimmer gerne individuell gestalten können (es sollten mehrere Anordnungsmöglichkeiten des Mobiliars bestehen); - Bedürfnis nach eigenem Besitz (Eigentum): Die Patienten wünschten sich, über ein eigenes Kaffeegeschirr zu verfügen; • Pflegespezifische Bedürfnisse: - Eine konstante personelle Besetzung der Station wünschten 53 von 90 Patienten (Kontinuitätsbedürfnis) - Das Pflegepersonal sollte mehr Zeit für die Patienten haben (55 Patienten) - 54 der befragten Patienten würden sich beschweren zu können, wenn Sie einmal mit dem Pflegepersonal unzufrieden sein sollten; • Beziehungen zu gegengeschlechtlichen Partnern: - Nur 1/3 der Patienten sprach sich für eine gemischte Station aus; • Geschlechtsspezifische Ergebnisse: - die befragten Männer zeigten sich tendenziell kritischer als die befragten Frauen; <u>Weitere bemerkenswerte Ergebnisse der Studie:</u> • Je länger der Aufenthalt in der Klinik, desto weniger Bedürfnisse konnten die Patienten äußern; • Je mehr Besuch ein Patient bekam, desto deutlicher konnte er seine Unzufriedenheit äußern; • Assoziation zu der Bildvorlage eines Patienten mit fröhlichem Gesichtsausdruck: 20 Patienten meinten, dieser Patient hätte gerade Besuch gehabt, eine Freundin bzw. einen Freund gefunden oder eine gute Nachricht	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				erhalten; • 3-Wünsche wie im Märchen Frage: Die ersten drei Wünsche der Patienten waren Gesundheit, Entlassung und Freund/in finden; • Klinikchef-Item: Auf die Frage »*Stellen Sie sich vor, Sie sind Klinkchef. Was würden Sie dann alles anders machen?*« äußerten die Patienten den Wunsch nach mehr Bewegungsfreiheit, besseren räumlichen Bedingungen (Ausstattung) auf den Stationen sowie mehr Entlassungen;	
Schwediauer (1984)	Schilderung des Anstaltslebens aus der Patientenperspektive: • einen Schwerpunkt bildete u.a. die Erfassung des Ausmaßes der Befriedigung von Patientenbedürfnissen (physiche, psychische und soziale Bedürfnisse)	Verdeckt teilnehmende Beobachtung (der Autor arbeitet mehrere Monate ‚*undercover*' als Hilfspfleger)	40	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Der Tagesablauf strukturiert sich anhand der fünf über den Tag verteilten Mahlzeiten; • die Nahrungsaufnahme bildet die Hauptaktivität; • zentrale Beschäftigung bildet das Warten (aufs Essen, Medikamentenausgabe und Zubettgehen) • die Bedürfnisse der Patienten werden von der Institution auf ein geringes Maß an akzeptieren Versorgungsbedürfnissen zurechtgestutzt, das sich vorrangig auf die körperlichen Bedürfnisse konzentriert • Anmerkung zur Körperpflege: zumeist ‚Oberflächen-Pflege', d.h. nicht direkt einsehbare Körperstellen, wie z.B. Pflege der Fußnägel, werden nur äußerst selten fachgerecht versorgt; • die vom Pflegepersonal vernachlässigten psychischen u. sozialen Bedürfnisse versuchen die Patienten durch solidarische Hilfeleistungen untereinander (z.B. trösten, Übernahme der Körperpflege um den Mitpatienten vor den zum Teil sehr groben und brutalen Pflegehandlungen der „Professionellen" zu schützen usw.) • sexuelle Bedürfnisse werden an versteckten, kontroll-	Psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				freien Orten auf dem Klinikgelände (‚hinter der Kirche') befriedigt; • Grundhaltung des Personals: ‚Distanz zum Patienten' • Merkmale des „idealen Patienten" aus der Sicht des Pflegepersonals: bescheiden (verlangt keine ‚*Extra-würste*'), unterwürfig, dankbar, beschwert sich nie etc. • Strategien des Pflegepersonal zur Anpassung devianter Patienten, d.h. Patienten die sich bspw. über die menschenunwürdigen Zustände beschweren, an die „ideale Patientenrolle": - Degagierungshandlungen - Durchführung oder Androhung grober Behandlungs-maßnahmen (z.B. eiskalte Dusche) - Netzbettverordnung - dämpfende Medikamente - verstärkte Kontrollmaßnahmen - Ignorierung / Missachtung („Wie Luft behandeln") • Das Patientenparlament: - Im Zuge der Psychiatriereform eingeführte Form der Gruppendiskussion, die den Patienten ein Forum zur Artikulation ihrer Wünsche und Bedürfnisse darbieten soll; - Getreu den Beobachtungen des Autors klafft jedoch zwischen dem obig genannten Ziel des Patienten-parlaments und der konkreten Umsetzung eine beträchtliche Lücke, da u.a. 1) die Ärzte u. das Pflegepersonal entscheiden, welcher Patient zu Wort kommen darf; 2) nur eine geringe Zahl der Patienten an dieser Gruppe teilnehmen darf; 3) das Pflege-personal diesem Behandlungselement äußerst kritisch und ablehnend („bedeutet Mehrarbeit") gegenübersteht;	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				- Fazit: Das Patientenparlament diente bislang eher als *‚sozialpolitischer Tranquilizer'* zur Besänftigung der (kritischen) Öffentlichkeit, denn als handfestes Emanzipationsinstrument zur Verlautbarung und Umsetzung konkreter Patientenbedürfnisse	
Floeth (1991)	Milieutheoretische Analyse einer geschlossenen Akutstation; Grundlegende Fragestellung: Wie wird ein Milieu geschaffen?	Teilnehmende Beobachtung *(9 Monate; Funktion als Pflegehelfer; Forschungsvorhaben war allgemein bekannt)* & Audioaufzeichnungen von Einzel- und Teamgesprächen (narrative Interviews)	Auf der untersuchten Station konnten maximal 16 Patientinnen und Patienten behandelt werden	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Sowohl die ärztliche Leitung als auch das Pflegepersonal zeigte sich gänzlich uninteressiert an den theoretischen Inhalten und Ziele des Forschungsvorhabens. Wichtig war ihnen vielmehr die Verfügbarkeit über die rein praktische Arbeitskraft des Forschers („Eine Hilfe mehr"); • Einschränkung der Patientenintimität (Münztelefon auf dem Flur, offene Türen usw.); • Patienten versuchten sich mittels verschiedener Tricks und Spiele Privilegien zu erschleichen; • In der täglichen Stationsarbeit zeigte sich, dass der überwiegend vorherrschende demokratische Behandlungsstil phasenweise von einen kustodial-paternalistischen Behandlungsstil abgelöst wurde; • Die untersuchte Station 11 wies einen liberalen Umgang mit den an und für sich rigiden Besuchszeiten auf; • Bedeutung des Besitzes von Kaffe und Zigaretten für die Patienten: Sie fungieren nicht bloß zur Verbannung aversiver Gefühle (z.B. Langeweile) sondern werden von den Patienten insbesondere als Mittel zur Kontaktaufnahme bzw.- abgrenzung eingesetzt; • Das Pflegepersonal versteht sein Handeln nicht als therapeutisch („Wir sind Pfleger, keine Therapeuten") • Die Hauptaufgabe sieht das Pflegepersonal in der Herstellung eines vernünftigen Stationsklimas	Psychiatrische Patienten *(geschlossene Aufnahme-stationen*

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				(„menschliche Atmosphäre“); • Da ein positives Stationsklima gewissermaßen die Basis für therapeutisches Handeln darstellt, kann die Arbeit des Pflegepersonals als eine Form impliziter Therapie angesehen werden; • Das Pflegepersonal unterstellt den Patienten eine Bis-auf-Weiteres-Normalität, die nur in Ausnahmefällen auszusetzen ist (Wahrnehmung und Begegnung als Mitmensch); • Stationsarzt und Stationsleiter zeichnen sich durch eine starke biologisch-medizinische Therapieeinstellung aus (Medikamente vor Psychotherapie); • Die Stationsmitarbeiter wiesen eine ablehnende Haltung gegenüber psychotherapeutischen Methoden auf; • Die Patienten betonten die therapeutische Relevanz von guten Beziehungen zu anderen Mitpatienten; • Konzept und Funktion von **Nischen**: - Unter dem Terminus der »Nische« versteht der Autor die durch das temporäre transzendieren bzw. einklammern der formalen Organisationsregeln entstehenden Freiräume; - Intersubjektiv aufgespannte Nischen ermöglichen sowohl individuelle Begegnungen und persönliche Kontakte unter den Patienten als auch zwischen Patienten und Personal; - Der Nachweis derartiger Nischen offenbart, dass die untersuchte Station keine »*totale Institution*« im Sinne GOFFMANS (1974) darstellt, sondern vielmehr Elemente einer »zerstückelten Institution« gemäß dem Programm der französischen	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	*Erhebungsinstrumentarium*	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Patienten-gruppe
				'Psychothérapie Institutionelle' (vgl. HOFMANN 1983: 40) aufweist; - Neben der bereits angesprochen Funktion als Begegnungsstätte bieten Nischen den Patienten ferner Möglichkeit der Erholung, Regeneration, Orientierung sowie insbesondere der Sicherheit und Identitätsaufrechterhaltung; - Als Bedingung der Möglichkeit zur Nischenent-stehung führt der Autor das auf der untersuchten Station herrschende Motto: „*Ein bisschen Chaos muss sein*" an; - Nischenbildungen sind laut dem Autor weder in total geregelten noch in total chaotischen geführten Institutionen möglich; erst ein sorgfältiges Abwägen zwischen Reglementierung und Freiraum schafft die Voraussetzungen zur Nischenbildung; - Chaos zuzulassen bedeutet einen Freiraum für formal ungeregeltes Handeln aller Insassen auf der Station zu gewähren und damit einen Raum für die Entstehung von Nischen zu schaffen; - Das Ausmaß, indem eine Station Chaos gewähren kann, hängt neben dem Personalschlüssel auch maßgeblich von der absoluten Zahl und dem jeweiligen Erregungszustand (Psychopathologie) der beherbergten Patienten ab; - der Tatbestand, dass der einzelne Insasse in seinem Handeln nicht rein durch formale Reglementierung-en determiniert wird, sondern an der konkreten Ausgestaltung und Handhabung der Regeln aktiv partizipieren (Verhandlungssache) kann, macht die Station zu einem Milieu.	

Tabellen 29 bis 34:
Analyse ausgewählter Studien zur empirischen Erfassung von Patientenwünschen

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Geers & Müller (1984)	Ermittlung der Erwartungen und Wünsche der Patienten hinsichtlich der ambulanten Nachbehandlung	halbstandradiertes Interview (kurz vor der stationären Entlassung durchgeführt)	156	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die Patienten wünschten sich allen voran folgende Nachbehandlungsmaßnahmen: 1. Psychotherapeutische Maßnahmen (61%); 2. Medikamente (40%); 3. Möglichkeiten zu Hausbesuchen und Kriseninterventionen (33%); 4. neue Kontakte (32%); 5. Selbsthilfegruppen etc. (22%); 6. Einbeziehung von Angehörigen (22%) • Bedenklicher Befund: Etwa jeder zweite Patient hielt eine ambulante Nachbehandlung nicht für nötig *beziehungsweise* hatte noch keine rechten Vorstell-. ungen dazu	psychiatrische Patienten
Mühlich-von Staden et al. (1982)	siehe Tabelle ‚Psychiatrische-Psychiatrie'	siehe Tabelle ‚Psychiatrische-Psychiatrie'	90	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • 3-Wünsche wie im Märchen Frage: Die ersten drei Wünsche der Patienten waren Gesundheit, Entlassung und Freud/in finden; • Klinikchef-Item: Auf die Frage »*Stellen Sie sich vor, Sie sind Klinkchef. Was würden Sie dann alles anders machen?*« äußerten die Patienten den Wunsch nach mehr Bewegungsfreiheit, besseren räumlichen Bedingungen (Ausstattung) auf den Stationen sowie mehr Entlassungen	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Claußen (1994)	Erfassung der Forderungen / Wünsche des BPE	k.A.	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Der BPE wünscht sich von der Psychiatrie: - dass die Patienten als gleichberechtigte Partner behandelt werden; - eine subjektorientierte Psychiatrie; - Recht auf Selbstentfaltung; - mehr Gesprächszeit mit dem Therapeuten; - unabhängige Beschwerdestellen; - Ombudsleute; - Psychiatrische Testamente (Behandlungsvereinbahrungen) - „Unser Problem ist, dass man arrogant zu wissen vorgibt, was wir wollen“ [CLAUßEN 1994: 6]	Psychiatrie-Erfahrene (BPE)
Seibt (1996)	Bestimmung der zentralen Forderungen/Wünsche des BPE an die zukünftige psychiatrische Versorgung	k.A.	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • 6 Forderungen (Wünsche) des BPE: 1. „Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station; 2. Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Anstalt; 3. Auf jeder Station deutlich sichtbar ein Anschlag, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden; 4. Aufhängen des BPE-Flugblattes auf jeder Station; 5. Anbieten eines täglichen Spazierganges unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde; 6. Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr zu essen und zu trinken machen kann“ [SEIBT 1996: VI]	Psychiatrie-Erfahrene (BPE)

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Maischein & Tebbe (2000) Sowie Scheidt et al. (2001)	Erfassung der Beibehaltungs- und Veränderungswünsche der Patienten	Leitfadeninterview: • Beispielfragen: Patienten sollten sich u.a. vorstellen, was Sie an der Klinik verändern würden, wenn sie über Nacht zum Chefarzt ernannt würden oder wie Sie einen im Lottospiel erworbenen Millionengewinn sinnvoll für die Klinik einsetzen würden	58	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Erhaltung und Ausbau der bestehenden Freizeit- und Therapieangebote war den Patienten wichtig; • Patienten wünschten sich mehr Mitsprachemöglichkeiten (u.a. Festlegung des Entlassungstermins, Medikation usw.); • Patienten wünschten sich mehr Informationen über die Therapieangebote (z.B. Musiktherapie); • 18% der Patienten wünschten sich mehr Einzelgespräche	psychiatrische Patienten
Stöcker (2002)	Erfassung der Bedürfnisse und Wünsche von Patienten und Patientinnen hinsichtlich intimer Rückzugsmöglichkeiten im stationären Setting	Patientenfragebogen	120	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die Möglichkeit des Rückzugs und der Intimität mit dem Partner während eines stationären Aufenthaltes ist sowohl Männern (81%) als auch Frauen (58%) wichtig; • Antwortverteilung auf die Frage: *„Falls es keine Rückzugsmöglichkeiten gibt, würden Sie sich diese wünschen?“*: - 84% der Männer und 64% der Frauen bejahten diese Fragestellung • Wünsche der Patienten in Bezug auf Rückzugsmöglichkeiten: u.a. Besucherraum für Paare, „Schmusezimmer“, Einzelzimmer, „Kuschelzimmer“, Partnerzimmer usw. • Allgemeine Patientenwünsche: - längere Besuchszeiten - Telefon auf dem Zimmer - Mehr Bedienung / Service	psychiatrische Patienten mit bestehender Partnerschaft

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Himmel & Kochen (2003)	u.a. Ermittlung der Erwartungen und Wünsche der ambulant betreuten Schizophreniepatienten an die hausärztliche und psychiatrische Versorgung	Patienteninterviews	20	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Wünsche an den Hausarzt: - ernst genommen werden; - mehr psychiatrische Kompetenz (Früherkennung) - mehr Informationen über therapeutische Möglichkeiten • Wünsche an den Psychiater: - mehr Akzeptanz; - mehr fachliche Informationen (z.B. über Medikamentumstellungen) • Positiv äußersten sich die befragten Patienten hinsichtlich der vom Psychiater angebotenen Partizipationsoption bei der Auswahl und Dosierung der neuropletischen Medikation	schizophrene Patienten
Hamann et al. (2005)	Ermittlung der Entscheidungsmitbestimmungswünsche schizophrener Patienten	Patientenfragebogen (SDP-Subskala aus dem APX von ENDE et al. 1989)	122	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Jüngere Patienten äußersten im Gegensatz zu älteren Patienten vermehrt den Wunsch nach Mitbestimmung; • Ferner wünschten sich insbesondere jene Patienten, die mit der Medikation unzufrieden waren, ein höheres Maß an Mitbestimmung; • Insgesamt lag er ermittelte durchschnittliche Mitbestimmungswunsch der befragten schizophrenen Patienten mit 46 Punkten deutlich höher als jener von somatisch erkrankten Patienten (33 bis 42) 0 = Partnernalismus (Arzt entscheidet allein) 100 = Informed Consent (Patient entscheidet alleine)	schizophrene Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Faude et al. (2007)	Erfassung der Therapiewünsche, Zielsetzungen und subjektiven Veränderungen der Patienten während einer psychosomatischen Therapie	teilstandardisierter Patientenfragebogen (inhaltsanalytische Auswertung der offenen Fragen)	918	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Hinsichtlich der Frage, was ist Ihnen für die Behandlung auf den Stationen am wichtigsten sei, antworteten die Patienten wie folgt: - 48% legten Wert auf eine gute Versorgung; - 46% wünschten sich eine Besserung ihrer Beschwerden; - 19% der Patienten waren Kommunikation / Kontakte und Gespräche wichtig	Patienten einer Psychosomatischen Klinik
Kühmel (2007)	Ermittlung der Wünsche schizophrener Patienten an ihre haus- und fachärztliche Betreuung	Patientenfragebogen	111	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Wichtig war es den Patienten, dass der Arzt ihnen zuhört, dass Sie ihm Vertrauen können, dass er die Schweigepflicht einhält, dass er Sie respektiert sowie dass er Sie akzeptiert und versteht; • Ferner wünschten sich die Patienten vor allem einen freundlichen und netten Arzt; • Patienten mit höherer Bildung bewerteten den Arzt kritischer	schizophrene Patienten
Schandorf (2007)	Eruierung der idealen Eigenschaften und Verhaltensweisen des Psychiaters aus Sicht der Patienten	Interviewleitfaden & Kurzfragebogen	60	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die meisten Befragten Patienten räumten dem eigenen Mitbestimmungsrecht in der therapeutischen Beziehung einen immens hohem Stellenwert ein: *Pars pro toto* stimmten insgesamt 93,3% der Patienten der folgenden Aussage: „*Mir ist wichtig, dass mein Arzt mich aktiv in die Therapie einbezieht*“ zu	psychiatrische Patienten
Commentz (2007)	Ermittlung der erwünschten Arzteigenschaften aus Patientensicht	Patientenfragebogen	232	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Nachstehend werden sowohl die ersten zehn (höchsten Mittelwerte) als auch die letzten zehn (niedrigste Mittelwerte) Verhaltensmerkmale *resp.* Eigenschaften wiedergegeben, welche sich die befragten Patienten von ihrem Arzt wünschten:	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				Meine Ärtin/mein Arzt... 1. ...sollte ehrlich sein, was meine Krankheit / Prognose angeht 2. ...sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann 3. ...sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann 4. ...sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen 5. ...sollte mich gut über meine Medikation aufklären 6. ...sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören 7. ...sollte mich respektieren 8. ...sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen 9. ...sollte mich als Person sehen und mich nicht nur auf meine Krankheit reduzieren 10. ...sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen (...) 43. ...sollte mich mögen, egal was ich tue 44. ...sollte bereits ein gewisses Alter haben 45. ...sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen 46. ...sollte aus meinem Kulturkreis kommen 47. ...sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen 48. ...sollte einen Kittel tragen 49. ...sollte attraktiv sein 50. ...sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich 51. ...sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht wie ich haben 52. ...sollte das gleiche Geschlecht wie ich haben	

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Schulte (1951)	Zentrale Untersuchungsfrage: „Wie sieht der Kranke überhaupt den Psychiater, was bedeutet er ihm in seiner Krankheit und für sein Leben?“	Patienteninterviews	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Autor extrahiert aus dem Interviewmaterial insgesamt vier unterschiedliche Einstellungstypen der Kranken gegenüber dem Psychiater: 1) Auflehnung gegen die Autorität 2) Anerkennung der Autorität 3) Übersteigerte Zuwendung 4) Indifferenz ● Auf der Grundlage dieser Einstellungstypen lotete der Autor u.a. genesungshinderliche Beziehungserwartungen aus und diskutiert mögliche Interventionen zur Modifikation derselben	psychiatrische Patienten
Hofstätter (1963)	Messung der Erwartungen von Nicht-Psychologen (NP) an den Psychologen sowie die Erfassung des Selbstbildes von Psychologen (P) und der Einschätzung des Fremdbildes durch Nicht-Psychologen	Multimethodisches Erhebungsdesign: ● Fragebogen ● Polaritätsprofile ● Bilderwahl-Test	99 (NP) & 51 (P)	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die Nichtpsychologen erwarten vom Psychologen eine Art „geistige Elternpersönlichkeit“, die in sich die positiven Aspekte des Vaters (Führung), der Mutter (Geborgenheit) sowie der Intelligenz harmonisch vereinigt; ● Psychologen schätzten das Fremdbild negativer ein, als es realiter ausfiel	Nicht-Psychologen und Psychologen
Plaum (1968)	Erfassung von Krankheitstheorien sowie Behandlungserwartungen	Patientenfragebogen ● Krankheitstheorie (31 Items) ● Behandlungserwartungen (18 Items) ● die gesamte Testbatterie umfasste insgesamt 706 Items	30	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die am stärksten mit Erfolgserwartungen (bzw. am wenigsten) verknüpften Behandlungsformen sind in den Augen der Patienten: *a) stark* - Herausfinden der körperlichen Krankheit (80%) - Aufklärung des Zusammenhangs zwischen den Beschwerden und den seelischen Problemen (76%) - Schwierigkeiten im Gespräch klären (73%) - Gewinnen eines festen inneren Halts (70%)	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				- Ausarbeitung eines straffen Behandlungsplans (67%) - Hinzuziehung des Chefarztes (60%) - Verschreiben eines Kuraufenthaltes (53%) - Hemmungen ablegen (50%) *b) wenig* - Verbesserung der beruflichen Situation (20%) - häusliche Situation erträglicher gestalten (20%) - arbeitsunfähig schreiben (16%) Auf der Basis konnte PLAUM insgesamt drei unterschiedliche Einstellungstypen klassifizieren, die sich sowohl hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorien als auch bezüglich ihrer Behandlungserwartungen signifikant voneinander unterscheiden: ● I: Psychisch organisierter Typ; ● II: Körperlich organisierter Typ; ● III: durch psychosoziales Fehlverhalten charakterisierter Typ	
Marx (1973)	Ideale Behandlungselemente einer psychiatrischen Klinik aus der Perspektive der Bevölkerung	Fragebogen	409	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Auf die Frage: *„Im Krankenhaus für psychisch Kranke sollte es … geben“* antworteten die Befragten u.a.: - keine Zwangsjacken (78%) - keine Anstaltskleidung (92%) - keine Gummizellen (69%) - keine sinnlose Arbeitstherapie, im Sinne von Tütenkleben (71%) - freien Ausgang (62%) - freundliche 2- u. 3-Bett-Zimmer (97%)	psychiatrische Laien

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				- eine Turnhalle u. Kegelbahn für die Patienten (95%) ● Fazit des Autors: In der Bevölkerung existiert die Erwartung an eine humane, menschenwürdige Behandlung innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses, die allen Patienten die gleichen Chancen auf Rehabilitation einräumt	
Bommert et al. (1975)	Analyse der Auswirkungen präkonsumtiver Erwartungshaltungen auf das Therapie-Ergebnis	Erwartungsfragebogen für Klienten (EFK) ● 115 Items ● 5stufige Antwortskala	36	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Ausgeprägte Erwartungen in den Komponenten 1. „*Annahme eines aktiven / engagierten Psychotherapeutenverhaltens*“ sowie 2. „*Hoffnung auf offenes, persönliches Sich-aussprechen-Können*“ korrelierten signifikant mit einem positiven Therapieergebnis; ● Überzogene Annahmen (z.B. Vorstellung die Einzeltherapiestunde zeitlich nach belieben ausdehnen zu können) korrelierten negativ mit dem Therapieergebnis	psychiatrische Patienten
Waniek (1977)	Erfassung hilfreicher Behandlungsmaßnahmen aus der Perspektive der Patienten	Patientenfragebogen	210	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Am hilfreichsten schätzten die Patienten das ärztlichetherapeutische Gespräch und die Tagesmedizin ein; ● geringfügige Unterschiede hinsichtlich der Bedeutungszuweisung konnte der Autor zwischen den einzelnen Diagnosegruppen ausfindig machen; ● es zeigten sich jedoch keine Geschlechtseffekte	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Suckert-Wegert (1976)	Experimentelle Bestimmung des Einflusses vortherapeutischer Interventionen zur Modifikation dysfunktionaler Klientenerwartungen auf den Therapieerfolg einer Gesprächspsychotherapie	Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen in Bezug auf das Therapeutenverhalten ● der insg. 57 Items umfassfassende Fragebogen liegt in 2 Versionen vor: - Annahmeversion (Wird-Erwartung) - Wunschversion (Soll-Erwartung)	52	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Einfluss von Symptomen auf die Behandlungserwartungen: - Schüchterne und gehemmte Personen wünschten sich eher eine dominante, direktive Hilfsperson; - aktive, zuversichtliche und selbstbewusste Patienten strebten eher ein partnerschaftliches bzw. gleichberechtigtes Verhältnis zum Therapeuten an ● Die ausgewählten Modi zur Therapievorinformation (schriftlich via Text und akustisch via Tonband) erwiesen sich als nützlich, die Klientenerwartungen in die gewünschte Richtung zu verändern	psychiatrische Patienten
Scheer & Möller (1976a/b)	Erfassung der angenommenen Krankheitsursachen (Laienätiologie) sowie der Behandlungserwartungen (Laienindikation) von Studierenden (psycho. Beratung)	Fragebogen zur Genese der Beschwerden und zur Behandlungserwartung: • insgesamt 44 Items • 26 Items zur Genese • 18 Items Behansdlungserwartungen	80	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Der enge Zusammenhang zwischen Krankheitsursache und Behandlungserwartungen konnte nachgewiesen werden (angenommene Krankheitsursachen als erwatungsdeterminierende Größe)	Studierende in der psychotherapeutischen Beratung

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Halder (1977)	Untersuchung der Übereinstimmung oder Diskrepanz zwischen der allgemeinen Therapieerwartung von Laien und Patienten einerseits sowie verhaltenstherapeutischen Techniken andererseits	Multimethodisches Erhebungsdesign: ● Bewertung von Modellgesprächen ● Fragebogen zur Beurteilung des Therapeuten ● Fragebogen zur Eigenbereitschaft hinsichtlich Psychotherapie ● Ferner fanden insgesamt fünf erprobte psychodiagnostische Fragebögen Anwendung	In insgesamt vier Stichroben wurden alles in allem 321 Personen befragt (davon waren 213 Studenten und 108 alkoholkranke männliche Patienten)	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Sowohl die Studenten als auch die alkoholkranken Patienten bewerteten die Therapeutenhaltung ("Realismus" bzw. "gemäßigten Skeptizismus") signifikant negativer als die Haltungen Optimismus und Eigeninitiative; ● Respondenten, die ihrer Schulbildung zufolge der Unter- und Mittelschicht zuzurechnen sind, bevorzugen aktive und handlungsbezogene Therapievorschläge gegenüber rein einsichtsorientierten Methoden; ● Dagegen bevorzugen Personen mit hoher Schulbildung (Studenten) eher einsichtsorientierte Methoden	psychiatrische Patienten sowie studentische Respondenten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Biermann-Ratjen et al. (1977)	Erfassung wurde u.a. die Bewertung einzelner Therapiebausteine sowie die Wünsche der Patienten nach anderen Behandlungsverfahren	Patientenfragebogen	104	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Patienten geben eine extrem hohe Versorgungszufriedenheit an (91,4% fühlten sich sehr gut bzw. gut versorgt); ● Hinsichtlich der Wirksamkeitseinschätzung von insg. zehn unterschiedlichen Behandlungsmerkmalen gab es nur äußerst marginale Wertungsdifferenzen („Anspruchsinflation“); ● Bezüglich alternativer Therapieformen wünschten sich die Patienten primär eine “kurze, aber intensive stationäre Behandlung“	psychiatrische Patienten
Urban (1980)	Untersucht wurde u.a. die Erwartungen der Patienten an den gewünschten Therapeutenstil (human versus verwahrend)	Fragebogen	175	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die Patienten wünschten eine Therapeutenhaltung die in einem mittleren Bereich zwischen custodialen und Humanitären Stil liegt; ● Jüngere Patienten wünschten sich eher eine humanitären Therapeutenhaltung, d.h. sie erhofften sich ein höheres Maß an Partizipation	psychiatrische Patienten
Robotham (1980)	Erfassung der Patientenerwartungen und Bildung charakteristischer Patientenerwartungsgruppen	Patientenfragebogen: ● 65 Items	361	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die Autorin konnte mittels Clusteranalyse insgesamt drei unterschiedliche Gruppen von Erwartungshaltungen ausfindig machen: - I. Regressiv-unkritische Patienten (38%) - II. Durchschnittspatienten (25%) - III. emanzipiert-kritische Patienten (36%) ● Allgemeine Ergebnisse zu den Patientenerwar tungen: - 40% aller Patienten wünschten einen nicht-direktiven Behandlungsstil - 20% der Patienten wünschten primär Rat und Anleitung durch den Therapeuten	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Halder-Sinn et al. (1980)	Erfassung der patientenseitigen Behandlungserwartungen respektive Behandlungspräferenzen Zwecks differentieller Indikationsstellung (spezifische Therapiezuweisung)	Patientenfragebogen	115	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Patienten mit niedriger Schulbildung und geringerem Einkommen erwarteten eine Behandlung die vor allem aus Schonung, Anteilnahme und Zuwendung besteht (passive Patientenrolle); ● Patienten die eine psychotherapeutische Behandlung mit aktiver Beteiligung erwarteten, wiesen eine höheres formales Bildungsniveau auf; ● Patienten höheren Lebensalters erwarteten ein autoritär-parternalistisches Vorgehen des Therapeuten	psychiatrische Patienten
Waniek & Finke (1981 und 1983)	Einschätzung der Wichtigkeit einzelner psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus Patientensicht (vor Therapiebeginn)	Patientenfragebogen	160	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der als wichtig eingeschätzten Behandlungsmaßnahmen: 1) Einzelgespräche mit dem Arzt 2) Gruppengespräche 3) Gezielte Selbstentspannung 4) Gymnastik / Sport 5) Freizeitbeschäftigung 5) Ausruhen / Abschaltungen ● Auf den letzten Rangplatz der als wichtig erachteten Behandlungsmaßnahmen verwiesen die Patienten „Medikamente“; ● Alter, Geschlecht und testdiagnostische Variablen beeinflussten die Einstufungen der Patienten nicht signifikant; ● Sozialstatus und Diagnosegruppe erweisen sich jedoch als bedeutsame Einflussgrößen auf die Präferenzbildung	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Kappus (1982)	Erfassung der Patienten-erwartungen sowie Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Erwartungen und Krankheitsvorstellungen	Patientenfragebogen: ● Krankheitstheorie (36 Items; teilweise entnommen aus Plaum 1968 sowie Zenz & Keller 1978) ● Behandlungserwartungen (32 Items; ebenfalls partiell entliehen bei Plaum 1968 sowie Zenz & Keller 1978)	102	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der gehäuft an die Behandlung adressierten Erwartungen: - Psychotherapeutische Behandlung - Über den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und ihren Beschwerden aufgeklärt zu werden (96%) - Durch die Behandlung persönliche Schwierigkeiten zu lösen (91,1%) - Über die Krankheit berichten zu müssen (85,9%) - Benötigung einer langandauernden Behandlung (83,8%) - Aufbau von mehr Selbstvertrauen (83,2%) ● Hitliste der nur geringfügig auftretenden Behandlungserwartungen: - Hilfe durch Kuraufenthalt (43,1%) - Beratung in Ehe- und Familienangelegenheiten (37,6%) - Verordnung sich zu schonen (29,7%) - Mit Hypnose behandelt zu werden (29,7%) - Mit Tabletten behandelt werden (21,8%) - Ausstellung eines Attests zur Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit (18,8%) - Überwachung der Medikamenteneinnahme (9,1%)	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Wurm (1982)	u.a. Erfassung der Behandlungserwartungen	Patientenfragebogen	68	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Der Therapieerfolg war umso größer, je geringer die von den Patienten wahrgenommene Differenz zwischen der seinigen Problemdefinition und der des Therapeuten ausfiel	psychiatrische Patienten
Balz et al. (1983) sowie Balz (1984)	Einschätzung des Nutzen und der Wichtigkeit einzelner psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus Patientensicht	Patientenfragebogen ● 20 Items ● Vierstufige Antwortskala	200	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Hitliste der als hilfreich erlebten Therapieangebote: 1) Einzelgespräche 2) Medikamente 3) Beschäftigungstherapie 4) Gruppengespräche ● Hitliste der als hilfreich erlebten zwischen menschlichen Kontakte: 1) Sozialarbeiter 2) Ärzte und Pflegepersonal 3) Besuch von Freunden und Verwandten 4) Kontakte zu den Mitpatienten	psychiatrische Patienten
Dauwalder et al. (1984)	Messung der Zukunftserwartungen schizophrener Langzeitpatienten; Überprüfung der prädikativen Potenz des Konstrukts Zukunftserwartungen zur Therapieerfolgsvorhersage	Patientenfragebogen & halbstandardisiertes Interview	30	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Positive, realtitätsbezogene Zukunftserwartungen (Themen: Wohnen und Arbeit) erwiesen sich als gute Rehabilitationserfolgsprädikatoren; ● Es erwies sich als schwierig, die Zukunftserwartungen der Patienten gezielt zu verändern; ● Zur Veränderung der Zukunftserwartungen des Patienten empfehlen die Autoren einen systematischen Einbezug der Angehörigen und Betreuer	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Schöl & Künsebeck (1984)	Erfassung der Behandlungs-erwartungen von Patienten des Konsiliardienstes sowie der Poliklinik	Patientenfragebogen ● 20 Items ● Vierstufige Antwortskala ● Modifikation des Frage-Bogens von *Plaum (1968)*	240	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Fragebogen erfasst inhaltlich zwei abgrenzbare Bereiche von Behandlungserwartungen: 1. Wunsch nach klassisch-organmedizinischer Versorgung; 2. Wunsch nach psychotherapeutischem Gespräch ● Die beiden untersuchten Patientengruppen wiesen signifikante Differenzen in ihren Behandlungserwartungen auf: - Patienten des Konsiliardienstes zeigten stärkere Erwartungen in Richtung organmedizinischer Versorgung; - Patienten der Poliklinik erwarteten in verstärktem eine psychotherapeutische Behandlung	psychosomat. Patienten
Glück (1985)	Erfassung der Patientenerwartungen zu Therapiebeginn (t1) und nach sieben Sitzungen (t2)	Patientenfragebogen: ● Zwei Versionen a 45 Items: 1. Realitätsaspekt: *Wie wird die Behandlung ablaufen?* 2. Wunschaspekt: *Wie soll die Behandlung ablaufen?* ● fünfstufige Antwortskala	t1:40 t2: 27	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Merkmale einer "idealen Psychotherapie": - Wunsch nach intensiver Mitbestimmung - Wunsch nach Kritik am Therapeuten - Wunsch nach Mitteilung der Diagnose und Erteilung von Ratschlägen durch den Therapeuten - Wunsch nach einer warmen Therapieatmosphäre - Wunsch nach einem verständnisvollem und einfühlsamen Therapeuten - Wunsch nach Selbst-Öffnung des Therapeuten - Wunsch nicht in erster Linie medikamentös behandelt zu werden	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				● Die prognostische Erwartung (*Behandlung wird helfen*) war bei den Therapieabbrechern signifikanter schlechter als bei den Therapie-fortsetzern; ● Die Abbrechergruppe wies insgesamt ein erhöhtes Maß an enttäuschten Erwartungen auf	
Linden (1987)	Untersuchung der Auswikungen positiven vs. negativer Medikamentenerwartungen auf die Compliance vs. Non-Compliance	Patientenfragebogen	55	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die complianten Patienten unterschieden sich von den non-complianten Patienten insbesondere dadurch, dass sie bedeutend höhere positive Medikamtenwirkerwartungen aufwiesen; ● Negative Wirkerwartungen hielten sich bei beiden Untersuchungsgruppen die Waage	psychiatrische Patienten
Schneider et al. (1990)	Erfassung der Behandlungs-Erwartungen von Patienten	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP): ● Der FMP umfasst vier Skalen: 1. Krankheitserleben (11 Items) 2. Laienätiologie (8 Items) 3. Allgemeine Behandlungserwartungen (8 Items) 4. Erfahrungen u. Einstellungen bezüglich Psychotherapie (20 Items) ● siehe dazu zusammenfassend: Scheider (2002)	480	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Mittels Clusteranalyse konnten die Autoren insgesamt drei 3 Patientengruppen klassifizieren, die sich hinsichtlich ihrer Erwartungshaltung signifikant voneinander unterscheiden: 1. Der „Organpatient“ 2. Der „indifferente Patient“ 3. Der „Psychotherapiepatient“	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Euler (1990)	Erfassung von Krankheits-Theorien und Behandlungs-Erwartungen; Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Laienätiologie und Beandlungserwartungen	halbstandardisiertes Interview	55	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der als hilfreich eingeschätzten Behandlungselemente: - Gespräche mit dem Therapeuten (N=49) - Anerkennung & Zuneigung (N=46) - Ablenkung & Geselligkeit (N=40) - Gespräche mit den Mitpatienten (N=35) - Ruhe (N=34) - Gespräche mit Familienangehörigen (N=30) - Medikamente (N=8)	psychiatrische Patienten
Schmidt (1990)	Erfassung der Patientenerwartungen bezüglich des Psychotherapieprozesses sowie der Psychophamakotherapie	Patientenfragebogen: • 44 Items • 6 Dimensionen	90	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Je höher die soziale Schicht, desto weniger sprechen sich die Patienten für eine Verhaltenstherapie aus; ● Hinsichtlich des bevorzugten Therapeutengeschlechts gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Patientinnen; ● Die Einzeltherapie findet *in puncto* Hilfserwartung die stärkste Zustimmung; ● Suchtpatienten weichen insofern von den Erwartungswerten der Gesamtstuchprobe ab, als dass sie sowohl die Gruppentherapie als auch die Gespräche mit Mitpatienten als besonders hilfreich einschätzen	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Tittor (1991)	Erfassung der Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen von Alkoholabhänigen	halbstandardisiertes Interview & Laientheoriefragebogen von Zenz et al. (1987)	63	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • 76% der Patienten gaben als Ursache der Alkoholabhängigkeit die eigene Person an; • 21% machen psychosoziale Umstände verantwortlich; • 2% führten ihre Sucht auf körperliche Erkrankungen zurück; • als besonders hilfreich erachteten die Patienten insbesondere die Gespräche mit dem Therapeuten (84%) sowie die Gespräche mit den Mitpatienten (78%); • signifikante Einflüsse der Laientheorie auf die Erwartungsbildung konnten festgestellt werden	psychiatrische Patienten
Peters & Löwenberg (1993)	Untersuchung der Behandlungserwartungen; Ermittlung von Patientengruppen mit je spezifischen Erwartungen; Überprüfung des Einflusses von soziodemographischen Variablen auf die Erwartungshaltung	Patientenfragebogen • 45 Items • Modifikation des Fragebogens von Ferscheing (1981)	142	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Rangfolge der an die psychosomatische Behandlung adressierten Erwartungen (Faktorenanalyse): 1. Problemlösende Behandlungserwartungen 2. Beschwerdeorientierte Behandlungserwartungen 3. Erwartungshaltung nach Ruhe und Erholung 4. Erwartung nach Sozialkontakten • die Variablen Alter und Bildung hatten einen signifikanten Einfluss auf die Erwartungshaltung: - Ältere Patienten waren im Vergleich zu jüngeren stärker beschwerdeorientiert; - Patienten mit Abitur wiesen im Vergleich zu Patienten mit niedriger Schulbildung eine höhere problemlösende Erwartungshaltung auf; • Mittels Clusteranalyse konnten die Autoren vier Patientengruppen mit je unterschiedlichen Erwartungshaltungen bilden: 1. Psychotherapiepatienten; 2. ‚Unersättliche' Patienten; 3. Kurpatienten; 4. Unmotivierte Patienten	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Sennekamp & Hautzinger (1994)	Überprüfung ob die Therapieerfolgserwartungen vor Behandlungsbeginn einen prognostisch bedeutsamen Faktor des Therapieerfolges darstellen	Patientenfragebogen („Erwartungs-BDI“)	62	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Der erwartete Zusammenhang zwischen Therapieerwartungen und -erfolg konnte nicht bestätigt werden	psychiatrische Patienten
Finke et al. (1995)	Erfassung von Therapiezielen, Wünschen und Erwartungen an das Therapeutenverhalten sowie Frage nach der bevozugten Therapieform (Einzel- oder Gruppentherapie)	Therapieerwartungsbogen (*TEB*)	202	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Primäres Behandlungsziel: Steigerung von Lebensmut und Selbstvertrauen; • Erwartungen an die Therapeutische Beziehung: Patienten wünschten sich eine aktive, problemorientierte Grundhaltung des Therapeuten (aktiv, soll an die Stärken des Patienten glauben, sollte wie ein verständnisvoller Freund sein); • es zeigten sich teilweise signifikante Unterschiede in den Erwartungshaltungen in Abhängigkeit von Diagnose und Geschlecht; • zur Bearbeitung sehr persönlicher und tabuisierter Themen sowie belastender Probleme bevorzugen die Patienten Einzelgespräche	psychiatrische Patienten
Adler et al. (1996)	Bestimmung des Prädikatorwertes von subjektiven Krankheitstheorien u. Behandlungserwartungen sowie Gegenüberstellung der Patienten- und Therapeutenperspektive	Krankheitskonzeptbogen (KKB): • subjektive Krankheitsursache (26 Items) • Behandlungserwartungen (18 Items) • siehe dazu Plaum (1968) und Scheer et al. (1976)	56	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Patientenerwartungen an die Therapie („*top five*“): 1. Schwierigkeiten in Gesprächen klären; 2. psychische Zusammenhänge erkennen lernen; 3. Selbstvertrauen gewinnen; 4. familiäre Situation klären; 5. Lustlosigkeit überwinden • Behandlungserwartungen von Patienten und Therapien unterschieden sich nur minimal (so platzierten die Therapeuten bspw. die Erwartung ‚Lustlosigkeit überwinden’ entgegen der Patienten nur auf Platz 10)	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Beutel & Bleichner (1998)	Analyse von schriftlichen Patientenbeschwerden hinsichtlich dem Gegenstand der Beschwerde, den Behandlungserwartungen sowie der erlebten Arzt-Patient-Beziehung (Rückschlüsse ziehen)	Inhaltsanalyse von schriftlichen Patientenbeschwerden	29	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Im Vordergrund der Beschwerden standen Kritiken an der medizinischen Betreuung (69%) sowie der psychischen Betreuung (50%); • Beschwerden über die Servicequalität kamen nur äußerst selten vor; • Die Mehrzahl der Beschwerdeführer wies passiv-rezeptive „*Kur- und Erholungserwartungen*“ auf (Kritik der aktiven Patientenrolle, zu wenig ‚Zerstreuungsangebote’ etc.)	psychiatrische Patienten
Faller (1998)	Untersuchung der Behandlungserwartungen; Ermittlung von Patientengruppen mit je spezifischen Erwartungen; Überprüfung des Einflusses von soziodemographischen Variablen auf die Erwartungshaltung	Patientenfragebogen • 17 Items • Eine explorative Faktorenanalyse extrahierte vier unterschiedliche Dimensionen: 1. Interpersonelle-, 2. einsichtsorientierte-, 3. passive- und 4. somatische Behandlungserwartungen	195	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die Reihenfolge der Behandlungserwartungen von Psychotherapiepatienten gemäß ihrer subjektiven Bedeutsamkeit: 1. Zusammenhang zw. seelischen Problemen und Beschwerden entdecken; 2. in Gesprächen meine Schwierigkeiten klären; 3. Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen; 4. mehr Selbstvertrauen gewinnen; 5. die eigentliche körperliche Ursache herausfinden; 6. (…) 7. (…) 17. Medikamente (*letzte Platz der Liste*) • Zusammenhang zw. Behandlungserwartungen und soziodemographischen Variablen: - Je älter die Patienten desto stärker ausgeprägt sind passive und somatische Behandlungserwartungen; - Je niedriger die Schulbildung desto stärker der Wunsch nach somatischer Behandlung	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Höger (1999)	Erfassung von Bindungsstilen	Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE): • 32 Items • Faktorenanalytisch konnten drei Dimensionen identifiziert werden: 1. Akzeptanzprobleme 2. Öffnungsbereitschaft 3. Zuwendungsbedürfnis	374	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Vermittels einer Clusteranalyse konnte *Höger* fünf unterschiedliche Bindungsstile ermitteln: 1. Sicher 2. Vermeidend-verschlossen 3. Vermeidend-kooperativ 4. Ambivalent-anklammernd 5.Ambivalent-verschlossen	psychiatrische Patienten
Spießl et al. (1999a & 2002b)	Studie 1999: • Erfassung von Patienten-vorstellungen an eine „ideale“ stationär-psych-iatrische Behandlung Studie 2002b: • Ermittlung der Patienten-erwartungen an eine psy-chiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrank-enhaus	Fragebogen zur Erfassung von Patientenerwartungen und –zu-friedenheit: • Auf der Grundlage von 38 Einzelinterviews entwickelt • Fragebogen umfasst 39 Items; sechsstufige Antwortskalen: Wichtigkeit & Zufriedenheit	59 sowie 91	Bedeutendste Ergebnisse der Studie 1999a: • Folgende Behandlungsmerkmale wurden von den Patienten als besonders wichtig eingestuft: - erfolgreiche Therapie - Wahrung der Menschenrechte - einfühlsame Ärzte - fachlich kompetente Ärzte - freier Ausgang - freundliche Mitarbeiter • Wichtigkeitseinschätzung weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose • Differenzen zwischen der Selbst- und Fremdein-schätzung: - Die Bedeutung des freien Ausgangs, der Mitspra-chemöglichkeiten bei der Therapie sowie der Rücksichtsnahme unter den Patienten wurde von den Therapeuten (n=43) unterschätzt • Bemerkenswerte Erkenntnis: Die Autoren überprü-ten, inwieweit sich die von den Patienten als wichtig eingestuften Behandlungselemente in den deutsch-sprachigen Instrumenten zur Patientenzufriedenheit wieder finden; dabei gelangten sie zu der Einsicht,	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				dass insbesondere der Bereich der Patientenautonomie in den Fragebögen zur Patientenzufriedenheit trotz seiner Bedeutung für die Patienten bislang kaum berücksichtigt worden ist (*mangelhafte Inhaltsvalidität*) <u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie 2002b:</u> • Keine Unterschiede in den Patientenerwartungen zur obig beschrieben Studie 1999a; • die Diagnose hat getreu der Studie von 1999a keinen Einfluss auf die Erwartungshaltungen der Patienten	
Berghofer et al. (2000)	Allgemeine Erfassung der Behandlungserwartungen sowie Klärung unterschiedlicher Fragestellungen u.a. zum Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Erwartungen sowie der Zusammenhang zw. Erwartungen u. Therapieergebnis	Fragebogen zur Erfassung der Patientenerwartungen	425	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Medikamente und therapeutische Gespräche wurden von den Patienten als wichtigste Behandlungsmaßnahmen gesehen • Diagnosegruppen hatten Einfluss sowohl Einfluss auf die Wichtigkeitsbeurteilungen als auch auf die Behandlungserwartungen • Nur 21 Patienten (5%) gaben an keine Erwartungen an ihre Behandlung zu haben • Erwartungen erwiesen sich als zeitstabil (1 Jahres-Katamnese) • Höhere Erwartungen führten zu keinem besseren Therapieergebnis	psychiatrische Patienten
Lang et al. (2002)	Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Zukunftserwartungen und Krankheitsverlauf	Patientenfragebogen	425	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Der Vermutete Zusammenhang, demnach positive Zukunftserwartungen den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen, konnte verifiziert werden	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Fleischmann (2003)	Der Autor untersuchte u.a. die Hilfserwartungen der Patienten an unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen sowie das Ausmaß des Parizipationswunsches der Patienten an der Gestaltung des Therapieplans	Patientenfragebogen	209	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Rund 20% der Patienten äußerte keinerlei Erwatungen an die Behandlung; • Hinsichtlich der Erwartungen an ‚verbale Therapieformen erhofften sich die Patienten neben den Gesprächen mit den therapeutischen Personal in erstaunlich hohen Maße von den Gesprächen mit den Mitpatienten einen positiven therapeutischen Effekt • Bezüglich der Erwartungen an Aufklärung und Mitwirkung gaben 69,1% der Patienten an, bei der Therapieplanung mitwirken zu wollen und insgesamt 74,1% der Patienten äußerten den Wunsch, über die Therapie aufgeklärt werden zu wollen	psychiatrische Patienten
Unterecker (2003)	Untersuchung des Einflusses von Symptomatik, Alter und Schulbildung auf die Behandlungserwartungen	Einsatz des von Faller (1998) entwickelten Erwartungsfragebogens	756	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Sowohl ältere Patienten als auch Patienten mit niedriger Schulbildung wiesen zumeist somatisch orientierte Behandlungserwartungen auf	psychiatrische Patienten
Schulte (2005)	Entwicklung eines Frage-Bogen zur Messung der Erfolgserwartung sowie der ‚Therapiepassung’	„Patientenfragebogen zur Therapieerwartung u. Therapieevaluation (PATHEV)“	581	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Ausgeprägte Erfolgserwartungen der Patienten an die Therapie (Faktor 1: Hoffnung) erweisen sich als guter Prädikator des Therapieergebnisses;	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Radlinger (2006)	Erfassung der Patientenerwartungen	Fragebogen zur Erfassung von Patientenerwartungen und –zufriedenheit (vgl. Spießl et al. 1999a): • Fragebogen umfasst 39 Items; • sechsstufige Antwortskala (Wichtigkeit & Zufriedenheit)	253	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> Die nachfolgend aufgelisteten Items wurden von mehr als 50% der Patienten mit „sehr wichtig“ bewertet: • Erfolgreiche Therapie (73,5%) • Wahrung der Menschenrechte (62,5%) • Kontakt zur Familie (61,7%) • Wirksame Medikamente (61,3%) • Fachliche kompetente Ärzte (58,5%) • Einfühlsame Ärzte (57,3%) • Freundliche Mitarbeiter (56,5%) • Freundliches Pflegepersonal (55,7%) • Ärzte die sich kümmern (54,2%) • Angenehme Atmosphäre (53,8%) • Freier Ausgang (53,8%) • Vorbereitung auf die Entlassung (52,2%)	psychiatrische Patienten
Delsignore et al. (2006 & 2008) sowie Delsignore (2009)	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der therapiebezogenen Kontrollerwartungen des Patienten	Patientenfragebogen (TBK)	221	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Patienten mit hohen internalen Kontrollerwartungen wiesen eine stark ausgeprägte Handlungsbereitschaft bzw. Anerkennung der Wichtigkeit einer aktiven Teilnahme sowie höhere Selbstwirksamkeitserwartungen auf	psychiatrische Patienten
Hapkemeyer et al. (2008)	Erfassung von patientenseitigen Qualitätskriterien (Erwartungen an eine gute Psychotherapie)	teilstandardisiertes Leitfadeninterview	8	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Die Aussagen der Patienten wurden zu insgesamt 22 Qualitätskriterien zusammengefasst; • Unabhängig von der Therapieform erwarten die Patienten eine therapeutische Grundhaltung, die u.a. durch Anpassung an die Sichtweise der Patienten, Zurücknahme der eigenen Person, Empathie, Respekt und Interesse	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Nellie Bly (1887)	Beschreibung des Alltags sowie des Befindens der Patientinnen in einem psychiatrischen Krankenhaus	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatientin)	geschlossene psychiatrische Anstalt für Frauen auf Blackwell's Island
Max Winter (1898)	Eruierung der Zustände in den Obdachlosenasyslen sowie der Zufriedenheit der Nutzer mit diesen Nachtasyslen	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Verkleidung als Obdachloser)	Odachlosenasysle in Wien und Berlin
Gottlieb Hägi (1894)	Schilderung der menschenverachtenden Zustände in der psychiatrischen Klinik ‚Burghölzi'	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	psychiatrische Klinik ‚Burghölzi'
Heinrich (1933)	Erfassung der Zufriedenheit mit dem Praxis-Empfang (Ausstattung usw.)	Fragebogen („Rundschreiben")	Zahnarztpraxis
Manfred Heinze-Masfeld (1950)	Beschreibung des inhumanen Alltags in einer psychiatrischen Klinik	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	psychiatrische Landesheilanstalt Eichberg
Hasso Ziegler (1950)	Beschreibung des inhumanen Alltags in einer psychiatrischen Klinik	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	psychiatrische Klinik in Berlin
Walter Schulte (1950)	Wahrnehmung und Bewertung des Psychiaters aus Patientensicht	Interview	psychiatrische Klinik
Barahal et al. (1950)	Vergleich der Zufriedenheitswerte von non-direktiv (Gruppe A) und traditionelle (Gruppe B) beratenen Patienten	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
Charlotte Green Schwartz et al. (1951)	Beobachtung und Analyse von Patientenforderungen und den zufrieden oder unzufriedenstellenden Reaktionen des Stationspersonals	teilnehmende Beobachtung & Interviews	psychiatrische Klinik (Frauenstation)
William Caudill et al. (1952)	Beschreibung des Klinikerlebens aus der Patientenperspektive	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	privat geführte psychiatrische Klinik
István Benedek (1952)	Untersuchung, wie zufrieden die Patienten mit ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik sind	Patienten-zufriedenheits-fargebogen	psychiatrische Klinik
Lester M. Libo (1953)	u.a. die Messung der Zufriedenheit mit den Gruppengesprächen	projektiver Bildertest	Selbsthilfegruppen
Fisher et al. (1953)	Erfassung der Einstellung / Zufriedenheit von psychotischen Patienten mit der Elektrokrampftherapie	Interview & Bildererzähltest (10 Bilder)	psychiatrische Klinik (Elgin State Hospital)
Forgy & Black (1954)	Vergleich der Zufriedenheitswerte von non-direktiv (Gruupe A) und traditonelle (Gruppe B) beratenen Patienten (3 Jahre nach Beratungsende)	Fragebogen	Psychologische Beratungsstelle
Stanton & Schwarz (1954)	u.a. Beschreibung des Interaktionsgeschehens auf einer psychiatrischen Station sowie die Erfassung der Patientenperspektive	u.a. teilnehmende Beobachtung sowie Patienteninterviews	privat geführte psychiatrische Klinik
Greenblatt et al. (1955)	Eruierung positiver und negativer Patientenerfahrungen	Patienteninterviews	psychiatrische Klinik
Sewalll et al. (1955)	Messung der Einstellung/Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie	teilnehmende Beobachtung & Interviews	psychiatrische Klinik
Omneya Soulem (1955)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im allgemeinen (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Satzergänzungstest & Fragebogen	zwei psychiatrische Kliniken in Oregon
Koos (1955)	Ermittlung der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung sowie der Krankenhausbehandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Interviews	Bevölkerung der Stadt Metropolis
Vavra & Rainboth (1955, 1956)	Messung der Patientenzufriedenheit mit der Pflege	Patienten-zufriedenheits-fragebogen	Kurklinik

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Abdellah & Levine (1955, 1957a/b)	Ermittlung, wie zufrieden die Patienten mit der im Krankenhaus erhaltenen Pflegequalität sind	Patienten-zufriednheits-fragebogen (Checkliste)	allgemeines Krankenhaus (Pilotstudie 3 Kliniken; Hauptstudie 60 Kliniken)
Germaine Brunier (1956)	Befragung der Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt	unstrukturierte Patienteninterviews	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Walter Klopfer et al. (1956)	Messung der Einstellung/Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im allgemeinen (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Anwendung des von Soulem (1955) entwickelten Fragebogens	psychiatrische Klinik
Jacobson (1956)	Ermittlung des Behandlungserlebens sowie der Verbesserungsvorschläge Seitens der Patienten	Gruppendiskussion	psychiatrische Klinik
Nelson (1956)	Erfassung der Beratungszufriedenheit	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
Lester M. Libo (1957)	Ermittlung der Zufriedenheit des Patienten mit seinem Therapeuten	projektiver Bildertest	psychosomatische Klinik
Naboisek et al. (1957)	Erfassung der patientenseitigen Erfahrungen mit der stationären Behandlung (Hospital-Image)	Interviews	psychiatrische Klinik
Post (1957)	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Zufriedenheit von Kindern mit ihrem Krankenhausaufenthalt	Fragebogen	Kinderklinik
Grigg & Goodstein (1957, 1959)	u.a. Erfassung der Zufriedenheit mit dem Beratungsprozess	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
William Caudill (1958)	Ein Nebenziel dieser komplexen Studie bestand darin, die Meinungen der Patienten bezüglich ihrer stationären Behandlung zu erfassen	projektiver Bildertest / teilnehmende Beobachtung & Interaktions-prozessanalysen von Verwaltungs-konferenzen	psychiatrische Klinik
Institut für Demoskopie Allensbach (1958)	u.a. Ermittlung der Krankenkassen- und Krankenhauszufriedenheit (Meso-Patientenzufriedenheitsbefragung)	fragebogen-gestütztes Interview (der Zufriedenheitsgrad wurde auf einer VAS im Thermometer-Design eingeschätzt; interessant war darüber hinaus die Verwendung einer Bildvorlage)	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Wolfensberger (1959)	Erfassung der Einstellung und Zufriedenheit von Alkoholikern mit der psychiatrischen Klinik	Fragebogen	psychiatrische Klinik
Hermann Voigt (1959)	Erfassung der Patientenzufriedenheit	Patienten-zufriednheits-fragebogen	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Brady et al. (1959)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im all-gemeinen, dem Psychiater sowie der psychiatrischen Behandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	projektiver Bildertest	psychiatrische Kliniken
Renzinkoff et al. (1959)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im all-gemeinen, dem Psychiater sowie der psychiatrischen Behandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	projektiver Bildertest / Satzergänzungstest & zwei Fragebögen	psychiatrische Kliniken

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Frances M. Carter (1959)	Untersuchung, inwieweit die Patienten einerseits ihre Mitpatienten als therapeutisch hilfreich erleben und andererseits wie zufrieden sie mit eben jenen Mitpatienten waren	Critical Incident Technique	neuropsychiatrische Klinik
Francis M. Board (1959)	Bewertung der psychotherapeutischen Behandlung durch „gebesserte" und „nicht gebesserte" Patienten	Fragebogen	ambulante Psychotherapie

Tab. 58-60: Ausschnitt Systematische Patientenzufriedenheitsuntersuchungen zwischen 1887 und 1959[1]

[1] eigene Darstellung auf der Grundlage einer arbeitsamen Literaturrecherche in den bekannten medizinischen Datenbanken (u.a. pubmed und medline) sowie den Suchmaschinen *‚google buch'* und *‚google scholar'*.

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Max Winter (1898)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Verkleidung als Obdachloser)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	stationär untergebrachte obdachlose Menschen (Übernachtungsstelle)
Heinrich (1933)	Fragebogen („Rundschreiben")	50	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Manfred Heinze-Masfeld (1950)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Hasso Ziegler (1950)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Schulte (1950, 1951)	Patienteninterviews	k.A.	• die befragten Patienten äußerten mehrheitlich Kritik an der zeitlichen Verfügbarkeit der Psychiater („*Der Psychiater hat ja leider keine Zeit, um mich vollständig anzuhören*")	psychiatrische Patienten
Brunier (1956)	unstrukturierte Patienteninterviews	k.A.	• die Interviews wurden von einer Patientin geführt; • es zeigt sich eine hohe Unzufriedenheit der Patienten	allgemein-medizinische Patienten
Institut für Demoskopie Allensbach (1958)	semistandardisiertes Interview	3.780	• u.a. Einsatz eines Bildertests sowie einer visuellen Analogskala im Thermometerformat; • Patienten, die bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt dritter Klasse gelegen hatten, waren deutlich unzufriedener als Patienten der 1. oder 2. Klasse	allgemein-medizinische Patienten
Beske (1960)	Fragerbogen (assistierte Befragung)	563	• ca. 70% der Bewohner waren mit der Sie bergenden Institution zufrieden	Altenheim- und Pflegeheimbewohner
Schulte & Ploeger (1962)	Fragebogen	200	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Menzel (1963)	Inhaltsanalyse von insgesamt 1.000 Schulaufsätzen 9-11 jähriger Kinder zum Thema ‚Krankenhauserleben'	1.000	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinisch behandelte Kinder
Geiger (1964)	Patientenfragebogen & Bilderauswahltest	276	• interessant ist insbesondere die genutzte Methode des Bilderauswahltests, in dem die Patienten zwischen vier Wartezimmertypen das für Sie attraktivste/wohlbehaglichste auswählen sollten	zahnärztliche Patienten
Ernst (1964)	Fragebogen	171	• Patienten kritisierten, dass der Arzt zu wenig Zeit hatte; • nur ca. 50% der Patienten war mit der Behandlung (Hospitalisierung) zufrieden; • nur 1/3 der Patienten bewertete die ärztliche Behandlung als positiv	stationäre und ambulante Patienten mit neurotischer Erkrankung
Marcotty (1965)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.12	psychiatrische Patienten
Simon & Strotzka (1966)	Bildwertungstest	50	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	stationär behandelte Kinder (3 bis 9 Jahre)
Laurisch (1967)	Interviews	30	• hohe Zufriedenheitswerte (>80%)	allgemein-medizinische Patienten
Hemprich & Kisker (1968)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	31	• siehe Kapitel 3.1.1.12	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Sonnenberg (1969)	teilstandardisiertes Interview	65	• 62% der Befragten fanden die Klinik ideal oder fast ideal; • Mitpatienten wurden als positiv und hilfreich erlebt; • Die ideale Klinik sollte: ruhig, gepflegt und modern eingerichtet sein; • Die ideale Behandlung sollte freundlich, fürsorglich und individuell gestaltet sein	psychiatrische Patienten
Fischer (1969)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudo-mitarbeiter)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.12; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Minsel (1970)	Fragebogen	125	• Übersetzung und Einsatz des Strupp-Fragebogens sowie des Barrett-Lenard-Fragebogens	psychiatrische Patienten (ambulant)
Institut für Demoskopie Allensbach (1970) *Mesozufriedenheitsstudie*	semistandardisierte Interviews	2.042	• ältere Patienten sind mit dem Krankenhaus zufriedener als jüngere; • methodische Innovationen: - Wortassoziationstest zum Begriff Krankenhaus (37% denken zuerst an „Man kann sich nicht wehren, ist machtlos“) - Kartenspieltechnik - Bildertest • Patienten die in einem Neubau untergebracht waren, wiesen signifikant höhere Zufriedenheitswerte auf, als jene Patienten, deren Krankenbett im Altbau stand (Nachweis der Urteilskompetenz)	allgemein-medizinische Patienten
Goebels & Scheuerle (1970)	Fragebogen und Interviews	250	• die Patienten merkten kritisch an, dass der Arzt zu wenig Zeit für Sie gehabt hätte; • Suchtkranke waren besonders kritisch; • fast 2/3 der befragten Patienten äußerten den Wunsch, mehr über die verabreichten Medikamente zu erfahren; • Patienten beklagten die wenig individuelle Therapie; • die Visite wurde größtenteils als unverständlich erlebt	psychiatrische Patienten
Ernst & Ernst (1970)	Fragebogen	100	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse	psychiatrische Patienten
Liehr (1970)	Interviews	24	• EKT wurde negativ erlebt; • positive Bewertung der Psychopharmakabehandlung	psychiatrische Patienten
Looden (1971)	Interview & Fragebogen	451	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Rust (1971)	teilstandardisierter Fragebogen	161	• nur 2/5 der befragten Patienten beantwortete die Frage: „Können Sie sich hier im Krankenhaus wohlfühlen?“ positiv; • Frauen zeigten sich zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Siegrist (1972)	teilnehmende Beobachtung & Interviews	38	• die subjektiv erlebte Vistezeit wurde systematisch überschätzt	allgemein-medizinische Patienten
Gabor (1972)	Fragebogen	161	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Kindermann (1972)	Interview	60	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Engelhardt (1973)	Fragebogen	220	• Detailkritik trotz hoher Gesamtzufriedenheit	allgemein-medizinische Patienten
Kraft (1973)	standardisiertes Interview	100	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	internistische und chirurgische Patienten
Ernst & Egloff (1974)	Fragebogen	200	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Wirth (1974)	Fragebogen	198	• es wurden keine besonders aufschlussreiche Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Balke & Hinz (1974)	Fragebogen	150	• Frauen äußeren sich kritischer als Männer • Mitpatienten wurden als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Fisseni (1974)	Fragebogen (assistierte Befragung)	237	• die befragten Frauen, welche im Wohnheim untergebracht waren, äußersten sich zufriedener als jene, die mit dem Altenheim vorlieb nehmen mussten	ältere Frauen im Wohn-, Alten- und Pflegeheim
LaRoche & Ernst (1975)	Interviews	200	• neben den Patienten wurden auch 15 Ärzte dazu befragt, wie die Zufriedenheit der Patienten ihrer Meinung nach ausfalle; • Ärzte waren optimistscher als die Patienten; • Frauen urteilten kritischer als die Männer	psychiatrische Patienten
Schultze (1975)	Fragebogen	200	• mit zunehmender Bettzahl nahm die Zufriedenheit mit der Unterbringung deutlich ab; • Patienten der 3-Bettzimmer waren am zufriedensten	allgemein-medizinische Patienten
Stegers (1975)	Fragebogen	200	• männliche Patienten gaben kritischere Urteile ab; • ältere Patienten waren zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Böck (1975)	Fragebogen	558	• es wurden keine besonders aufschlussreiche Erkenntnisse erzielt	Kurpatienten
Gros (1975)	Fragebogen	k.A.	• trotz globaler Zufriedenheit mit dem Krankenhausessen, zeigte sich Detailkritik	allgemein-medizinische Patienten
Lorenz (1975)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kögel (1975)	Fragebogen	1.000	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Wallraff (1975)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Janssen (1976)	semistandardisiertes Interview	200	• Frauen waren in der Tendenz etwas kritischer als die befragten Männer	allgemein-medizinische Patienten
Kieswetter (1976)	strukturiertes Interview	155	• Frauen zeigten sich mit der Arbeitstherapie zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Weiss (1976)	teilnehmende Beobachtung als Pflegemitarbeiter	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Wanjek (1977)	Fragebogen	210	• abweichend zu den Ergebnissen analoger Studien schätzten die Patienten die Mitpatientengespräche als wenig hilfreich ein	psychiatrische Patienten
Espenschied (1977)	semistrukturelles Interview	100	• 84% der befragten Bewohner waren mit dem Heim zufrieden; • Zusammenhang zwischen Heimstruktur und Zufriedenheit: Je höher der Autonomiegrad der Bewohner (z.B. freie Zimmergestaltung, mehr Selbst- und Mitbestimmung, geringer Institutionalisierungsgrad etc.), desto wohler fühlten sich die Bewohner	Altenheimbewohner
Biermann-Ratjen et al. (1977)	Fragebogen	164	• hohe Versorgungszufriedenheit (91,4%); • Mitpatienten/Freunde wurden als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Krämer (1977)	Fragebogen	200	• hohe Zufriedenheit mit dem Zahnarzt (95%); • Verwendung von Polaritätsprofilen zur Einschätzung idealer Arzteigenschaften	zahnärztliche Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Klee (1977, 1978)	Patienteninterviews im Rahmen einer Radiosendung	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Kauf & Meerwein (1977) ---Schweiz---	Fragebogen	93	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Bartholomeyczik (1978, 1981)	Fragebogen		• Beurteilung des Pflegepersonals sowie der Ärzte mittels Polaritätsprofilen	allgemein-medizinische Patienten
Klapp & Scheer (1978)	Fragebogen	140	• Mitpatienten wurden überwiegend als hilfreich / positiv eingeschätzt; • 70% der Patienten hatten sich auf der Intensivstation wohl gefühlt	intensivmedizinisch betreute Patienten
Schmitz-Scherzer (1978)	Fragebogen (assistierte Befragung)	1.002	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	Altenheimbewohner
Infratest (1978, 1979) *Mesozufriedenheitsstudie*	Fragebogen	2.049	• ältere zufriedener als jüngere; • Unzufriedenheit mit der ambulanten Versorgung sowie der Versorgung an Sonn- und Feiertagen; • Der „gute Arzt" weist insbesondere zwischenmenschliche, psychosoziale Kompetenzen auf; • Arztwechsler waren unzufriedener als loyale Patienten	Bundesbürger ab 18 Jahren
Jelen et al. (1979)	Interview	30	• Besuche von Angehörigen wurde als Erleichterung und Hilfe zur psychischen Stabilisierung angesehen; • die Patienten kritisierten insbesondere die sachliche Umgebung (kahle Wände, künstliche Beleuchtung, kein Fensterblick); • Mitpatienten wurden überwiegend als positiv erlebt; • Einzelzimmer wurden abgelehnt; • Besonders wichtig war den Patienten die menschliche Betreuung	intensivmedizinisch betreute Patienten
Fischer (1979)	Fragebogen (assistierte Befragung)	228	• Bewohner von Heimen, die als ‚totale Institution' bezeichnet werden können, wiesen signifikant geringere Zufriedenheitswerte auf, als Bewohner von progressiven Heimen (mehr Selbstständigkeit, Partizipation usw.)	Altenheimbewohner
Haase (1979)	Fragebogen	k.A.	• Patienten schätzen die Beziehungen und Gespräche zu ihren Mitpatienten als überwiegend hilfreich ein	psychiatrische Patienten
Fleisch (1979)	Interview	104	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	alkoholabhängige Patienten
Raspe (1979)	Interviews	Studie I = 38; Studie II = 235; Studie III = 88	• 75% der befragten Patienten zeigten sich mit der vom Arzt erhaltenen Krankheitsaufklärung zufrieden; • trotz dieser ausgeprägten Global-PZ hab es Detailkritik; • methodische Erkenntnis: je globaler die Frage, desto höher die Zufriedenheitswerte; • Wichtigster Nachweis: negativer Einfluss von Unzufriedenheit auf physiologische Parameter (Puls-Atem-Frequenz)	allgemein-medizinische Patienten
Holzwarth (1979)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Behrens & Winter (1979)	Fragebogen	113	• die Patienten gaben an, dass Sie während ihres Krankenhausaufenthaltes besonders unter Einsamkeit (72%) und Langeweile (48%) litten	allgemein-medizinische Patienten
Jelen et al. (1979)	Interviews	30	• als besonders gesundheitsförderlich wurden die Angehörigenbesuche erlebt; • negativ wurde die sachlich-kühle Umgebung wahrgenommen	intensivmedizinisch betreute Patienten
Hardt (1980)	Fragebogen	203	• Frauen zufriedener als Männer	allgemein-medizinische Patienten
Schulte (1980)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Rossignon-Hodzode (1980)	Interviews	65	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	Altenheimbewohner
Stoß & Menardi (1980)	Interview & Maltest	57	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	stationär behandelte Kinder (5 bis 13 Jahre)
Volk & Hermes (1980)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Bröer & Elgeti (1980)	Interviews	26	• die stationäre Behandlung wurde von den befragten Patienten kritischer bewertet als die ambulante Behandlungsform	psychiatrische Patienten (ambulant)
Moßler (1981)	leitfadengestützte Interviews & projektiver Bildertest (insgesamt 14 Bilder)	120	• Mitpatienten werden als besonders hilfreich eingeschätzt; • Männer waren tendenziell unzufriedener; • die Patienten hatten untereinander nur wenig Kontakte; • jedoch wurden die vereinzelten Mitpatientenkontakte als positiv empfunden	psychiatrische Patienten
Themann (1981)	Fragebogen (assistierte Befragung)	618	• Frauen zufriedener als Männer mit dem Heimaufenthalt	Altenheimbewohner
Begemann-Deppe & Jacobi (1981, 1982)	halbstrukturierte Interviews	50	• die einzeltherapeutischen Gespräche wurden von den Patienten am hilfreichsten erlebt; • Patienten bevorzugten eher die Zimmer- statt der Gruppenvisite	psychiatrische Patienten
Siebert (1982)	Fragebogen	216	• Mitpatienten werden als besonders hilfreich eingeschätzt; • Frauen zeigten sich tendenziell zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Wolfsteller (1982)	Fragebogen	90	• etwa 2/3 der Fragen entnahm der Autor dem englischsprachigen Fragebogen von Strupp et al. 1969; • geringe Behandlungszufriedenheit (58,3%); • Patienten mit positiven Therapieergebniserwartungen waren zufriedener; • ältere Patienten waren zufriedener als jüngere	psychiatrische Patienten
Stocksmeier & Raith (1982)	Fragebogen	198	• hohe Zufriedenheitswerte (>75%); • Belastung: „Langeweile“	allgemein-medizinische Patienten
Ackermann (1982)	Fragebogen	554	• 57,2% der befragten Patienten wünschte sich die Abschaffung von geschlossenen Türen sowie der Gitter vor den Fenstern; • 52,7% der Patienten votierte für Krankenzimmer mit max. 2 Betten	psychiatrische Patienten
Langensee (1982)	Interview	90	• sehr hohe Gesamtzufriedenheit (89,8%)	Seniorenzentrum
Jelen et al. (1982)	unstrukturiertes Interview & standardisierter Fragebogen	42	• negative Eindrücke: u.a. kahle Wände, Blick aus dem Fenster nicht möglich; • positive, als hilfreich empfundene Faktoren: u.a. Besuche von Angehörigen; • interessant: selbst schwerstkranke Mitpatienten wurden nicht als Belastung erlebt	intensivmedizinisch betreute Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Mühlich-von Staden et al. (1982)	multimethodisches Studiendesign	90	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Langzeitpatienten
Neuerberger (1982)	Interview	31	• Patienten bewerteten insbesondere das Landeskrankenhaus, im Gegensatz zur Uni-Klinik und zur Reha-Klinik auffallend negativ	psychiatrische Patienten
Kläui (1982) ---Schweiz----	Fragebogen	160	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmied & Ernst (1983)	semistrukturierte Interviews	58	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Cramer & Holler (1983)	leitfadengestützte Interviews	106	• Patienten übten insbesondere am Tagesablauf im Krankenhaus Kritik (u.a. zuviel Hektik etc.); • interessante Ergebnisse zur patientenseitigen Einschätz ung der Charakteristika des ‚idealen Patienten'	allgemein-medizinische Patienten
Friese & Nissen (1983)	Fragebogen	100	• Kontakt zu anderen Kindern wurde als positiv erlebt; • die postalisch (1/2 Jahr nach Entlassung) befragten Kindern waren mit der Therapie tendenziell zufriedener als die am Entlassungstag befragten Kinder	psychiatrische Patienten (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Finke (1983a-c)	Interview	11	• Patienten äußerten aus Angst vor Repressalien keine Kritik an der Behandlung	Dialysepatienten
Wolfersdorf (1983)	Fragebogen	30	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Balz et al. (1983) sowie Balz (1984)	Fragebogen	200	• die Beziehungen zu den Mitpatienten wurden als belastend und wenig hilfreich empfunden; • ältere Patienten (>50 Jahre) waren zufriedener als jüngere Patienten (<50 Jahre)	psychiatrische Patienten
Young (1983)	Fragebogen	50	• mehrschrittiger Fragebogenentwicklungsprozess (umsichtige qualitative Explorationsphase)	psychiatrische Patienten
Hannich et al. (1983)	Fragebogen	157	• hohe Gesamtzufriedenheit; • als besonders positiv wurden die Besucherregelung, der Personalkontakt sowie die Krankheitsaufklärung eingeschätzt; • Mitpatienten wurden eher als positiv erlebt (Ablenkung, Trost usw.); • ältere Patienten wiesen geringere Zufriedenheitswerte als jüngere Patienten auf	intensivmedizinisch betreute Patienten
Sauer & Sauer (1983)	Fragebogen	101	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Klapp et al. (1984)	Fragebogen	24	• zur Einschätzung des Patientenerlebens auf der Intensivstation nutzen die Autoren ein Polaritätsprofil	intensivmedizinisch betreute Patienten
Götzner (1984)	Fragebogen	100	• Patienten kritisierten vermehrt die kurzen Sprechzeiten (Minutenmedizin) sowie die langen Wartezeiten	allgemein-medizinische Patienten
Schwediauer (1984) ---Österreich---	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pflegemitarbeiter	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Steinhausen (1984b)	Fragebogen	92	• 77,2% der Eltern war mit den erhaltenen Leistungen und Hilfen insgesamt zufrieden	Befragung von Eltern, deren Kinder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik stationär behandelt wurden
Kammerer et al. (1984)	Fragebogen	96	• Therapieabbrecher wiesen signifikant geringere Zufriedenheitswerte als die Nichtabbrecher auf	Befragung von Eltern, deren Kinder in einer Kinderpsychiatrie stationär behandelt wurden

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Kolck (1984)	Fragebogen	157	• Kontakt zu Mitpatienten und Angehörigen (Besucher) wurde als hilfreich empfunden	intensivmedizinisch betreute Patienten
Swertz (1984) sowie Swertz & Steininger (1987)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kammerer & Goebel (1985)	Fragebogen	74	• Detailkritik trotz hoher Globalzufriedenheit; • die Beziehungen zu den anderen Mitpatienten wurde als wichtig und sehr hilfreich eingeschätzt	jugendliche Psychiatrie-Patienten
Bühler & Bieber (1985)	Fragebogen	300	• ältere Patienten waren zufriedener; • Patienten mit Volkhochschulbildung waren zufriedener als Patienten mit höherem Bildungsniveau; • positiver Zusammenhang zwischen PZ und Informationsstand, d.h. Patienten die sich für informiert hielten waren zufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Kächele et al. (1985)	Fragebogen	100	hohe Globalzufriedenheit	psychiatrische Patienten
Hunzinger (1985)	semistandardisiertes Interview	102	• Mitpatienten wurden überwiegend als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Radtke & Wiese (1985)	Fragebogen	288	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztlich behandelte Patienten
Conrad (1985)	Fragebogen	k.A.	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Barolin (1985) ---Österreich---	Fragebogen	60	• hohe Zufriedenheitswerte (zw. 73-100%)	neurologische Patienten
Bunzel et al. (1985) ---Österreich---	Fragebogen	250	• hohe Zufriedenheitswerte	chirurgisch behandelte Patienten
Zimmer-Höfler & Tschopp (1985) ---Schweiz---	Interview	185	• die befragten Patienten kritisierten insbesondere die zu starre Hausordnung, die mangelhafte Vorbereitung auf die poststationäre Phase, das wenig geschulte Personal sowie den rauen Umgangsstil	drogenabhängige Patienten
Russ & Wohlmannstretter (1986, 1987)	Fragebogen	80	• ältere Patienten waren zufriedener; • Unzufriedenheit stieg mit höherem Bildungsabschluss	allgemein-medizinische Patienten
Krämer (1986)	Interviews	30	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	drogenabhängige Patienten
Schwer (1986)	Fragebogen	50	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Bacher (1987)	semistandardisierte Interviews	50	• Unzufriedenheit als primärer Grund des Arztwechsels	zahnärztliche Patienten
Schneider (1987)	Fragebogen	123	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Heitkamp (1987)	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pseudopatient	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Burghardt & Burghardt (1986)	Fragebogen	150	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Potthoff et al. (1987)	Fragebogen	215	• die PZ wurde zu 3 Messzeitpunkten erhoben: 1. Aufnahme (T1) 2. Entlassung (T2) 3. Nachsorge ca. 6 Wochen nach der Entlassung (T3) • hohe, konstante PZ-Werte	gynäkologisch operierte Patientinnen

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Derivaux et al. (1988) sowie Erzberger et al. (1989)	Fragebogen	453	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Wilke et al. (1988)	Fragebogen	82	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Böcker (1989)	Zufriedenheits-Fragebogen (Gesichterskala) & Stations-Beurteilungs-Bogen (SBB)	338	• Patienten, die noch in dem sanierungsbedürftigen Altbau untergebracht waren, äußerten sich hinsichtlich der sanitären Anlagen, den räumlichen Verhältnissen usw. deutlich kritischer als jene Patienten, die bereits im Neunbau beherbergt wurden (Nachweis der Urteilskompetenz)	psychiatrische Patienten
Schmied et al. (1989)	Fragebogen (ZUF-8)	6.865	• die „Fragebogenteilausfüller" wiesen höhere Zufriedenheitswerte auf	psychosomatische Patienten
Windgassen (1989)	semistrukturelles Interview	68	• Kontakt zu den Mitpatienten wurde von den meisten Patienten als sehr hilfreich eingeschätzt • die befragten Patienten äußerten den Wunsch nach mehr Einzeltherapiegesprächen	psychiatrische Patienten
Stahl (1989)	Interviews	35	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmelling-Kludas et al. (1989, 1991)	strukturiertes Interview	118	• die befragten Patienten monierten vornehmlich die im Krankenhaus obwaltende ‚Langeweile' sowie die unzureichende Aufklärung seitens der Ärzte; • u.a. die Freundlichkeit des Personals sowie die Mitpatienten erleichterten die Anpassung an den Krankenhausalltag; • ältere Patienten waren zufriedener; • Patienten, die wegen einer Erstmanifestation ihrer Erkrankung das Krankenhaus aufsuchten, waren unzufriedener als jene Patienten, die bereits vorher schon mal – mit derselben Diagnose – stationiert waren;	internistische und chirurgische Patienten
Knobloch & Stegmüller (1989)	Fragebogen (assistierte Befragung)	76	• 69,9% der Befragten waren der Meinung, dass Langeweile das größte Problem im Klinikalltag sei; • Frauen zufriedener; • jüngere kritischer; • privat Versicherte zufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Hesse (1989)	Interview	35	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	intensivmedizinisch betreute Patienten
Bossert et al. (1990)	Fragebogen	64	• der Kontakt zu den Mitpatienten wurde hinter den therapeutischen Einzelgesprächen am hilfreichsten eingeschätzt	psychiatrische Patienten
Draf (1990)	Fragebogen	120	• sehr hohe Gesamtzufriedenheit (95%)	gynäkologisch behandelte Patientinnen
Weber (1990)	Fragebogen	121	• hohe Gesamtzufriedenheit trotz Detailkritik; • Aussagen zur Reliablilität und Inhaltsvalidität	chirurgische Patienten
Barkowski (1990)	Fragebogen	50	• Patienten mit internalem Krankheitskonzept waren mit der Behandlung zufriedener als Patienten mit externalem Krankehitskonzept; • Patienten mit somatischen Behandlungserwartungen wiesen höhere Zufriedenheitswerte auf, als Patienten mit psychosozialen Behandlungserwartungen	psychiatrische Patienten (ambulante Psychosebehandlung)

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Felderhoff De Damlau (1991)	standardisiertes Interview	202	• 11,4% der Patienten hatte keine Erwartungen an die Behandlung; • die Gespräche mit den Mitpatienten wurde von ca. 70% der Patienten als sehr hilfreich empfunden	psychiatrische Patienten
Dewald (1991)	standardisiertes Interview	201	• neben den 202 Patienten wurden auch insgesamt 19 dazu befragt, wie die Zufriedenheit der Patienten ausfallen wird • Ergebnis: die Ärzte konnten die PZ recht genau einschätzen; wobei sie in der Tendenz eher geringere PZ-Werte vermuteten	psychiatrische Patienten
Kallert (1991)	Fragebogen	101	• intensive zwischenmenschliche Kontakte wurden von den befragten Patienten als am hilfreichsten für die Besserung ihrer Beschwerden eingeschätzt	psychiatrische Patienten
Kisch & Thilo (1991)	Fragebogen & Interview	236	• verhältnismäßig niedrige Gesamtzufriedenheitswerte (< 70%); • verheiratete Patienten zufriedener als ledige; • ältere Patienten zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Dederichs (1991)	Interviews	72	• hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung (91,8% *resp.* 84,7%)	intensivmedizinisch betreute Patienten
Käppeli (1991)	Interviews	40	• ein hoher Prozentsatz der Befragten hatte Angst vor möglichen Sanktionen bei kritischen Antwortverhalten (Sanktionsangst)	ältere, stationär behandelte Krankenhauspatienten
Rittmannsberger et al. (1991)	Fragebogen	56	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmidt (1992)	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Pseudopatient	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Priebe (1992)	Fragebogen	138	Nachweis der prädikativen Funktion initialpositiver Behandlungserfahrungen (Vorhersage des Therapieoutcomes)	psychiatrische Patienten
Klesse (1993)	Interviews	27	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Straub (1993)	Fragebogen	k.A.	• Übersetzung und Anwendung des Reporting-Fragebogens von CLEARY et al. 1991	stationär behandelte Krankenhauspatienten
Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (1993)	Fragebogen	862	• hohe Globalzufriedenheit von insgesamt 82,5%; • ältere Patienten waren zufriedener	stationär allgemeinmedizinisch behandelte Privatpatienten

Tab. 61-72: Sämtliche im Zeitraum zwischen 1898 und 1993 in (West-) Deutschland publizierten Patientenzufriedenheitsstudien[2]

[2] eigen Entwicklung auf der Basis einer minutiösen Literaturrecherche

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Voigt (1959)	Fragebogen	810	sehr hohe Gesamtzufriedenheit (97,8%)	allgemein-medizinische Patienten
Geißler (1964a/b)	Fragebogen	160 (100 Ärzte; 60 Pat.)	• jüngere Patienten bevorzugen einen partnerschaftlichen Kommunikationsstil des Arztes	allgemein-medizinische Patienten
Pflanz et al. (1966c)	Fragebogen	596	• keine besonders erwähnenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Trenkler (1969)	standardisiertes Interview	9.550	• sehr hohe Zufriedenheitswerte (>90%)	allgemein-medizinische Patienten
Harych et al. (1972a&b)	Fragebogen	898	jüngere Patienten zeigten sich unzufriedener; Männer waren tendenziell zufriedener als Frauen	allgemein-medizinische Patienten
Harych (1973)	Fragebogen	9.696	hohe Gesamtzufriedenheit; Patienten mit hoher Schulbildung zeigten sich kritischer	Hausarztpatienten
Harych et al. (1973)	Fragebogen	1.095	hohe Globalzufriedenheit von 88%; Frauen und ältere Patienten waren zufriedener; Befragte wünschten sich vermehr ein demokratisch-egalitäre Beziehungsverhältnis zu ihrem Arzt	Verwandte und Bekannte von Zahnmedizinstudenten welche in den vergangenen 12 Monaten mindestes einmal einen Arzt konsultiert hatten
Kurella (1975, 1976)	Fragebogen	3.185	Detailkritik trotz hoher Gesamtzufriedenheitswerte; Frauen unzufriedener als Männer; ältere zufriedener als jüngere; Berufstätige kritischer als Nicht-Berufstätige; Patienten mit hohem Bildungsstand unzufriedener als Patienten mit niedrigem Bildungsstand	allgemein-medizinische Patienten
Hübner & Hübner (1976)	Fragebogen	122	Nonresponderanalyse: der Vergleich zwischen Sofort-Antwortern und Nachzügler offenbarte keine Unterschiede in den jeweiligen PZ-Werten; Patienten, die bereits mehrere Krankenhausaufenthalte über sich ergehen lassen mussten, waren unzufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Erpenbeck et al. (1977a&b)	standardisiertes Interview	2153	• keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Glomb & Glomb (1979a) sowie Glomb et al. (1983)	Fragebogen	1.617	• neben den Patienten wurden auch noch ca. 450 Schwestern und Ärzte befragt; dabei zeigte sich, dass die Mitarbeiter insbesondere die sozialen und psychischen Bedürfnisse der Patienten unterschätzten; wobei die Schwestern besser ab schnitten als die Ärzte	allgemein-medizinische Patienten
Mikulas & Feige (1982)	standardisierte mündliche Interviews	456	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Löschner & Löschner (1982)	standardisierte mündliche Interviews	310	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Feldes et al. (1982)	Fragebogen	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Hoffmann et al. (1984)	Fragebogen	1.513	hohe Gesamtzufriedenheit; die Autoren konnten weder Geschlechts- noch Alterseffekte feststellen	allgemein-medizinische Patienten
Burghardt & Burghardt (1986)	Interview	1.324	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	zahnmedizinische Patienten
Bauer & Herzog (1988)	Fragebogen	520	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Rosner & Schlawin (1993)	Fragebogen	240	hohe Gesamtzufriedenheit (90%); ältere Patienten waren zufriedener als jüngere; Frauen zeigten sicht kritischer als Männer	allgemein-medizinische Patienten

Tab. 73-74: Patientenzufriedenheitsuntersuchungen in der ehemaligen DDR

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Heftner & Höller (1978)	Fragebogen	198	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	Rehabilitanden
Henrich et al. (1979)	Fragebogen (SEKT)	129	• Überprüfung der klassischen psychometrischen Gütekriterien; • der umfangreiche Fragebogen enthält neben den Items zum Stationsklima auch Fragen zur Einschätzung des Therapieprogramms	psychiatrisch erkrankte Patienten
Engesser et al. (1979)	Fragebogen	391	• ältere Patienten äußerten sic zufriedener; • weibliche Patienten zufriedener als Männer; • Patienten, die auf offenen einer offenen Station behandelt wurden, waren zufriedener als jene, die auf geschlossenen Stationen untergebracht waren; • Mitpatienten werden überwiegend als hilfreich bewertet	psychiatrisch erkrankte Patienten
Schwarz (1980)	Fragebogen & teilnehmende Beobachtung	194	• externe Validierung des SBB; • je größer die Schlafräume, desto mehr aktives, soziales Verhalten zeigte sich; • auf renovierten Stationen zeigten die Patienten ebenfalls mehr aktives, soziales Verhalten als auf unrenovierten Stationen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Fengler & Fengler (1980)	teilnehmende Beobachtung	k.A.	• siehe Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Vollmer & Henrich (1980)	Fragebogen (SEKT)	36	• jüngere Patienten (<24 Jahre) schätzen das Stationsklima schlechter ein als die älteren Patienten	opiatabhängige Patienten
Krampen & von Delius (1981a&b)	Fragebogen (KUS-1)	155	• die Autoren entwickelten einen generischen Fragebogen, der prinzipiell in allen therapeutischen (Klinik-)Umwelten eingesetzt werden kann; nicht auf psychiatrische Settings reduziert	allgemein-medizinische Patienten
Ellinghaus et al. (1981)	Fragebogen (WAS_{70} & WAS_{45})	63	• Übersetzung und Straffung der WAS	psychiatrisch erkrankte Patienten
Lortz (1981)	Fragebogen (SBB)	50	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Engel et al. (1983)	Fragebogen (SBB)	1007	• das Autorentrio übersetzte die WAS von Moos ins Deutsche; • ausgiebige Überprüfung der teststatistischen Güte des Instruments; • Tauglichkeitsüberprüfung einer Kontrollskala	psychiatrisch erkrankte Patienten
Mosch (1984)	narrative Interviews	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Weber (1984)	Fragebogen	135	• die Patienten bewerteten das Stationsklima schlechter als das Pflegepersonal	psychiatrische erkrankte Patienten
Bühler (1984)	u.a. teilnehmende Beobachtung & Interviews	28	• Aufdeckung hierarchischer Strukturen unter den Patienten; • Insassentypen: 1) Leaderin, 2) Motivierte, 3) Renitente und 4) Mitläuferin	suchtmittelabhängige Patientinnen
Krampen & Ohm (1985)	Fragebogen (KUS-2)	144	• Patienten, die ein höheres Maß an Unterstützung, Persönlichkeitsorientierung, Ordnung und Information erlebt hatten, waren zukunftsoptimistischer und wiesen bessere gesundheitliche Veränderungen in die gewünschte Richtung auf	Herzinfarktpatienten
Eichhorn (1987)	Fragebogen (SBB)	120	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische erkrankte Patienten
Pollack (1988)	Fragebogen (SK-F)	252	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Bauer & Herzog (1988) ---DDR---	Fragebogen	520	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Leibereich (1990)	Fragebogen (SBB) & Verhaltensbeobachtung („behavioral maps“)	78	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Wiedl & Schöttke (1988) sowie Schöttke & Wiedl (1990)	Fragebogen (SBB)	220	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Seiler (1990)	Fragebogen	155	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kisch & Thilo (1991)	Fragebogen & Interview	236	• verhältnismäßig niedrige Gesamtzufriedenheitswerte (< 70%); • verheiratete Patienten zufriedener als ledige; • ältere Patienten zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Floeth (1991)	teilnehmende Beobachtung	k.A.	• siehe Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.1	psychiatrisch erkrankte Patienten
Röhrle & Sessar (1991)	Fragebogen (SEBA)	61	• Überprüfung der klassischen psychometrischen Gütekriterien	alkoholabhängige Patienten
Leiberich et al. (1993)	Fragebogen (SBB)	78	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten

Tabelle 76-78: Deutsche Forschungsarbeiten zur empirischen Erfassung des Konstrukts ‚Stations-klima', die im Zeitraum zwischen 1970 und 1993 publiziert wurden[3]

[3] eigene Zusammenstellung und Analyse des Autor auf Grundlage einer ausgedehnten Literaturrecherche. Nach 1993 haben sich insbesondere die nachstehend notierten deutsprachigen Studien mit der validen Erfassung des ‚Stationsklimakonstrukts' in unterschiedlichen Klinikkontexten beschäftigt: GEBHARDT 1997; GEBHARDT & RADTKE 2003; GUTKNECHT 2005; KUNZE 1994; LINDEN et al. 2006; MITTAG 2001; MODESTIN & ABDEL-REHIM 1996; ORTH et al. 2000; RAHN 1996; SAMMET & SCHAUENBURG 1999; SCHALAST 2008; SCHALAST & REDIES 2005; SCHMIDT et al. 2003; SPIEßL et al. 2002a VIEWEG et al. 1996

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Eckert (1974), (1976); Schwartz (1975); Schwartz et al. (1978); Schwartz & Eckert (1976); Eckert et al. (1977), (1979a/b); Zielke (1980); Biermann et al. (1995)	Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB)	97	• Patienten, die von der Beratung nicht profitierten (ausbleibender Therapieerfolg) machten vom ersten Gesprächskontakt an signifikant schlechtere Erfahrungen mit der Beratung; • Patienten, die einen ausgeprägten Therapieerfolg aufwiesen, zeigten sich im Kontrast dazu bereits in den ersten Gesprächsstunden mit der Behandlung zufrieden; • die Autoren konnten somit nachweisen, dass der anfängliche Zufriedenheitsgrad eine robuste Prädikatorvariable zur Vorhersage des Therapieerfolgs darstellt	Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle
Lazarus (1978)	Patientenbericht über die Therapiesitzung (standardisierter Fragebogen)	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Mittag (1983)	Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Therapeuten-verhalten (FEPT)	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Lieater (1983); Lieater & Neirinck (1989)	Sitzungsbeurteil-ungsbogen	41	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Grawe (1987), (1989a), (1992b); Grawe et al. (1990a/b); Ambühl (1993); Grawe & Braun (1994); Ambühl et al. (1998)	Klienten-Stundenbogen (KSB)	k.A.	• die Therapiestundeneinschätzungen der Patienten (u.a. Zufriedenheit) erwiesen sich als robustere Vorhersagevariable des späteren Therapieerfolgs als die Beurteil der Therapie durch externe Beobachter oder durch den Therapeuten	psychiatrisch erkrankte Patienten
Schindler et al. (1989), (1990), (2003) sowie Schindler (1991), (1996)	Stundenbeurteilungs-bogen für Patienten (SB-K)	k.A.	• Überprüfung und Einlösung der konventionellen Gütekriterien	psychiatrisch erkrankte Patienten
Grawe et al. (1990)	Patientennachbe-fragungsbogen	80	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Rudolf (1991)	Skala zur Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) sowie Skala zur initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung (iTAB)	238	• Nachweis der prognostischen Validität	psychiatrisch erkrankte Patienten
Strauß et al. (1991a&b)	Fragebogen	125	• insgesamt kritische Bewertung der Therapiegespräche (nur 30% der Patienten zufrieden) • moniert wurde allen voran die passive Haltung des Therapeuten sowie der Mangel an konkreten Ratschlägen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Rossel (1994)	Nachbearbeit-Ungsbogen (NBB)	22	• siehe Kapitelpunkt 4.1	psychiatrisch erkrankte Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Bassler et al. (1995)	deutsche Version des ‚Helping Alliance Questionnaire' von Luborsky (1984)	239	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien; ● Patienten mit niedriger Schulbildung zeigten sich zufriedener mit der Beziehung zum Therapeuten; ● die initiale Therapieerfolgs- und Behandlungszufriedenheitseinschätzung erwies sich im stationären Setting als unsicheres Therapieergebnisprognosekriterium	psychiatrisch erkrankte Patienten
Höger & Eckert (1997); Höger (2002)	Bielfelder Klienten-Erfahrungsbogen (BI-KEB)	275	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien; ● allgemeine Unzufriedenheit mit der erlebten Therapiestunde steht insbesondere mit einem schlechten „Zurechtkommen mit dem Therapeuten" in engem Zusammenhang	psychiatrisch erkrankte Patienten
Petzold et al. (1998), (2000) sowie Petzold (2005); Böcker (2000) und Steffan (2002)	EAG-Stundenbogen	102	● Patienten, welche die Therapie erfolgreich abschlossen, fühlten sich in der therapeutischen Beziehung signifikant wohler als jene Patienten, die keine günstigen Therapieeffekte aufwiesen; ● anhand der Stundenbögen konnte der spätere Therapieerfolg bereits nach den ersten vier Stunden robust vorhergesagt werden	psychiatrisch erkrankte Patienten
Nischk et al. (2000)	Klientenstundenbogen	k.A.	● in erfolgreich eingeschätzten Beratungen erlebten die Klienten signifikant mehr Offenheit und Vertrauen zum Therapeuten als in weniger erfolgreichen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Linsenhoff (2000)	Klienten-Stundenbogen (KSB)	k.A.	● der Autor reduzierte den KSB von Grawe (1987) auf 9 Items	Schwangerschaftskonfliktberatung
Krampen & Wald (2001); Krampen (2002, 2005)	Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und –Beratung (STEP-P)	170 (I)	● theoriegeleitete Fragebogenkonstuktion (unspezifische Wirkfaktoren); ● Überprüfung und Einlösung der klassischen psychometrischen Gütekriterien; ● es zeigte sich, dass die Therapeuten die bei den Patienten vermutete Zufriedenheit häufig nicht angemessen einschätzten konnten	psychiatrisch erkrankte Patienten
Honermann (2002) Schiepek et al. (2001)	Fragebogen zur Retrospektiven Erfolgsbeurteilung (REB)	94	● erfolgreich behandelte Patienten erlebten während ihres stationären Aufenthaltes Bedingungen von Stabilität, Vertrauen und Sicherheit, welche es ihnen ermöglichte, sich auf angsteinflössende Destabilisierungsprozesse einzulassen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Kronmüller et al. (2003)	deutsche Version der ‚*Therapeutic Alliance Scales for Children*' von Shirk & Saiz (1992) namens ‚*Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche*' (FTB-KJ)	80	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien	Psychiatrisch behandelte Kinder und Jugendliche
Huber et al. (2003)	Fragebogen (u.a. Rückgriff auf den i-TAB von Rudolf 1991)	505	● je positiver die initiale Arbeitsbeziehung erlebt wurde, desto zufriedener zeigten sich die Patienten in der drei Monate nach dem Beratungsgespräch durchgeführten Katamnese	psychiatrisch erkrankte Patienten
Fuchs et al. (2003)	Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB)	210	● keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Braun (2003)	Kurz- und Minimalform des Berner Patientenstundenbogens von Grawe (1987)	85	● der Autor reduzierte den Stundenbogen von Grawe (1998) auf 19 (Kurzversion) und 4 Items (Minimalform), mit denen bereits nach der Fünften Therapiesitzung eine solide Prognose des Therapieerfolges erstellt werden kann	psychiatrisch erkrankte Patienten

Tab. XXX: Deutschsprachige Forschungsarbeiten zur Erfassung der ‚*(initialen) therapeutischen Beziehungsqualität*' sowie zur Erhebung des ‚*Post-Session-Outcomes*'[4]

[4] eigene Darstellung des Verfassers auf Grundlage der Literaturrecherche

Tabellen 35 bis 53: Analyse ausgewählter Studien zur empirischen Erfassung von Patientenerwartungen

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Schulte (1951)	Zentrale Untersuchungsfrage: „Wie sieht der Kranke überhaupt den Psychiater, was bedeutet er ihm in seiner Krankheit und für sein Leben?“	Patienteninterviews	k.A.	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Autor extrahiert aus dem Interviewmaterial insgesamt vier unterschiedliche Einstellungstypen der Kranken gegenüber dem Psychiater: 1) Auflehnung gegen die Autorität 2) Anerkennung der Autorität 3) Übersteigerte Zuwendung 4) Indifferenz ● Auf der Grundlage dieser Einstellungstypen lotete der Autor u.a. genesungshinderliche Beziehungserwartungen aus und diskutiert mögliche Interventionen zur Modifikation derselben	psychiatrische Patienten
Hofstätter (1963)	Messung der Erwartungen von Nicht-Psychologen (NP) an den Psychologen sowie die Erfassung des Selbstbildes von Psychologen (P) und der Einschätzung des Fremdbildes durch Nicht-Psychologen	Multimethodisches Erhebungsdesign: ● Fragebogen ● Polaritätsprofile ● Bilderwahl-Test	99 (NP) & 51 (P)	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die Nichtpsychologen erwarten vom Psychologen eine Art „geistige Elternpersönlichkeit“, die in sich die positiven Aspekte des Vaters (Führung), der Mutter (Geborgenheit) sowie der Intelligenz harmonisch vereinigt; ● Psychologen schätzten das Fremdbild negativer ein, als es realiter ausfiel	Nicht-Psychologen und Psychologen
Plaum (1968)	Erfassung von Krankheitstheorien sowie Behandlungserwartungen	Patientenfragebogen ● Krankheitstheorie (31 Items) ● Behandlungserwartungen (18 Items) ● die gesamte Testbatterie umfasste insgesamt 706 Items	30	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die am stärksten mit Erfolgserwartungen (bzw. am wenigsten) verknüpften Behandlungsformen sind in den Augen der Patienten: *a) stark* - Herausfinden der körperlichen Krankheit (80%) - Aufklärung des Zusammenhangs zwischen den Beschwerden und den seelischen Problemen (76%) - Schwierigkeiten im Gespräch klären (73%) - Gewinnen eines festen inneren Halts (70%)	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				- Ausarbeitung eines straffen Behandlungsplans (67%) - Hinzuziehung des Chefarztes (60%) - Verschreiben eines Kuraufenthaltes (53%) - Hemmungen ablegen (50%) *b) wenig* - Verbesserung der beruflichen Situation (20%) - häusliche Situation erträglicher gestalten (20%) - arbeitsunfähig schreiben (16%) Auf der Basis konnte PLAUM insgesamt drei unterschiedliche Einstellungstypen klassifizieren, die sich sowohl hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorien als auch bezüglich ihrer Behandlungserwartungen signifikant voneinander unterscheiden: ● I: Psychisch organisierter Typ; ● II: Körperlich organisierter Typ; ● III: durch psychosoziales Fehlverhalten charakterisierter Typ	
Marx (1973)	Ideale Behandlungselemente einer psychiatrischen Klinik aus der Perspektive der Bevölkerung	Fragebogen	409	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Auf die Frage: *„Im Krankenhaus für psychisch Kranke sollte es … geben“* antworteten die Befragten u.a.: - keine Zwangsjacken (78%) - keine Anstaltskleidung (92%) - keine Gummizellen (69%) - keine sinnlose Arbeitstherapie, im Sinne von Tütenkleben (71%) - freien Ausgang (62%) - freundliche 2- u. 3-Bett-Zimmer (97%)	psychiatrische Laien

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				- eine Turnhalle u. Kegelbahn für die Patienten (95%) ● Fazit des Autors: In der Bevölkerung existiert die Erwartung an eine humane, menschenwürdige Behandlung innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses, die allen Patienten die gleichen Chancen auf Rehabilitation einräumt	
Bommert et al. (1975)	Analyse der Auswirkungen präkonsumtiver Erwartungshaltungen auf das Therapie-Ergebnis	Erwartungsfragebogen für Klienten (EFK) ● 115 Items ● 5stufige Antwortskala	36	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Ausgeprägte Erwartungen in den Komponenten 1. „*Annahme eines aktiven / engagierten Psychotherapeutenverhaltens*“ sowie 2. „*Hoffnung auf offenes, persönliches Sich-aussprechen-Können*“ korrelierten signifikant mit einem positiven Therapieergebnis; ● Überzogene Annahmen (z.B. Vorstellung die Einzeltherapiestunde zeitlich nach belieben ausdehnen zu können) korrelierten negativ mit dem Therapieergebnis	psychiatrische Patienten
Waniek (1977)	Erfassung hilfreicher Behandlungsmaßnahmen aus der Perspektive der Patienten	Patientenfragebogen	210	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Am hilfreichsten schätzten die Patienten das ärztlichetherapeutische Gespräch und die Tagesmedizin ein; ● geringfügige Unterschiede hinsichtlich der Bedeutungszuweisung konnte der Autor zwischen den einzelnen Diagnosegruppen ausfindig machen; ● es zeigten sich jedoch keine Geschlechtseffekte	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Suckert-Wegert (1976)	Experimentelle Bestimmung des Einflusses vortherapeutischer Interventionen zur Modifikation dysfunktionaler Klientenerwartungen auf den Therapieerfolg einer Gesprächspsychotherapie	Fragebogen zur Erfassung der Klientenerwartungen in Bezug auf das Therapeutenverhalten ● der insg. 57 Items umfassfassende Fragebogen liegt in 2 Versionen vor: - Annahmeversion (Wird-Erwartung) - Wunschversion (Soll-Erwartung)	52	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Einfluss von Symptomen auf die Behandlungserwartungen: - Schüchterne und gehemmte Personen wünschten sich eher eine dominante, direktive Hilfsperson; - aktive, zuversichtliche und selbstbewusste Patienten strebten eher ein partnerschaftliches bzw. gleichberechtigtes Verhältnis zum Therapeuten an ● Die ausgewählten Modi zur Therapievorinformation (schriftlich via Text und akustisch via Tonband) erwiesen sich als nützlich, die Klientenerwartungen in die gewünschte Richtung zu verändern	psychiatrische Patienten
Scheer & Möller (1976a/b)	Erfassung der angenommenen Krankheitsursachen (Laienätiologie) sowie der Behandlungserwartungen (Laienindikation) von Studierenden (psycho. Beratung)	Fragebogen zur Genese der Beschwerden und zur Behandlungserwartung: • insgesamt 44 Items • 26 Items zur Genese • 18 Items Behansdlungserwartungen	80	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Der enge Zusammenhang zwischen Krankheitsursache und Behandlungserwartungen konnte nachgewiesen werden (angenommene Krankheitsursachen als erwatungsdeterminierende Größe)	Studierende in der psychotherapeutischen Beratung

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Halder (1977)	Untersuchung der Übereinstimmung oder Diskrepanz zwischen der allgemeinen Therapieerwartung von Laien und Patienten einerseits sowie verhaltenstherapeutischen Techniken andererseits	Multimethodisches Erhebungsdesign: ● Bewertung von Modellgesprächen ● Fragebogen zur Beurteilung des Therapeuten ● Fragebogen zur Eigenbereitschaft hinsichtlich Psychotherapie ● Ferner fanden insgesamt fünf erprobte psychodiagnostische Fragebögen Anwendung	In insgesamt vier Stichroben wurden alles in allem 321 Personen befragt (davon waren 213 Studenten und 108 alkoholkranke männliche Patienten)	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Sowohl die Studenten als auch die alkoholkranken Patienten bewerteten die Therapeutenhaltung ("Realismus" bzw. "gemäßigten Skeptizismus") signifikant negativer als die Haltungen Optimismus und Eigeninitiative; ● Respondenten, die ihrer Schulbildung zufolge der Unter- und Mittelschicht zuzurechnen sind, bevorzugen aktive und handlungsbezogene Therapievorschläge gegenüber rein einsichtsorientierten Methoden; ● Dagegen bevorzugen Personen mit hoher Schulbildung (Studenten) eher einsichtsorientierte Methoden	psychiatrische Patienten sowie studentische Respondenten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Biermann-Ratjen et al. (1977)	Erfassung wurde u.a. die Bewertung einzelner Therapiebausteine sowie die Wünsche der Patienten nach anderen Behandlungsverfahren	Patientenfragebogen	104	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Patienten geben eine extrem hohe Versorgungszufriedenheit an (91,4% fühlten sich sehr gut bzw. gut versorgt); ● Hinsichtlich der Wirksamkeitseinschätzung von insg. zehn unterschiedlichen Behandlungsmerkmalen gab es nur äußerst marginale Wertungsdifferenzen („Anspruchsinflation“); ● Bezüglich alternativer Therapieformen wünschten sich die Patienten primär eine “kurze, aber intensive stationäre Behandlung“	psychiatrische Patienten
Urban (1980)	Untersucht wurde u.a. die Erwartungen der Patienten an den gewünschten Therapeutenstil (human versus verwahrend)	Fragebogen	175	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Die Patienten wünschten eine Therapeutenhaltung die in einem mittleren Bereich zwischen custodialen und Humanitären Stil liegt; ● Jüngere Patienten wünschten sich eher eine humanitären Therapeutenhaltung, d.h. sie erhofften sich ein höheres Maß an Partizipation	psychiatrische Patienten
Robotham (1980)	Erfassung der Patientenerwartungen und Bildung charakteristischer Patientenerwartungsgruppen	Patientenfragebogen: ● 65 Items	361	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Die Autorin konnte mittels Clusteranalyse insgesamt drei unterschiedliche Gruppen von Erwartungshaltungen ausfindig machen: - I. Regressiv-unkritische Patienten (38%) - II. Durchschnittspatienten (25%) - III. emanzipiert-kritische Patienten (36%) ● Allgemeine Ergebnisse zu den Patientenerwar tungen: - 40% aller Patienten wünschten einen nicht-direktiven Behandlungsstil - 20% der Patienten wünschten primär Rat und Anleitung durch den Therapeuten	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Halder-Sinn et al. (1980)	Erfassung der patientenseitigen Behandlungserwartungen respektive Behandlungspräferenzen Zwecks differentieller Indikationsstellung (spezifische Therapiezuweisung)	Patientenfragebogen	115	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Patienten mit niedriger Schulbildung und geringerem Einkommen erwarteten eine Behandlung die vor allem aus Schonung, Anteilnahme und Zuwendung besteht (passive Patientenrolle); ● Patienten die eine psychotherapeutische Behandlung mit aktiver Beteiligung erwarteten, wiesen eine höheres formales Bildungsniveau auf; ● Patienten höheren Lebensalters erwarteten ein autoritär-parternalistisches Vorgehen des Therapeuten	psychiatrische Patienten
Waniek & Finke (1981 und 1983)	Einschätzung der Wichtigkeit einzelner psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus Patientensicht (vor Therapiebeginn)	Patientenfragebogen	160	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der als wichtig eingeschätzten Behandlungsmaßnahmen: 1) Einzelgespräche mit dem Arzt 2) Gruppengespräche 3) Gezielte Selbstentspannung 4) Gymnastik / Sport 5) Freizeitbeschäftigung 5) Ausruhen / Abschaltungen ● Auf den letzten Rangplatz der als wichtig erachteten Behandlungsmaßnahmen verwiesen die Patienten „Medikamente“; ● Alter, Geschlecht und testdiagnostische Variablen beeinflussten die Einstufungen der Patienten nicht signifikant; ● Sozialstatus und Diagnosegruppe erweisen sich jedoch als bedeutsame Einflussgrößen auf die Präferenzbildung	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Kappus (1982)	Erfassung der Patienten-erwartungen sowie Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Erwartungen und Krankheitsvorstellungen	Patientenfragebogen: ● Krankheitstheorie (36 Items; teilweise entnommen aus Plaum 1968 sowie Zenz & Keller 1978) ● Behandlungserwartungen (32 Items; ebenfalls partiell entliehen bei Plaum 1968 sowie Zenz & Keller 1978)	102	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der gehäuft an die Behandlung adressierten Erwartungen: - Psychotherapeutische Behandlung - Über den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und ihren Beschwerden aufgeklärt zu werden (96%) - Durch die Behandlung persönliche Schwierigkeiten zu lösen (91,1%) - Über die Krankheit berichten zu müssen (85,9%) - Benötigung einer langandauernden Behandlung (83,8%) - Aufbau von mehr Selbstvertrauen (83,2%) ● Hitliste der nur geringfügig auftretenden Behandlungserwartungen: - Hilfe durch Kuraufenthalt (43,1%) - Beratung in Ehe- und Familienangelegenheiten (37,6%) - Verordnung sich zu schonen (29,7%) - Mit Hypnose behandelt zu werden (29,7%) - Mit Tabletten behandelt werden (21,8%) - Ausstellung eines Attests zur Arbeits- bzw. Berufsunfähigkeit (18,8%) - Überwachung der Medikamenteneinnahme (9,1%)	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Wurm (1982)	u.a. Erfassung der Behandlungserwartungen	Patientenfragebogen	68	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Der Therapieerfolg war umso größer, je geringer die von den Patienten wahrgenommene Differenz zwischen der seinigen Problemdefinition und der des Therapeuten ausfiel	psychiatrische Patienten
Balz et al. (1983) sowie Balz (1984)	Einschätzung des Nutzen und der Wichtigkeit einzelner psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen aus Patientensicht	Patientenfragebogen ● 20 Items ● Vierstufige Antwortskala	200	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Hitliste der als hilfreich erlebten Therapieangebote: 1) Einzelgespräche 2) Medikamente 3) Beschäftigungstherapie 4) Gruppengespräche ● Hitliste der als hilfreich erlebten zwischen menschlichen Kontakte: 1) Sozialarbeiter 2) Ärzte und Pflegepersonal 3) Besuch von Freunden und Verwandten 4) Kontakte zu den Mitpatienten	psychiatrische Patienten
Dauwalder et al. (1984)	Messung der Zukunftserwartungen schizophrener Langzeitpatienten; Überprüfung der prädikativen Potenz des Konstrukts Zukunftserwartungen zur Therapieerfolgsvorhersage	Patientenfragebogen & halbstandardisiertes Interview	30	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: ● Positive, realtitätsbezogene Zukunftserwartungen (Themen: Wohnen und Arbeit) erwiesen sich als gute Rehabilitationserfolgsprädikatoren; ● Es erwies sich als schwierig, die Zukunftserwartungen der Patienten gezielt zu verändern; ● Zur Veränderung der Zukunftserwartungen des Patienten empfehlen die Autoren einen systematischen Einbezug der Angehörigen und Betreuer	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Schöl & Künsebeck (1984)	Erfassung der Behandlungs-erwartungen von Patienten des Konsiliardienstes sowie der Poliklinik	Patientenfragebogen ● 20 Items ● Vierstufige Antwortskala ● Modifikation des Frage-Bogens von *Plaum (1968)*	240	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Der Fragebogen erfasst inhaltlich zwei abgrenzbare Bereiche von Behandlungserwartungen: 1. Wunsch nach klassisch-organmedizinischer Versorgung; 2. Wunsch nach psychotherapeutischem Gespräch ● Die beiden untersuchten Patientengruppen wiesen signifikante Differenzen in ihren Behandlungserwartungen auf: - Patienten des Konsiliardienstes zeigten stärkere Erwartungen in Richtung organmedizinischer Versorgung; - Patienten der Poliklinik erwarteten in verstärktem eine psychotherapeutische Behandlung	psychosomat. Patienten
Glück (1985)	Erfassung der Patientenerwartungen zu Therapiebeginn (t1) und nach sieben Sitzungen (t2)	Patientenfragebogen: ● Zwei Versionen a 45 Items: 1. Realitätsaspekt: *Wie wird die Behandlung ablaufen?* 2. Wunschaspekt: *Wie soll die Behandlung ablaufen?* ● fünfstufige Antwortskala	t1:40 t2: 27	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Merkmale einer "idealen Psychotherapie": - Wunsch nach intensiver Mitbestimmung - Wunsch nach Kritik am Therapeuten - Wunsch nach Mitteilung der Diagnose und Erteilung von Ratschlägen durch den Therapeuten - Wunsch nach einer warmen Therapieatmosphäre - Wunsch nach einem verständnisvollem und einfühlsamen Therapeuten - Wunsch nach Selbst-Öffnung des Therapeuten - Wunsch nicht in erster Linie medikamentös behandelt zu werden	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				● Die prognostische Erwartung (*Behandlung wird helfen*) war bei den Therapieabbrechern signifikanter schlechter als bei den Therapie-fortsetzern; ● Die Abbrechergruppe wies insgesamt ein erhöhtes Maß an enttäuschten Erwartungen auf	
Linden (1987)	Untersuchung der Auswikungen positiven vs. negativer Medikamentenerwartungen auf die Compliance vs. Non-Compliance	Patientenfragebogen	55	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Die complianten Patienten unterschieden sich von den non-complianten Patienten insbesondere dadurch, dass sie bedeutend höhere positive Medikamtenwirkerwartungen aufwiesen; ● Negative Wirkerwartungen hielten sich bei beiden Untersuchungsgruppen die Waage	psychiatrische Patienten
Schneider et al. (1990)	Erfassung der Behandlungs-Erwartungen von Patienten	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP): ● Der FMP umfasst vier Skalen: 1. Krankheitserleben (11 Items) 2. Laienätiologie (8 Items) 3. Allgemeine Behandlungserwartungen (8 Items) 4. Erfahrungen u. Einstellungen bezüglich Psychotherapie (20 Items) ● siehe dazu zusammenfassend: Scheider (2002)	480	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Mittels Clusteranalyse konnten die Autoren insgesamt drei 3 Patientengruppen klassifizieren, die sich hinsichtlich ihrer Erwartungshaltung signifikant voneinander unterscheiden: 1. Der „Organpatient“ 2. Der „indifferente Patient“ 3. Der „Psychotherapiepatient“	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Euler (1990)	Erfassung von Krankheits-Theorien und Behandlungs-Erwartungen; Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Laienätiologie und Beandlungserwartungen	halbstandardisiertes Interview	55	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Hitliste der als hilfreich eingeschätzten Behandlungselemente: - Gespräche mit dem Therapeuten (N=49) - Anerkennung & Zuneigung (N=46) - Ablenkung & Geselligkeit (N=40) - Gespräche mit den Mitpatienten (N=35) - Ruhe (N=34) - Gespräche mit Familienangehörigen (N=30) - Medikamente (N=8)	psychiatrische Patienten
Schmidt (1990)	Erfassung der Patientenerwartungen bezüglich des Psychotherapieprozesses sowie der Psychophamakotherapie	Patientenfragebogen: • 44 Items • 6 Dimensionen	90	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> ● Je höher die soziale Schicht, desto weniger sprechen sich die Patienten für eine Verhaltenstherapie aus; ● Hinsichtlich des bevorzugten Therapeutengeschlechts gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und Patientinnen; ● Die Einzeltherapie findet *in puncto* Hilfserwartung die stärkste Zustimmung; ● Suchtpatienten weichen insofern von den Erwartungswerten der Gesamtstuchprobe ab, als dass sie sowohl die Gruppentherapie als auch die Gespräche mit Mitpatienten als besonders hilfreich einschätzen	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Tittor (1991)	Erfassung der Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen von Alkoholabhänigen	halbstandardisiertes Interview & Laientheoriefragebogen von Zenz et al. (1987)	63	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • 76% der Patienten gaben als Ursache der Alkoholabhängigkeit die eigene Person an; • 21% machen psychosoziale Umstände verantwortlich; • 2% führten ihre Sucht auf körperliche Erkrankungen zurück; • als besonders hilfreich erachteten die Patienten insbesondere die Gespräche mit dem Therapeuten (84%) sowie die Gespräche mit den Mitpatienten (78%); • signifikante Einflüsse der Laientheorie auf die Erwartungsbildung konnten festgestellt werden	psychiatrische Patienten
Peters & Löwenberg (1993)	Untersuchung der Behandlungserwartungen; Ermittlung von Patientengruppen mit je spezifischen Erwartungen; Überprüfung des Einflusses von soziodemographischen Variablen auf die Erwartungshaltung	Patientenfragebogen • 45 Items • Modifikation des Fragebogens von Ferscheing (1981)	142	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Rangfolge der an die psychosomatische Behandlung adressierten Erwartungen (Faktorenanalyse): 1. Problemlösende Behandlungserwartungen 2. Beschwerdeorientierte Behandlungserwartungen 3. Erwartungshaltung nach Ruhe und Erholung 4. Erwartung nach Sozialkontakten • die Variablen Alter und Bildung hatten einen signifikanten Einfluss auf die Erwartungshaltung: - Ältere Patienten waren im Vergleich zu jüngeren stärker beschwerdeorientiert; - Patienten mit Abitur wiesen im Vergleich zu Patienten mit niedriger Schulbildung eine höhere problemlösende Erwartungshaltung auf; • Mittels Clusteranalyse konnten die Autoren vier Patientengruppen mit je unterschiedlichen Erwartungshaltungen bilden: 1. Psychotherapiepatienten; 2. ‚Unersättliche' Patienten; 3. Kurpatienten; 4. Unmotivierte Patienten	psychosomat. Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Sennekamp & Hautzinger (1994)	Überprüfung ob die Therapieerfolgserwartungen vor Behandlungsbeginn einen prognostisch bedeutsamen Faktor des Therapieerfolges darstellen	Patientenfragebogen („Erwartungs-BDI“)	62	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Der erwartete Zusammenhang zwischen Therapieerwartungen und -erfolg konnte nicht bestätigt werden	psychiatrische Patienten
Finke et al. (1995)	Erfassung von Therapiezielen, Wünschen und Erwartungen an das Therapeutenverhalten sowie Frage nach der bevozugten Therapieform (Einzel- oder Gruppentherapie)	Therapieerwartungsbogen (*TEB*)	202	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Primäres Behandlungsziel: Steigerung von Lebensmut und Selbstvertrauen; • Erwartungen an die Therapeutische Beziehung: Patienten wünschten sich eine aktive, problemorientierte Grundhaltung des Therapeuten (aktiv, soll an die Stärken des Patienten glauben, sollte wie ein verständnisvoller Freund sein); • es zeigten sich teilweise signifikante Unterschiede in den Erwartungshaltungen in Abhängigkeit von Diagnose und Geschlecht; • zur Bearbeitung sehr persönlicher und tabuisierter Themen sowie belastender Probleme bevorzugen die Patienten Einzelgespräche	psychiatrische Patienten
Adler et al. (1996)	Bestimmung des Prädikatorwertes von subjektiven Krankheitstheorien u. Behandlungserwartungen sowie Gegenüberstellung der Patienten- und Therapeutenperspektive	Krankheitskonzeptbogen (KKB): • subjektive Krankheitsursache (26 Items) • Behandlungserwartungen (18 Items) • siehe dazu Plaum (1968) und Scheer et al. (1976)	56	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Patientenerwartungen an die Therapie („*top five*“): 1. Schwierigkeiten in Gesprächen klären; 2. psychische Zusammenhänge erkennen lernen; 3. Selbstvertrauen gewinnen; 4. familiäre Situation klären; 5. Lustlosigkeit überwinden • Behandlungserwartungen von Patienten und Therapien unterschieden sich nur minimal (so platzierten die Therapeuten bspw. die Erwartung ‚Lustlosigkeit überwinden’ entgegen der Patienten nur auf Platz 10)	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Beutel & Bleichner (1998)	Analyse von schriftlichen Patientenbeschwerden hinsichtlich dem Gegenstand der Beschwerde, den Behandlungserwartungen sowie der erlebten Arzt-Patient-Beziehung (Rückschlüsse ziehen)	Inhaltsanalyse von schriftlichen Patientenbeschwerden	29	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Im Vordergrund der Beschwerden standen Kritiken an der medizinischen Betreuung (69%) sowie der psychischen Betreuung (50%); • Beschwerden über die Servicequalität kamen nur äußerst selten vor; • Die Mehrzahl der Beschwerdeführer wies passiv-rezeptive „*Kur- und Erholungserwartungen*“ auf (Kritik der aktiven Patientenrolle, zu wenig ‚Zerstreuungsangebote’ etc.)	psychiatrische Patienten
Faller (1998)	Untersuchung der Behandlungserwartungen; Ermittlung von Patientengruppen mit je spezifischen Erwartungen; Überprüfung des Einflusses von soziodemographischen Variablen auf die Erwartungshaltung	Patientenfragebogen • 17 Items • Eine explorative Faktorenanalyse extrahierte vier unterschiedliche Dimensionen: 1. Interpersonelle-, 2. einsichtsorientierte-, 3. passive- und 4. somatische Behandlungserwartungen	195	<u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie:</u> • Die Reihenfolge der Behandlungserwartungen von Psychotherapiepatienten gemäß ihrer subjektiven Bedeutsamkeit: 1. Zusammenhang zw. seelischen Problemen und Beschwerden entdecken; 2. in Gesprächen meine Schwierigkeiten klären; 3. Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen; 4. mehr Selbstvertrauen gewinnen; 5. die eigentliche körperliche Ursache herausfinden; 6. (…) 7. (…) 17. Medikamente (*letzte Platz der Liste*) • Zusammenhang zw. Behandlungserwartungen und soziodemographischen Variablen: - Je älter die Patienten desto stärker ausgeprägt sind passive und somatische Behandlungserwartungen; - Je niedriger die Schulbildung desto stärker der Wunsch nach somatischer Behandlung	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Höger (1999)	Erfassung von Bindungsstilen	Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE): • 32 Items • Faktorenanalytisch konnten drei Dimensionen identifiziert werden: 1. Akzeptanzprobleme 2. Öffnungsbereitschaft 3. Zuwendungsbedürfnis	374	Bedeutendste Ergebnisse der Studie: • Vermittels einer Clusteranalyse konnte *Höger* fünf unterschiedliche Bindungsstile ermitteln: 1. Sicher 2. Vermeidend-verschlossen 3. Vermeidend-kooperativ 4. Ambivalent-anklammernd 5.Ambivalent-verschlossen	psychiatrische Patienten
Spießl et al. (1999a & 2002b)	Studie 1999: • Erfassung von Patienten-vorstellungen an eine „ideale“ stationär-psych-iatrische Behandlung Studie 2002b: • Ermittlung der Patienten-erwartungen an eine psy-chiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrank-enhaus	Fragebogen zur Erfassung von Patientenerwartungen und –zu-friedenheit: • Auf der Grundlage von 38 Einzelinterviews entwickelt • Fragebogen umfasst 39 Items; sechsstufige Antwortskalen: Wichtigkeit & Zufriedenheit	59 sowie 91	Bedeutendste Ergebnisse der Studie 1999a: • Folgende Behandlungsmerkmale wurden von den Patienten als besonders wichtig eingestuft: - erfolgreiche Therapie - Wahrung der Menschenrechte - einfühlsame Ärzte - fachlich kompetente Ärzte - freier Ausgang - freundliche Mitarbeiter • Wichtigkeitseinschätzung weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose • Differenzen zwischen der Selbst- und Fremdein-schätzung: - Die Bedeutung des freien Ausgangs, der Mitspra-chemöglichkeiten bei der Therapie sowie der Rücksichtsnahme unter den Patienten wurde von den Therapeuten (n=43) unterschätzt • Bemerkenswerte Erkenntnis: Die Autoren überprü-ten, inwieweit sich die von den Patienten als wichtig eingestuften Behandlungselemente in den deutsch-sprachigen Instrumenten zur Patientenzufriedenheit wieder finden; dabei gelangten sie zu der Einsicht,	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
				dass insbesondere der Bereich der Patientenautonomie in den Fragebögen zur Patientenzufriedenheit trotz seiner Bedeutung für die Patienten bislang kaum berücksichtigt worden ist (*mangelhafte Inhaltsvalidität*) <u>Bedeutendste Ergebnisse der Studie 2002b:</u> • Keine Unterschiede in den Patientenerwartungen zur obig beschrieben Studie 1999a; • die Diagnose hat getreu der Studie von 1999a keinen Einfluss auf die Erwartungshaltungen der Patienten	
Berghofer et al. (2000)	Allgemeine Erfassung der Behandlungserwartungen sowie Klärung unterschiedlicher Fragestellungen u.a. zum Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Erwartungen sowie der Zusammenhang zw. Erwartungen u. Therapieergebnis	Fragebogen zur Erfassung der Patientenerwartungen	425	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Medikamente und therapeutische Gespräche wurden von den Patienten als wichtigste Behandlungsmaßnahmen gesehen • Diagnosegruppen hatten Einfluss sowohl Einfluss auf die Wichtigkeitsbeurteilungen als auch auf die Behandlungserwartungen • Nur 21 Patienten (5%) gaben an keine Erwartungen an ihre Behandlung zu haben • Erwartungen erwiesen sich als zeitstabil (1 Jahres-Katamnese) • Höhere Erwartungen führten zu keinem besseren Therapieergebnis	psychiatrische Patienten
Lang et al. (2002)	Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Zukunftserwartungen und Krankheitsverlauf	Patientenfragebogen	425	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Der Vermutete Zusammenhang, demnach positive Zukunftserwartungen den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen, konnte verifiziert werden	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Fleischmann (2003)	Der Autor untersuchte u.a. die Hilfserwartungen der Patienten an unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen sowie das Ausmaß des Parizipationswunsches der Patienten an der Gestaltung des Therapieplans	Patientenfragebogen	209	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Rund 20% der Patienten äußerte keinerlei Erwatungen an die Behandlung; • Hinsichtlich der Erwartungen an ‚verbale Therapieformen erhofften sich die Patienten neben den Gesprächen mit den therapeutischen Personal in erstaunlich hohen Maße von den Gesprächen mit den Mitpatienten einen positiven therapeutischen Effekt • Bezüglich der Erwartungen an Aufklärung und Mitwirkung gaben 69,1% der Patienten an, bei der Therapieplanung mitwirken zu wollen und insgesamt 74,1% der Patienten äußerten den Wunsch, über die Therapie aufgeklärt werden zu wollen	psychiatrische Patienten
Unterecker (2003)	Untersuchung des Einflusses von Symptomatik, Alter und Schulbildung auf die Behandlungserwartungen	Einsatz des von Faller (1998) entwickelten Erwartungsfragebogens	756	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Sowohl ältere Patienten als auch Patienten mit niedriger Schulbildung wiesen zumeist somatisch orientierte Behandlungserwartungen auf	psychiatrische Patienten
Schulte (2005)	Entwicklung eines Frage-Bogen zur Messung der Erfolgserwartung sowie der ‚Therapiepassung’	„Patientenfragebogen zur Therapieerwartung u. Therapieevaluation (PATHEV)“	581	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Ausgeprägte Erfolgserwartungen der Patienten an die Therapie (Faktor 1: Hoffnung) erweisen sich als guter Prädikator des Therapieergebnisses;	psychiatrische Patienten

Autoren und Studienjahr	Vorrangige Erhebungsziele	Erhebungsinstrumentarium	N	Zentrale Unersuchungsergebnisse	Befragte
Radlinger (2006)	Erfassung der Patientenerwartungen	Fragebogen zur Erfassung von Patientenerwartungen und –zufriedenheit (vgl. Spießl et al. 1999a): • Fragebogen umfasst 39 Items; • sechsstufige Antwortskala (Wichtigkeit & Zufriedenheit)	253	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> Die nachfolgend aufgelisteten Items wurden von mehr als 50% der Patienten mit „sehr wichtig“ bewertet: • Erfolgreiche Therapie (73,5%) • Wahrung der Menschenrechte (62,5%) • Kontakt zur Familie (61,7%) • Wirksame Medikamente (61,3%) • Fachliche kompetente Ärzte (58,5%) • Einfühlsame Ärzte (57,3%) • Freundliche Mitarbeiter (56,5%) • Freundliches Pflegepersonal (55,7%) • Ärzte die sich kümmern (54,2%) • Angenehme Atmosphäre (53,8%) • Freier Ausgang (53,8%) • Vorbereitung auf die Entlassung (52,2%)	psychiatrische Patienten
Delsignore et al. (2006 & 2008) sowie Delsignore (2009)	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der therapiebezogenen Kontrollerwartungen des Patienten	Patientenfragebogen (TBK)	221	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Patienten mit hohen internalen Kontrollerwartungen wiesen eine stark ausgeprägte Handlungsbereitschaft bzw. Anerkennung der Wichtigkeit einer aktiven Teilnahme sowie höhere Selbstwirksamkeitserwartungen auf	psychiatrische Patienten
Hapkemeyer et al. (2008)	Erfassung von patientenseitigen Qualitätskriterien (Erwartungen an eine gute Psychotherapie)	teilstandardisiertes Leitfadeninterview	8	<u>Bedeutendste Ergebnisse:</u> • Die Aussagen der Patienten wurden zu insgesamt 22 Qualitätskriterien zusammengefasst; • Unabhängig von der Therapieform erwarten die Patienten eine therapeutische Grundhaltung, die u.a. durch Anpassung an die Sichtweise der Patienten, Zurücknahme der eigenen Person, Empathie, Respekt und Interesse	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Nellie Bly (1887)	Beschreibung des Alltags sowie des Befindens der Patientinnen in einem psychiatrischen Krankenhaus	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatientin)	geschlossene psychiatrische Anstalt für Frauen auf Blackwell's Island
Max Winter (1898)	Eruierung der Zustände in den Obdachlosenasyslen sowie der Zufriedenheit der Nutzer mit diesen Nachtasyslen	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Verkleidung als Obdachloser)	Odachlosenasysle in Wien und Berlin
Gottlieb Hägi (1894)	Schilderung der menschenverachtenden Zustände in der psychiatrischen Klinik ‚Burghölzi'	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	psychiatrische Klinik ‚Burghölzi'
Heinrich (1933)	Erfassung der Zufriedenheit mit dem Praxis-Empfang (Ausstattung usw.)	Fragebogen („Rundschreiben")	Zahnarztpraxis
Manfred Heinze-Masfeld (1950)	Beschreibung des inhumanen Alltags in einer psychiatrischen Klinik	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	psychiatrische Landesheilanstalt Eichberg
Hasso Ziegler (1950)	Beschreibung des inhumanen Alltags in einer psychiatrischen Klinik	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	psychiatrische Klinik in Berlin
Walter Schulte (1950)	Wahrnehmung und Bewertung des Psychiaters aus Patientensicht	Interview	psychiatrische Klinik
Barahal et al. (1950)	Vergleich der Zufriedenheitswerte von non-direktiv (Gruppe A) und traditionelle (Gruppe B) beratenen Patienten	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
Charlotte Green Schwartz et al. (1951)	Beobachtung und Analyse von Patientenforderungen und den zufrieden oder unzufriedenstellenden Reaktionen des Stationspersonals	teilnehmende Beobachtung & Interviews	psychiatrische Klinik (Frauenstation)
William Caudill et al. (1952)	Beschreibung des Klinikerlebens aus der Patientenperspektive	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	privat geführte psychiatrische Klinik
István Benedek (1952)	Untersuchung, wie zufrieden die Patienten mit ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik sind	Patienten-zufriedenheits-fargebogen	psychiatrische Klinik
Lester M. Libo (1953)	u.a. die Messung der Zufriedenheit mit den Gruppengesprächen	projektiver Bildertest	Selbsthilfegruppen
Fisher et al. (1953)	Erfassung der Einstellung / Zufriedenheit von psychotischen Patienten mit der Elektrokrampftherapie	Interview & Bildererzähltest (10 Bilder)	psychiatrische Klinik (Elgin State Hospital)
Forgy & Black (1954)	Vergleich der Zufriedenheitswerte von non-direktiv (Gruupe A) und traditonelle (Gruppe B) beratenen Patienten (3 Jahre nach Beratungsende)	Fragebogen	Psychologische Beratungsstelle
Stanton & Schwarz (1954)	u.a. Beschreibung des Interaktionsgeschehens auf einer psychiatrischen Station sowie die Erfassung der Patientenperspektive	u.a. teilnehmende Beobachtung sowie Patienteninterviews	privat geführte psychiatrische Klinik
Greenblatt et al. (1955)	Eruierung positiver und negativer Patientenerfahrungen	Patienteninterviews	psychiatrische Klinik
Sewalll et al. (1955)	Messung der Einstellung/Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie	teilnehmende Beobachtung & Interviews	psychiatrische Klinik
Omneya Soulem (1955)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im allgemeinen (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Satzergänzungstest & Fragebogen	zwei psychiatrische Kliniken in Oregon
Koos (1955)	Ermittlung der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung sowie der Krankenhausbehandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Interviews	Bevölkerung der Stadt Metropolis
Vavra & Rainboth (1955, 1956)	Messung der Patientenzufriedenheit mit der Pflege	Patienten-zufriedenheits-fragebogen	Kurklinik

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Abdellah & Levine (1955, 1957a/b)	Ermittlung, wie zufrieden die Patienten mit der im Krankenhaus erhaltenen Pflegequalität sind	Patienten-zufriednheits-fragebogen (Checkliste)	allgemeines Krankenhaus (Pilotstudie 3 Kliniken; Hauptstudie 60 Kliniken)
Germaine Brunier (1956)	Befragung der Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt	unstrukturierte Patienteninterviews	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Walter Klopfer et al. (1956)	Messung der Einstellung/Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im allgemeinen (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	Anwendung des von Soulem (1955) entwickelten Fragebogens	psychiatrische Klinik
Jacobson (1956)	Ermittlung des Behandlungserlebens sowie der Verbesserungsvorschläge Seitens der Patienten	Gruppendiskussion	psychiatrische Klinik
Nelson (1956)	Erfassung der Beratungszufriedenheit	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
Lester M. Libo (1957)	Ermittlung der Zufriedenheit des Patienten mit seinem Therapeuten	projektiver Bildertest	psychosomatische Klinik
Naboisek et al. (1957)	Erfassung der patientenseitigen Erfahrungen mit der stationären Behandlung (Hospital-Image)	Interviews	psychiatrische Klinik
Post (1957)	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Zufriedenheit von Kindern mit ihrem Krankenhausaufenthalt	Fragebogen	Kinderklinik
Grigg & Goodstein (1957, 1959)	u.a. Erfassung der Zufriedenheit mit dem Beratungsprozess	Fragebogen	psychologische Beratungsstelle
William Caudill (1958)	Ein Nebenziel dieser komplexen Studie bestand darin, die Meinungen der Patienten bezüglich ihrer stationären Behandlung zu erfassen	projektiver Bildertest / teilnehmende Beobachtung & Interaktions-prozessanalysen von Verwaltungs-konferenzen	psychiatrische Klinik
Institut für Demoskopie Allensbach (1958)	u.a. Ermittlung der Krankenkassen- und Krankenhauszufriedenheit (Meso-Patientenzufriedenheitsbefragung)	fragebogen-gestütztes Interview (der Zufriedenheitsgrad wurde auf einer VAS im Thermometer-Design eingeschätzt; interessant war darüber hinaus die Verwendung einer Bildvorlage)	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Wolfensberger (1959)	Erfassung der Einstellung und Zufriedenheit von Alkoholikern mit der psychiatrischen Klinik	Fragebogen	psychiatrische Klinik
Hermann Voigt (1959)	Erfassung der Patientenzufriedenheit	Patienten-zufriednheits-fragebogen	allgemeinmedizinisches Krankenhaus
Brady et al. (1959)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im all-gemeinen, dem Psychiater sowie der psychiatrischen Behandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	projektiver Bildertest	psychiatrische Kliniken
Renzinkoff et al. (1959)	Messung der Einstellung / Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der Institution Psychiatrie im all-gemeinen, dem Psychiater sowie der psychiatrischen Behandlung (Meso-Zufriedenheitsbefragung)	projektiver Bildertest / Satzergänzungstest & zwei Fragebögen	psychiatrische Kliniken

Autor(en) / Jahr	Untersuchungsziel	Methode	untersuchtes Arbeitsfeld
Frances M. Carter (1959)	Untersuchung, inwieweit die Patienten einerseits ihre Mitpatienten als therapeutisch hilfreich erleben und andererseits wie zufrieden sie mit eben jenen Mitpatienten waren	Critical Incident Technique	neuropsychiatrische Klinik
Francis M. Board (1959)	Bewertung der psychotherapeutischen Behandlung durch „gebesserte“ und „nicht gebesserte“ Patienten	Fragebogen	ambulante Psychotherapie

Tab. 56-58: Systematische Patientenzufriedenheitsuntersuchungen zwischen 1887 und 1959[1]

[1] eigene Darstellung auf der Grundlage einer arbeitsamen Literaturrecherche in den bekannten medizinischen Datenbanken (u.a. pubmed und medline) sowie den Suchmaschinen *‚google buch‘* und *‚google scholar‘*.

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Max Winter (1898)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Verkleidung als Obdachloser)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	stationär untergebrachte obdachlose Menschen (Übernachtungsstelle)
Heinrich (1933)	Fragebogen („Rundschreiben")	50	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Manfred Heinze-Masfeld (1950)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Hasso Ziegler (1950)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Schulte (1950, 1951)	Patienteninterviews	k.A.	• die befragten Patienten äußerten mehrheitlich Kritik an der zeitlichen Verfügbarkeit der Psychiater („*Der Psychiater hat ja leider keine Zeit, um mich vollständig anzuhören*")	psychiatrische Patienten
Brunier (1956)	unstrukturierte Patienteninterviews	k.A.	• die Interviews wurden von einer Patientin geführt; • es zeigt sich eine hohe Unzufriedenheit der Patienten	allgemein-medizinische Patienten
Institut für Demoskopie Allensbach (1958)	semistandardisiertes Interview	3.780	• u.a. Einsatz eines Bildertests sowie einer visuellen Analogskala im Thermometerformat; • Patienten, die bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt dritter Klasse gelegen hatten, waren deutlich unzufriedener als Patienten der 1. oder 2. Klasse	allgemein-medizinische Patienten
Beske (1960)	Fragerbogen (assistierte Befragung)	563	• ca. 70% der Bewohner waren mit der Sie bergenden Institution zufrieden	Altenheim- und Pflegeheimbewohner
Schulte & Ploeger (1962)	Fragebogen	200	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Menzel (1963)	Inhaltsanalyse von insgesamt 1.000 Schulaufsätzen 9-11 jähriger Kinder zum Thema ‚Krankenhauserleben'	1.000	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinisch behandelte Kinder
Geiger (1964)	Patientenfragebogen & Bilderauswahltest	276	• interessant ist insbesondere die genutzte Methode des Bilderauswahltests, in dem die Patienten zwischen vier Wartezimmertypen das für Sie attraktivste/wohlbehaglichste auswählen sollten	zahnärztliche Patienten
Ernst (1964)	Fragebogen	171	• Patienten kritisierten, dass der Arzt zu wenig Zeit hatte; • nur ca. 50% der Patienten war mit der Behandlung (Hospitalisierung) zufrieden; • nur 1/3 der Patienten bewertete die ärztliche Behandlung als positiv	stationäre und ambulante Patienten mit neurotischer Erkrankung
Marcotty (1965)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.12	psychiatrische Patienten
Simon & Strotzka (1966)	Bildwertungstest	50	• es wurden keine nennenswerten Erkenntnisse erzielt	stationär behandelte Kinder (3 bis 9 Jahre)
Laurisch (1967)	Interviews	30	• hohe Zufriedenheitswerte (>80%)	allgemein-medizinische Patienten
Hemprich & Kisker (1968)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudomitarbeiter)	31	• siehe Kapitel 3.1.1.12	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Sonnenberg (1969)	teilstandardisiertes Interview	65	• 62% der Befragten fanden die Klinik ideal oder fast ideal; • Mitpatienten wurden als positiv und hilfreich erlebt; • Die ideale Klinik sollte: ruhig, gepflegt und modern eingerichtet sein; • Die ideale Behandlung sollte freundlich, fürsorglich und individuell gestaltet sein	psychiatrische Patienten
Fischer (1969)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudo-mitarbeiter)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.12; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Minsel (1970)	Fragebogen	125	• Übersetzung und Einsatz des Strupp-Fragebogens sowie des Barrett-Lenard-Fragebogens	psychiatrische Patienten (ambulant)
Institut für Demoskopie Allensbach (1970) *Mesozufriedenheitsstudie*	semistandardisierte Interviews	2.042	• ältere Patienten sind mit dem Krankenhaus zufriedener als jüngere; • methodische Innovationen: - Wortassoziationstest zum Begriff Krankenhaus (37% denken zuerst an „Man kann sich nicht wehren, ist machtlos“) - Kartenspieltechnik - Bildertest • Patienten die in einem Neubau untergebracht waren, wiesen signifikant höhere Zufriedenheitswerte auf, als jene Patienten, deren Krankenbett im Altbau stand (Nachweis der Urteilskompetenz)	allgemein-medizinische Patienten
Goebels & Scheuerle (1970)	Fragebogen und Interviews	250	• die Patienten merkten kritisch an, dass der Arzt zu wenig Zeit für Sie gehabt hätte; • Suchtkranke waren besonders kritisch; • fast 2/3 der befragten Patienten äußerten den Wunsch, mehr über die verabreichten Medikamente zu erfahren; • Patienten beklagten die wenig individuelle Therapie; • die Visite wurde größtenteils als unverständlich erlebt	psychiatrische Patienten
Ernst & Ernst (1970)	Fragebogen	100	• es wurden keine besonders notationswürdige Erkenntnisse	psychiatrische Patienten
Liehr (1970)	Interviews	24	• EKT wurde negativ erlebt; • positive Bewertung der Psychopharmakabehandlung	psychiatrische Patienten
Looden (1971)	Interview & Fragebogen	451	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Rust (1971)	teilstandardisierter Fragebogen	161	• nur 2/5 der befragten Patienten beantwortete die Frage: „Können Sie sich hier im Krankenhaus wohlfühlen?“ positiv; • Frauen zeigten sich zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Siegrist (1972)	teilnehmende Beobachtung & Interviews	38	• die subjektiv erlebte Vistezeit wurde systematisch überschätzt	allgemein-medizinische Patienten
Gabor (1972)	Fragebogen	161	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Kindermann (1972)	Interview	60	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Engelhardt (1973)	Fragebogen	220	• Detailkritik trotz hoher Gesamtzufriedenheit	allgemein-medizinische Patienten
Kraft (1973)	standardisiertes Interview	100	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	internistische und chirurgische Patienten
Ernst & Egloff (1974)	Fragebogen	200	• es wurden keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Wirth (1974)	Fragebogen	198	• es wurden keine besonders aufschlussreiche Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Balke & Hinz (1974)	Fragebogen	150	• Frauen äußeren sich kritischer als Männer • Mitpatienten wurden als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Fisseni (1974)	Fragebogen (assistierte Befragung)	237	• die befragten Frauen, welche im Wohnheim untergebracht waren, äußersten sich zufriedener als jene, die mit dem Altenheim vorlieb nehmen mussten	ältere Frauen im Wohn-, Alten- und Pflegeheim
LaRoche & Ernst (1975)	Interviews	200	• neben den Patienten wurden auch 15 Ärzte dazu befragt, wie die Zufriedenheit der Patienten ihrer Meinung nach ausfalle; • Ärzte waren optimistscher als die Patienten; • Frauen urteilten kritischer als die Männer	psychiatrische Patienten
Schultze (1975)	Fragebogen	200	• mit zunehmender Bettzahl nahm die Zufriedenheit mit der Unterbringung deutlich ab; • Patienten der 3-Bettzimmer waren am zufriedensten	allgemein-medizinische Patienten
Stegers (1975)	Fragebogen	200	• männliche Patienten gaben kritischere Urteile ab; • ältere Patienten waren zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Böck (1975)	Fragebogen	558	• es wurden keine besonders aufschlussreiche Erkenntnisse erzielt	Kurpatienten
Gros (1975)	Fragebogen	k.A.	• trotz globaler Zufriedenheit mit dem Krankenhausessen, zeigte sich Detailkritik	allgemein-medizinische Patienten
Lorenz (1975)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kögel (1975)	Fragebogen	1.000	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Wallraff (1975)	verdeckt teilnehmende Beobachtung (Pseudopatient)	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1; • wichtiger Hinweis: investigative-journalistsche Reportage; keine exakte wissenschaftliche Studie	psychiatrische Patienten
Janssen (1976)	semistandardisiertes Interview	200	• Frauen waren in der Tendenz etwas kritischer als die befragten Männer	allgemein-medizinische Patienten
Kieswetter (1976)	strukturiertes Interview	155	• Frauen zeigten sich mit der Arbeitstherapie zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Weiss (1976)	teilnehmende Beobachtung als Pflegemitarbeiter	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Wanjek (1977)	Fragebogen	210	• abweichend zu den Ergebnissen analoger Studien schätzten die Patienten die Mitpatientengespräche als wenig hilfreich ein	psychiatrische Patienten
Espenschied (1977)	semistrukturelles Interview	100	• 84% der befragten Bewohner waren mit dem Heim zufrieden; • Zusammenhang zwischen Heimstruktur und Zufriedenheit: Je höher der Autonomiegrad der Bewohner (z.B. freie Zimmergestaltung, mehr Selbst- und Mitbestimmung, geringer Institutionalisierungsgrad etc.), desto wohler fühlten sich die Bewohner	Altenheimbewohner
Biermann-Ratjen et al. (1977)	Fragebogen	164	• hohe Versorgungszufriedenheit (91,4%); • Mitpatienten/Freunde wurden als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Krämer (1977)	Fragebogen	200	• hohe Zufriedenheit mit dem Zahnarzt (95%); • Verwendung von Polaritätsprofilen zur Einschätzung idealer Arzteigenschaften	zahnärztliche Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Klee (1977, 1978)	Patienteninterviews im Rahmen einer Radiosendung	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Kauf & Meerwein (1977) ---Schweiz---	Fragebogen	93	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Bartholomeyczik (1978, 1981)	Fragebogen		• Beurteilung des Pflegepersonals sowie der Ärzte mittels Polaritätsprofilen	allgemein-medizinische Patienten
Klapp & Scheer (1978)	Fragebogen	140	• Mitpatienten wurden überwiegend als hilfreich / positiv eingeschätzt; • 70% der Patienten hatten sich auf der Intensivstation wohl gefühlt	intensivmedizinisch betreute Patienten
Schmitz-Scherzer (1978)	Fragebogen (assistierte Befragung)	1.002	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	Altenheimbewohner
Infratest (1978, 1979) *Mesozufriedenheitsstudie*	Fragebogen	2.049	• ältere zufriedener als jüngere; • Unzufriedenheit mit der ambulanten Versorgung sowie der Versorgung an Sonn- und Feiertagen; • Der „gute Arzt" weist insbesondere zwischenmenschliche, psychosoziale Kompetenzen auf; • Arztwechsler waren unzufriedener als loyale Patienten	Bundesbürger ab 18 Jahren
Jelen et al. (1979)	Interview	30	• Besuche von Angehörigen wurde als Erleichterung und Hilfe zur psychischen Stabilisierung angesehen; • die Patienten kritisierten insbesondere die sachliche Umgebung (kahle Wände, künstliche Beleuchtung, kein Fensterblick); • Mitpatienten wurden überwiegend als positiv erlebt; • Einzelzimmer wurden abgelehnt; • Besonders wichtig war den Patienten die menschliche Betreuung	intensivmedizinisch betreute Patienten
Fischer (1979)	Fragebogen (assistierte Befragung)	228	• Bewohner von Heimen, die als ‚totale Institution' bezeichnet werden können, wiesen signifikant geringere Zufriedenheitswerte auf, als Bewohner von progressiven Heimen (mehr Selbstständigkeit, Partizipation usw.)	Altenheimbewohner
Haase (1979)	Fragebogen	k.A.	• Patienten schätzen die Beziehungen und Gespräche zu ihren Mitpatienten als überwiegend hilfreich ein	psychiatrische Patienten
Fleisch (1979)	Interview	104	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	alkoholabhängige Patienten
Raspe (1979)	Interviews	Studie I = 38; Studie II = 235; Studie III = 88	• 75% der befragten Patienten zeigten sich mit der vom Arzt erhaltenen Krankheitsaufklärung zufrieden; • trotz dieser ausgeprägten Global-PZ hab es Detailkritik; • methodische Erkenntnis: je globaler die Frage, desto höher die Zufriedenheitswerte; • Wichtigster Nachweis: negativer Einfluss von Unzufriedenheit auf physiologische Parameter (Puls-Atem-Frequenz)	allgemein-medizinische Patienten
Holzwarth (1979)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Behrens & Winter (1979)	Fragebogen	113	• die Patienten gaben an, dass Sie während ihres Krankenhausaufenthaltes besonders unter Einsamkeit (72%) und Langeweile (48%) litten	allgemein-medizinische Patienten
Jelen et al. (1979)	Interviews	30	• als besonders gesundheitsförderlich wurden die Angehörigenbesuche erlebt; • negativ wurde die sachlich-kühle Umgebung wahrgenommen	intensivmedizinisch betreute Patienten
Hardt (1980)	Fragebogen	203	• Frauen zufriedener als Männer	allgemein-medizinische Patienten
Schulte (1980)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Rossignon-Hodzode (1980)	Interviews	65	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	Altenheimbewohner
Stoß & Menardi (1980)	Interview & Maltest	57	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	stationär behandelte Kinder (5 bis 13 Jahre)
Volk & Hermes (1980)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Bröer & Elgeti (1980)	Interviews	26	• die stationäre Behandlung wurde von den befragten Patienten kritischer bewertet als die ambulante Behandlungsform	psychiatrische Patienten (ambulant)
Moßler (1981)	leitfadengestützte Interviews & projektiver Bildertest (insgesamt 14 Bilder)	120	• Mitpatienten werden als besonders hilfreich eingeschätzt; • Männer waren tendenziell unzufriedener; • die Patienten hatten untereinander nur wenig Kontakte; • jedoch wurden die vereinzelten Mitpatientenkontakte als positiv empfunden	psychiatrische Patienten
Themann (1981)	Fragebogen (assistierte Befragung)	618	• Frauen zufriedener als Männer mit dem Heimaufenthalt	Altenheimbewohner
Begemann-Deppe & Jacobi (1981, 1982)	halbstrukturierte Interviews	50	• die einzeltherapeutischen Gespräche wurden von den Patienten am hilfreichsten erlebt; • Patienten bevorzugten eher die Zimmer- statt der Gruppenvisite	psychiatrische Patienten
Siebert (1982)	Fragebogen	216	• Mitpatienten werden als besonders hilfreich eingeschätzt; • Frauen zeigten sich tendenziell zufriedener als Männer	psychiatrische Patienten
Wolfsteller (1982)	Fragebogen	90	• etwa 2/3 der Fragen entnahm der Autor dem englischsprachigen Fragebogen von Strupp et al. 1969; • geringe Behandlungszufriedenheit (58,3%); • Patienten mit positiven Therapieergebniserwartungen waren zufriedener; • ältere Patienten waren zufriedener als jüngere	psychiatrische Patienten
Stocksmeier & Raith (1982)	Fragebogen	198	• hohe Zufriedenheitswerte (>75%); • Belastung: „Langeweile“	allgemein-medizinische Patienten
Ackermann (1982)	Fragebogen	554	• 57,2% der befragten Patienten wünschte sich die Abschaffung von geschlossenen Türen sowie der Gitter vor den Fenstern; • 52,7% der Patienten votierte für Krankenzimmer mit max. 2 Betten	psychiatrische Patienten
Langensee (1982)	Interview	90	• sehr hohe Gesamtzufriedenheit (89,8%)	Seniorenzentrum
Jelen et al. (1982)	unstrukturiertes Interview & standardisierter Fragebogen	42	• negative Eindrücke: u.a. kahle Wände, Blick aus dem Fenster nicht möglich; • positive, als hilfreich empfundene Faktoren: u.a. Besuche von Angehörigen; • interessant: selbst schwerstkranke Mitpatienten wurden nicht als Belastung erlebt	intensivmedizinisch betreute Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Mühlich-von Staden et al. (1982)	multimethodisches Studiendesign	90	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Langzeitpatienten
Neuerberger (1982)	Interview	31	• Patienten bewerteten insbesondere das Landeskrankenhaus, im Gegensatz zur Uni-Klinik und zur Reha-Klinik auffallend negativ	psychiatrische Patienten
Kläui (1982) ---Schweiz----	Fragebogen	160	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmied & Ernst (1983)	semistrukturierte Interviews	58	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Cramer & Holler (1983)	leitfadengestützte Interviews	106	• Patienten übten insbesondere am Tagesablauf im Krankenhaus Kritik (u.a. zuviel Hektik etc.); • interessante Ergebnisse zur patientenseitigen Einschätz ung der Charakteristika des ‚idealen Patienten'	allgemein-medizinische Patienten
Friese & Nissen (1983)	Fragebogen	100	• Kontakt zu anderen Kindern wurde als positiv erlebt; • die postalisch (1/2 Jahr nach Entlassung) befragten Kindern waren mit der Therapie tendenziell zufriedener als die am Entlassungstag befragten Kinder	psychiatrische Patienten (Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Finke (1983a-c)	Interview	11	• Patienten äußerten aus Angst vor Repressalien keine Kritik an der Behandlung	Dialysepatienten
Wolfersdorf (1983)	Fragebogen	30	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Balz et al. (1983) sowie Balz (1984)	Fragebogen	200	• die Beziehungen zu den Mitpatienten wurden als belastend und wenig hilfreich empfunden; • ältere Patienten (>50 Jahre) waren zufriedener als jüngere Patienten (<50 Jahre)	psychiatrische Patienten
Young (1983)	Fragebogen	50	• mehrschrittiger Fragebogenentwicklungsprozess (umsichtige qualitative Explorationsphase)	psychiatrische Patienten
Hannich et al. (1983)	Fragebogen	157	• hohe Gesamtzufriedenheit; • als besonders positiv wurden die Besucherregelung, der Personalkontakt sowie die Krankheitsaufklärung eingeschätzt; • Mitpatienten wurden eher als positiv erlebt (Ablenkung, Trost usw.); • ältere Patienten wiesen geringere Zufriedenheitswerte als jüngere Patienten auf	intensivmedizinisch betreute Patienten
Sauer & Sauer (1983)	Fragebogen	101	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Klapp et al. (1984)	Fragebogen	24	• zur Einschätzung des Patientenerlebens auf der Intensivstation nutzen die Autoren ein Polaritätsprofil	intensivmedizinisch betreute Patienten
Götzner (1984)	Fragebogen	100	• Patienten kritisierten vermehrt die kurzen Sprechzeiten (Minutenmedizin) sowie die langen Wartezeiten	allgemein-medizinische Patienten
Schwediauer (1984) ---Österreich---	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pflegemitarbeiter	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Steinhausen (1984b)	Fragebogen	92	• 77,2% der Eltern war mit den erhaltenen Leistungen und Hilfen insgesamt zufrieden	Befragung von Eltern, deren Kinder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik stationär behandelt wurden
Kammerer et al. (1984)	Fragebogen	96	• Therapieabbrecher wiesen signifikant geringere Zufriedenheitswerte als die Nichtabbrecher auf	Befragung von Eltern, deren Kinder in einer Kinderpsychiatrie stationär behandelt wurden

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Kolck (1984)	Fragebogen	157	• Kontakt zu Mitpatienten und Angehörigen (Besucher) wurde als hilfreich empfunden	intensivmedizinisch betreute Patienten
Swertz (1984) sowie Swertz & Steininger (1987)	Fragebogen	k.A.	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kammerer & Goebel (1985)	Fragebogen	74	• Detailkritik trotz hoher Globalzufriedenheit; • die Beziehungen zu den anderen Mitpatienten wurde als wichtig und sehr hilfreich eingeschätzt	jugendliche Psychiatrie-Patienten
Bühler & Bieber (1985)	Fragebogen	300	• ältere Patienten waren zufriedener; • Patienten mit Volkhochschulbildung waren zufriedener als Patienten mit höherem Bildungsniveau; • positiver Zusammenhang zwischen PZ und Informationsstand, d.h. Patienten die sich für informiert hielten waren zufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Kächele et al. (1985)	Fragebogen	100	hohe Globalzufriedenheit	psychiatrische Patienten
Hunzinger (1985)	semistandardisiertes Interview	102	• Mitpatienten wurden überwiegend als hilfreich erlebt	psychiatrische Patienten
Radtke & Wiese (1985)	Fragebogen	288	• keine nennenswerten Ergebnisse erzielt	zahnärztlich behandelte Patienten
Conrad (1985)	Fragebogen	k.A.	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Barolin (1985) ---Österreich---	Fragebogen	60	• hohe Zufriedenheitswerte (zw. 73-100%)	neurologische Patienten
Bunzel et al. (1985) ---Österreich---	Fragebogen	250	• hohe Zufriedenheitswerte	chirurgisch behandelte Patienten
Zimmer-Höfler & Tschopp (1985) ---Schweiz---	Interview	185	• die befragten Patienten kritisierten insbesondere die zu starre Hausordnung, die mangelhafte Vorbereitung auf die poststationäre Phase, das wenig geschulte Personal sowie den rauen Umgangsstil	drogenabhängige Patienten
Russ & Wohlmannstretter (1986, 1987)	Fragebogen	80	• ältere Patienten waren zufriedener; • Unzufriedenheit stieg mit höherem Bildungsabschluss	allgemein-medizinische Patienten
Krämer (1986)	Interviews	30	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	drogenabhängige Patienten
Schwer (1986)	Fragebogen	50	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Bacher (1987)	semistandardisierte Interviews	50	• Unzufriedenheit als primärer Grund des Arztwechsels	zahnärztliche Patienten
Schneider (1987)	Fragebogen	123	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Heitkamp (1987)	verdeckt teilnehmende Beobachtung als Pseudopatient	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Burghardt & Burghardt (1986)	Fragebogen	150	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Potthoff et al. (1987)	Fragebogen	215	• die PZ wurde zu 3 Messzeitpunkten erhoben: 1. Aufnahme (T1) 2. Entlassung (T2) 3. Nachsorge ca. 6 Wochen nach der Entlassung (T3) • hohe, konstante PZ-Werte	gynäkologisch operierte Patientinnen

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Derivaux et al. (1988) sowie Erzberger et al. (1989)	Fragebogen	453	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Wilke et al. (1988)	Fragebogen	82	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Böcker (1989)	Zufriedenheits-Fragebogen (Gesichterskala) & Stations-Beurteilungs-Bogen (SBB)	338	• Patienten, die noch in dem sanierungsbedürftigen Altbau untergebracht waren, äußerten sich hinsichtlich der sanitären Anlagen, den räumlichen Verhältnissen usw. deutlich kritischer als jene Patienten, die bereits im Neunbau beherbergt wurden (Nachweis der Urteilskompetenz)	psychiatrische Patienten
Schmied et al. (1989)	Fragebogen (ZUF-8)	6.865	• die „Fragebogenteilausfüller" wiesen höhere Zufriedenheitswerte auf	psychosomatische Patienten
Windgassen (1989)	semistrukturelles Interview	68	• Kontakt zu den Mitpatienten wurde von den meisten Patienten als sehr hilfreich eingeschätzt • die befragten Patienten äußerten den Wunsch nach mehr Einzeltherapiegesprächen	psychiatrische Patienten
Stahl (1989)	Interviews	35	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmelling-Kludas et al. (1989, 1991)	strukturiertes Interview	118	• die befragten Patienten monierten vornehmlich die im Krankenhaus obwaltende ‚Langeweile' sowie die unzureichende Aufklärung seitens der Ärzte; • u.a. die Freundlichkeit des Personals sowie die Mitpatienten erleichterten die Anpassung an den Krankenhausalltag; • ältere Patienten waren zufriedener; • Patienten, die wegen einer Erstmanifestation ihrer Erkrankung das Krankenhaus aufsuchten, waren unzufriedener als jene Patienten, die bereits vorher schon mal – mit derselben Diagnose – stationiert waren;	internistische und chirurgische Patienten
Knobloch & Stegmüller (1989)	Fragebogen (assistierte Befragung)	76	• 69,9% der Befragten waren der Meinung, dass Langeweile das größte Problem im Klinikalltag sei; • Frauen zufriedener; • jüngere kritischer; • privat Versicherte zufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Hesse (1989)	Interview	35	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	intensivmedizinisch betreute Patienten
Bossert et al. (1990)	Fragebogen	64	• der Kontakt zu den Mitpatienten wurde hinter den therapeutischen Einzelgesprächen am hilfreichsten eingeschätzt	psychiatrische Patienten
Draf (1990)	Fragebogen	120	• sehr hohe Gesamtzufriedenheit (95%)	gynäkologisch behandelte Patientinnen
Weber (1990)	Fragebogen	121	• hohe Gesamtzufriedenheit trotz Detailkritik; • Aussagen zur Reliablilität und Inhaltsvalidität	chirurgische Patienten
Barkowski (1990)	Fragebogen	50	• Patienten mit internalem Krankheitskonzept waren mit der Behandlung zufriedener als Patienten mit externalem Krankehitskonzept; • Patienten mit somatischen Behandlungserwartungen wiesen höhere Zufriedenheitswerte auf, als Patienten mit psychosozialen Behandlungserwartungen	psychiatrische Patienten (ambulante Psychosebehandlung)

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Felderhoff De Damlau (1991)	standardisiertes Interview	202	• 11,4% der Patienten hatte keine Erwartungen an die Behandlung; • die Gespräche mit den Mitpatienten wurde von ca. 70% der Patienten als sehr hilfreich empfunden	psychiatrische Patienten
Dewald (1991)	standardisiertes Interview	201	• neben den 202 Patienten wurden auch insgesamt 19 dazu befragt, wie die Zufriedenheit der Patienten ausfallen wird • Ergebnis: die Ärzte konnten die PZ recht genau einschätzen; wobei sie in der Tendenz eher geringere PZ-Werte vermuteten	psychiatrische Patienten
Kallert (1991)	Fragebogen	101	• intensive zwischenmenschliche Kontakte wurden von den befragten Patienten als am hilfreichsten für die Besserung ihrer Beschwerden eingeschätzt	psychiatrische Patienten
Kisch & Thilo (1991)	Fragebogen & Interview	236	• verhältnismäßig niedrige Gesamtzufriedenheitswerte (< 70%); • verheiratete Patienten zufriedener als ledige; • ältere Patienten zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Dederichs (1991)	Interviews	72	• hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung (91,8% *resp.* 84,7%)	intensivmedizinisch betreute Patienten
Käppeli (1991)	Interviews	40	• ein hoher Prozentsatz der Befragten hatte Angst vor möglichen Sanktionen bei kritischen Antwortverhalten (Sanktionsangst)	ältere, stationär behandelte Krankenhauspatienten
Rittmannsberger et al. (1991)	Fragebogen	56	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Schmidt (1992)	verdeckt teilnehemende Beobachtung als Pseudopatient	k.A.	• siehe Kapitel 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Priebe (1992)	Fragebogen	138	Nachweis der prädikativen Funktion initialpositiver Behandlungserfahrungen (Vorhersage des Therapieoutcomes)	psychiatrische Patienten
Klesse (1993)	Interviews	27	• keine besonderen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten
Straub (1993)	Fragebogen	k.A.	• Übersetzung und Anwendung des Reporting-Fragebogens von CLEARY et al. 1991	stationär behandelte Krankenhauspatienten
Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (1993)	Fragebogen	862	• hohe Globalzufriedenheit von insgesamt 82,5%; • ältere Patienten waren zufriedener	stationär allgemeinmedizinisch behandelte Privatpatienten

Tab. 59-67: Sämtliche im Zeitraum zwischen 1898 und 1993 in (West-) Deutschland publizierten Patientenzufriedenheitsstudien[2]

[2] eigen Entwicklung auf der Basis einer minutiösen Literaturrecherche

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Voigt (1959)	Fragebogen	810	sehr hohe Gesamtzufriedenheit (97,8%)	allgemein-medizinische Patienten
Geißler (1964a/b)	Fragebogen	160 (100 Ärzte; 60 Pat.)	• jüngere Patienten bevorzugen einen partnerschaftlichen Kommunikationsstil des Arztes	allgemein-medizinische Patienten
Pflanz et al. (1966c)	Fragebogen	596	• keine besonders erwähnenswerten Ergebnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Trenkler (1969)	standardisiertes Interview	9.550	• sehr hohe Zufriedenheitswerte (>90%)	allgemein-medizinische Patienten
Harych et al. (1972a&b)	Fragebogen	898	jüngere Patienten zeigten sich unzufriedener; Männer waren tendenziell zufriedener als Frauen	allgemein-medizinische Patienten
Harych (1973)	Fragebogen	9.696	hohe Gesamtzufriedenheit; Patienten mit hoher Schulbildung zeigten sich kritischer	Hausarztpatienten
Harych et al. (1973)	Fragebogen	1.095	hohe Globalzufriedenheit von 88%; Frauen und ältere Patienten waren zufriedener; Befragte wünschten sich vermehr ein demokratisch-egalitäre Beziehungsverhältnis zu ihrem Arzt	Verwandte und Bekannte von Zahnmedizinstudenten welche in den vergangenen 12 Monaten mindestes einmal einen Arzt konsultiert hatten
Kurella (1975, 1976)	Fragebogen	3.185	Detailkritik trotz hoher Gesamtzufriedenheitswerte; Frauen unzufriedener als Männer; ältere zufriedener als jüngere; Berufstätige kritischer als Nicht-Berufstätige; Patienten mit hohem Bildungsstand unzufriedener als Patienten mit niedrigem Bildungsstand	allgemein-medizinische Patienten
Hübner & Hübner (1976)	Fragebogen	122	Nonresponderanalyse: der Vergleich zwischen Sofort-Antwortern und Nachzügler offenbarte keine Unterschiede in den jeweiligen PZ-Werten; Patienten, die bereits mehrere Krankenhausaufenthalte über sich ergehen lassen mussten, waren unzufriedener	allgemein-medizinische Patienten
Erpenbeck et al. (1977a&b)	standardisiertes Interview	2153	• keine besonders notationswürdige Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Glomb & Glomb (1979a) sowie Glomb et al. (1983)	Fragebogen	1.617	• neben den Patienten wurden auch noch ca. 450 Schwestern und Ärzte befragt; dabei zeigte sich, dass die Mitarbeiter insbesondere die sozialen und psychischen Bedürfnisse der Patienten unterschätzten; wobei die Schwestern besser ab schnitten als die Ärzte	allgemein-medizinische Patienten
Mikulas & Feige (1982)	standardisierte mündliche Interviews	456	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	zahnärztliche Patienten
Löschner & Löschner (1982)	standardisierte mündliche Interviews	310	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Feldes et al. (1982)	Fragebogen	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Hoffmann et al. (1984)	Fragebogen	1.513	hohe Gesamtzufriedenheit; die Autoren konnten weder Geschlechts- noch Alterseffekte feststellen	allgemein-medizinische Patienten
Burghardt & Burghardt (1986)	Interview	1.324	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	zahnmedizinische Patienten
Bauer & Herzog (1988)	Fragebogen	520	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Rosner & Schlawin (1993)	Fragebogen	240	hohe Gesamtzufriedenheit (90%); ältere Patienten waren zufriedener als jüngere; Frauen zeigten sicht kritischer als Männer	allgemein-medizinische Patienten

Tab. 68-69: Patientenzufriedenheitsuntersuchungen in der ehemaligen DDR

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Heftner & Höller (1978)	Fragebogen	198	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	Rehabilitanden
Henrich et al. (1979)	Fragebogen (SEKT)	129	• Überprüfung der klassischen psychometrischen Gütekriterien; • der umfangreiche Fragebogen enthält neben den Items zum Stationsklima auch Fragen zur Einschätzung des Therapieprogramms	psychiatrisch erkrankte Patienten
Engesser et al. (1979)	Fragebogen	391	• ältere Patienten äußerten sic zufriedener; • weibliche Patienten zufriedener als Männer; • Patienten, die auf offenen einer offenen Station behandelt wurden, waren zufriedener als jene, die auf geschlossenen Stationen untergebracht waren; • Mitpatienten werden überwiegend als hilfreich bewertet	psychiatrisch erkrankte Patienten
Schwarz (1980)	Fragebogen & teilnehmende Beobachtung	194	• externe Validierung des SBB; • je größer die Schlafräume, desto mehr aktives, soziales Verhalten zeigte sich; • auf renovierten Stationen zeigten die Patienten ebenfalls mehr aktives, soziales Verhalten als auf unrenovierten Stationen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Fengler & Fengler (1980)	teilnehmende Beobachtung	k.A.	• siehe Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.1	psychiatrische Patienten
Vollmer & Henrich (1980)	Fragebogen (SEKT)	36	• jüngere Patienten (<24 Jahre) schätzen das Stationsklima schlechter ein als die älteren Patienten	opiatabhängige Patienten
Krampen & von Delius (1981a&b)	Fragebogen (KUS-1)	155	• die Autoren entwickelten einen generischen Fragebogen, der prinzipiell in allen therapeutischen (Klinik-)Umwelten eingesetzt werden kann; nicht auf psychiatrische Settings reduziert	allgemein-medizinische Patienten
Ellinghaus et al. (1981)	Fragebogen (WAS_{70} & WAS_{45})	63	• Übersetzung und Straffung der WAS	psychiatrisch erkrankte Patienten
Lortz (1981)	Fragebogen (SBB)	50	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Engel et al. (1983)	Fragebogen (SBB)	1007	• das Autorentrio übersetzte die WAS von Moos ins Deutsche; • ausgiebige Überprüfung der teststatistischen Güte des Instruments; • Tauglichkeitsüberprüfung einer Kontrollskala	psychiatrisch erkrankte Patienten
Mosch (1984)	narrative Interviews	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Weber (1984)	Fragebogen	135	• die Patienten bewerteten das Stationsklima schlechter als das Pflegepersonal	psychiatrische erkrankte Patienten
Bühler (1984)	u.a. teilnehmende Beobachtung & Interviews	28	• Aufdeckung hierarchischer Strukturen unter den Patienten; • Insassentypen: 1) Leaderin, 2) Motivierte, 3) Renitente und 4) Mitläuferin	suchtmittelabhängige Patientinnen
Krampen & Ohm (1985)	Fragebogen (KUS-2)	144	• Patienten, die ein höheres Maß an Unterstützung, Persönlichkeitsorientierung, Ordnung und Information erlebt hatten, waren zukunftsoptimistischer und wiesen bessere gesundheitliche Veränderungen in die gewünschte Richtung auf	Herzinfarktpatienten
Eichhorn (1987)	Fragebogen (SBB)	120	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische erkrankte Patienten
Pollack (1988)	Fragebogen (SK-F)	252	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Bauer & Herzog (1988) ---DDR---	Fragebogen	520	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Leibereich (1990)	Fragebogen (SBB) & Verhaltensbeobachtung („behavioral maps“)	78	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Wiedl & Schöttke (1988) sowie Schöttke & Wiedl (1990)	Fragebogen (SBB)	220	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Seiler (1990)	Fragebogen	155	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	allgemein-medizinische Patienten
Kisch & Thilo (1991)	Fragebogen & Interview	236	• verhältnismäßig niedrige Gesamtzufriedenheitswerte (< 70%); • verheiratete Patienten zufriedener als ledige; • ältere Patienten zufriedener als jüngere	allgemein-medizinische Patienten
Floeth (1991)	teilnehmende Beobachtung	k.A.	• siehe Kapitelpunkt 3.1.1.1.2.1	psychiatrisch erkrankte Patienten
Röhrle & Sessar (1991)	Fragebogen (SEBA)	61	• Überprüfung der klassischen psychometrischen Gütekriterien	alkoholabhängige Patienten
Leiberich et al. (1993)	Fragebogen (SBB)	78	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrische Patienten

Tab. 71-72: Deutsche Forschungsarbeiten zur empirischen Erfassung des Konstrukts ‚Stationsklima', die im Zeitraum zwischen 1970 und 1993 publiziert wurden[3]

[3] eigene Zusammenstellung und Analyse des Autor auf Grundlage einer ausgedehnten Literaturrecherche. Nach 1993 haben sich insbesondere die nachstehend notierten deutsprachigen Studien mit der validen Erfassung des ‚Stationsklimakonstrukts' in unterschiedlichen Klinikkontexten beschäftigt: GEBHARDT 1997; GEBHARDT & RADTKE 2003; GUTKNECHT 2005; KUNZE 1994; LINDEN et al. 2006; MITTAG 2001; MODESTIN & ABDEL-REHIM 1996; ORTH et al. 2000; RAHN 1996; SAMMET & SCHAUENBURG 1999; SCHALAST 2008; SCHALAST & REDIES 2005; SCHMIDT et al. 2003; SPIEßL et al. 2002a VIEWEG et al. 1996

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Eckert (1974), (1976); Schwartz (1975); Schwartz et al. (1978); Schwartz & Eckert (1976); Eckert et al. (1977), (1979a/b); Zielke (1980); Biermann et al. (1995)	Klienten-Erfahrungs-Bogen (KEB)	97	• Patienten, die von der Beratung nicht profitierten (ausbleibender Therapieerfolg) machten vom ersten Gesprächskontakt an signifikant schlechtere Erfahrungen mit der Beratung; • Patienten, die einen ausgeprägten Therapieerfolg aufwiesen, zeigten sich im Kontrast dazu bereits in den ersten Gesprächsstunden mit der Behandlung zufrieden; • die Autoren konnten somit nachweisen, dass der anfängliche Zufriedenheitsgrad eine robuste Prädikatorvariable zur Vorhersage des Therapieerfolgs darstellt	Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle
Lazarus (1978)	Patientenbericht über die Therapiesitzung (standardisierter Fragebogen)	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Mittag (1983)	Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Therapeuten-verhalten (FEPT)	k.A.	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Lieater (1983); Lieater & Neirinck (1989)	Sitzungsbeurteil-ungsbogen	41	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Grawe (1987), (1989a), (1992b); Grawe et al. (1990a/b); Ambühl (1993); Grawe & Braun (1994); Ambühl et al. (1998)	Klienten-Stundenbogen (KSB)	k.A.	• die Therapiestundeneinschätzungen der Patienten (u.a. Zufriedenheit) erwiesen sich als robustere Vorhersagevariable des späteren Therapieerfolgs als die Beurteil der Therapie durch externe Beobachter oder durch den Therapeuten	psychiatrisch erkrankte Patienten
Schindler et al. (1989), (1990), (2003) sowie Schindler (1991), (1996)	Stundenbeurteilungs-bogen für Patienten (SB-K)	k.A.	• Überprüfung und Einlösung der konventionellen Gütekriterien	psychiatrisch erkrankte Patienten
Grawe et al. (1990)	Patientennachbe-fragungsbogen	80	• keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Rudolf (1991)	Skala zur Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) sowie Skala zur initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung (iTAB)	238	• Nachweis der prognostischen Validität	psychiatrisch erkrankte Patienten
Strauß et al. (1991a&b)	Fragebogen	125	• insgesamt kritische Bewertung der Therapiegespräche (nur 30% der Patienten zufrieden) • moniert wurde allen voran die passive Haltung des Therapeuten sowie der Mangel an konkreten Ratschlägen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Rossel (1994)	Nachbearbeit-Ungsbogen (NBB)	22	• siehe Kapitelpunkt 4.1	psychiatrisch erkrankte Patienten

Autor(en) / Jahr	Erhebungsmethode	N	Interessante Aspekte *resp.* Erkenntnisse	Patientengruppe
Bassler et al. (1995)	deutsche Version des ‚Helping Alliance Questionnaire' von Luborsky (1984)	239	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien; ● Patienten mit niedriger Schulbildung zeigten sich zufriedener mit der Beziehung zum Therapeuten; ● die initiale Therapieerfolgs- und Behandlungszufriedenheitseinschätzung erwies sich im stationären Setting als unsicheres Therapieergebnisprognosekriterium	psychiatrisch erkrankte Patienten
Höger & Eckert (1997); Höger (2002)	Bielfelder Klienten-Erfahrungsbogen (BI-KEB)	275	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien; ● allgemeine Unzufriedenheit mit der erlebten Therapiestunde steht insbesondere mit einem schlechten „Zurechtkommen mit dem Therapeuten" in engem Zusammenhang	psychiatrisch erkrankte Patienten
Petzold et al. (1998), (2000) sowie Petzold (2005); Böcker (2000) und Steffan (2002)	EAG-Stundenbogen	102	● Patienten, welche die Therapie erfolgreich abschlossen, fühlten sich in der therapeutischen Beziehung signifikant wohler als jene Patienten, die keine günstigen Therapieeffekte aufwiesen; ● anhand der Stundenbögen konnte der spätere Therapieerfolg bereits nach den ersten vier Stunden robust vorhergesagt werden	psychiatrisch erkrankte Patienten
Nischk et al. (2000)	Klientenstundenbogen	k.A.	● in erfolgreich eingeschätzten Beratungen erlebten die Klienten signifikant mehr Offenheit und Vertrauen zum Therapeuten als in weniger erfolgreichen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Linsenhoff (2000)	Klienten-Stundenbogen (KSB)	k.A.	● der Autor reduzierte den KSB von Grawe (1987) auf 9 Items	Schwangerschaftskonfliktberatung
Krampen & Wald (2001); Krampen (2002, 2005)	Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und –Beratung (STEP-P)	170 (I)	● theoriegeleitete Fragebogenkonstuktion (unspezifische Wirkfaktoren); ● Überprüfung und Einlösung der klassischen psychometrischen Gütekriterien; ● es zeigte sich, dass die Therapeuten die bei den Patienten vermutete Zufriedenheit häufig nicht angemessen einschätzten konnten	psychiatrisch erkrankte Patienten
Honermann (2002) Schiepek et al. (2001)	Fragebogen zur Retrospektiven Erfolgsbeurteilung (REB)	94	● erfolgreich behandelte Patienten erlebten während ihres stationären Aufenthaltes Bedingungen von Stabilität, Vertrauen und Sicherheit, welche es ihnen ermöglichte, sich auf angsteinflössende Destabilisierungsprozesse einzulassen	psychiatrisch erkrankte Patienten
Kronmüller et al. (2003)	deutsche Version der ‚*Therapeutic Alliance Scales for Children*' von Shirk & Saiz (1992) namens ‚*Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche*' (FTB-KJ)	80	● Überprüfung und Einlösung der ordinären psychometrische Gütekriterien	Psychiatrisch behandelte Kinder und Jugendliche
Huber et al. (2003)	Fragebogen (u.a. Rückgriff auf den i-TAB von Rudolf 1991)	505	● je positiver die initiale Arbeitsbeziehung erlebt wurde, desto zufriedener zeigten sich die Patienten in der drei Monate nach dem Beratungsgespräch durchgeführten Katamnese	psychiatrisch erkrankte Patienten
Fuchs et al. (2003)	Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung (BFTB)	210	● keine notationswürdigen Erkenntnisse erzielt	psychiatrisch erkrankte Patienten
Braun (2003)	Kurz- und Minimalform des Berner Patientenstundenbogens von Grawe (1987)	85	● der Autor reduzierte den Stundenbogen von Grawe (1998) auf 19 (Kurzversion) und 4 Items (Minimalform), mit denen bereits nach der Fünften Therapiesitzung eine solide Prognose des Therapieerfolges erstellt werden kann	psychiatrisch erkrankte Patienten

Tab. 74-75: Deutschsprachige Forschungsarbeiten zur Erfassung der ‚*(initialen) therapeutischen Beziehungsqualität*' sowie zur Erhebung des ‚*Post-Session-Outcomes*'[4]

[4] eigene Darstellung des Verfassers auf Grundlage der Literaturrecherche

Tabellen 77 bis 135: Systematische Analyse von insgesamt 90 deutschsprachigen PZ-Bögen

Instrumentenlabel	*Focus*	*Items*	*Frageformat*	*Ant-wort-Kate-gorien*	*N**	*Rück-lauf-quote*	*Erhebungs-zeitpunkt*	*Dimensionen der Patienten-zufriedenheit*	*Genealogie des Erhebungsinstruments - Angaben zur psychometrischen Güte*	*Abteilungen*	*Autoren und Studienjahr*
ZUF-8	Selbstbeurteilungs-verfahren, globale Zufriedenheitser-fassung	8	Bewertungsstil; Item als Frage konzipiert	4	6865	k.A.	perstationär	Der eindimensionale Global-faktor „Gesamtzufriedenheit“ klärt insgesamt 64% der Varianz auf	Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess: • Adaption des amerikanischen CSQ-8 von *Attkinsson & Zwick* (1982) • Pretest mittels drei ZUF-Versionen (TOTAL-17, ZUF-15 und ZUF-8) anhand einer Stichprobe von n=238 • Psychometrische Prüfung des ZUF-8 an einer Stichprobe von n=6865: - Reliabilität (Chronbachs α=0,92; den analogen Term ergaben sowohl der Split-half-Test sowie der Parallel-Test) - Faktorielle Validität (1-Faktor-Struktur) - Konkurrente Validität (Korrelationen von r=0,76 zum PsyBao-Item und r=0,66 zur HSET-Skala) - Prognostische Validität	stationäre Behandlung in Reha-Kliniken oder im allge. Krakenhaus	Schmidt et al. 1989, 1994, 1999, 2002
ZUF-3	Reduktion des ZUF-8 zum Zwecke eines „ökonomischen“, monodimension-alen Instruments	3	Bewertungsstil; Item als Frage konzipiert	4	316	45,2%	perstationär (Stichtag)	Der Gesamtzufriedenheits-faktor setzt sich aus folgenden Teildimensionen zusammen: • Qualität der Behandlung • Ausmaß der erhaltenen Hilfe • Zufriedenheit im Großen und Ganzen	Entwicklungsprozess: • Prüfung des ZUF-8 von *Schmidt et al*. 1989 – einer deutschen Adaption des amerikanischen CSQ-8 von *Attkinsson & Zwick* (1982) – im Rahmen einer Stichtagserhebung an einem Patienten-gut von n=316. • Zu den regulären 8 Items dieses “klassischen“ monodimensioanlen Meßinstruments gesellten die Autoren noch eine geschlossene Frage zur subjektiven Befindlichkeitsänderung, sowie drei offenen Fragen, bei dem der Patient Lob, Kritik und weitere Anreg-ungen äußern konnte, hinzu. • Die statistische Analyse des generierten Datensatzes ermöglichte eine Reduktion der Itemzahl auf 3 Items; die Autoren fassten die Item 1,5 und 7 des ZUF-8 zu einer 3-Item-Kurzform zusammen, da sie durch hohe Ladungen in der Faktoren-anlyse (jeweils 0.8), hohe korrigierte Trennschärfekoeffizienten (zw. 0.71-0.78) sowie niedrige Missing-Data-Quoten auszeichnen. • Reliabilität des ZUF-8 (Gesamt): α=0,9 • Reliabilität des ZUF-3 (Gesamt): α=0,57	stationäre Behandlung in Reha-Kliniken oder im allg. Krakenhaus sowie in der Psychiatrie	Spießl et al. 1996

									• Die beiden Skalenversionen korrelieren mit r=0,9 signifikant (p≤0,001) • Item 7 („Zufriedenheit im Großen und Ganzen“) zeichnet sich zudem als “Marker-Item“ aus.		
Uniklinik Magdeburg	Entwicklung eines Fragebogens zur Dauererhebung	7	Bewertungs-fragen (4) und Satzergänzun-gen (3);	3	k.A.	<10%	perstationär	7 Dimensionen: • Empfang auf Station, • Regelung der Besuchszeit, • Unterbringung, • Verpflegung, • ärztliche Betreuung, • pflegerische Bereuung, • Organisation.	Keine Angaben; weder über die Entwickl-ungsgeschichte des Instruments, noch über dessen Gütemaße;	Allgemeines Krankenhaus (Chirurgie / Innere / Gynäkologie)	Adam 2001
Krankenhaus München-Neuperlach (KMN)	Entwicklung eines Kurzfragebogens als „Monitor“ des Beschwerdemana-gemets	7	Bewertungs-fragen	2-3	k.A.	k.A.	perstationär	7 Dimensionen: • Empfang bei Aufnahme, • Behandlung / Betreuung durch das Klinikpersonal, • Information • Nützlichkeit der Kranken-hausbroschüre • Verpfleungung • Weiterempfehlung • Wichtigste Erlebnisse / Faktoren der Behandlung	Keine Angaben; weder über die Entwickl-ungsgeschichte des Instruments, noch über dessen Gütemaße;	Allgemeines Krankenhaus [Allinklusion]	Schmidt & Satzinger 2001
Patientenfragebogen der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informations-medizin	Instrumentenent-wicklung; Zufried-enheit der Patienten mit ihren Ärzten; Kontrolle von Dritt-variablen; Ost/West-Vergleich.	7	Statements / Aussagen *(negativ formuliert)* *Beispiel:* *„Der Arzt untersuchte mich nicht sehr sorgfältig.“* Zustimmungsskala: *“trifft überhaupt nicht zu“ bis* “trifft voll und ganz zu“	5	4.605	Die Befragung wurde *telefonisch* von Emnid durchgeführt.	k.A.	Dimensionen: •Kommunikationsverhalten des Arztes •Fachkompetenz des Arztes (Verhaltensstil) •Sozioemotinales Verhalten / Kompetenz des Arztes •Entgegengebrachte Anerkenn-ung, Respekt, Würde, Wert-schätzung durch den Arzt; •Weiterempfehlungsverhalten •Aufklärungsverhalten des Arztes bezüglich: - Krankheitsentitäten und Verhaltensmaßnahmen - Medikamenteneinnahme res. –zusammensetzung sowie Erklärung von Untersuchungs-abläufen	Entwicklungsprozess: • Der Itempool des zugrundeliegenden Fragebogens wurde von dem Autorenduo aus mehreren umfangreichen Instrument-en des angloamerikanischen Sprach-raums zur Patientenzufriedenheit sowie zur Eischätzung des Arztes zuammenge-stellt. Dabei bezogen sie sich primär auf die nachfolgenden Studien: - Roberts & Tugwell 1987 - Hulka et al. 1971 - Ware 1978 - Johnson et al. 1988 - Klessig et al. 1988 - Roter et al. 1987 - Baker 1990 • Der Itempool wurde in einem ersten Analyseverfahren auf 28 Items reduziert. • Aus erhebungsökonomischen Gründen wurde der 28 Items umfassende Frage-bogen derart gestrafft, dass er in der Letztfassung nunmehr 7 Items beinhaltet.	Allgemeines Krankenhaus	Arnold & Lang 1994

Lübecker Fragebogen-Doppelkarte	Fragebogenent-wicklung, Monitor-Instrum-ent, Beschwerde-management;	13	Bewertungs-fragen (Wie war ihr...?)	5er VAS; Beson derheit ist die gesamt zufried enheits frage die analog zum Hotelg ewerb e Sterne von 1 bis 5 abfragt , Verga be von „Güte-Sterne n“	160	58,4%	perstationär (Ausgabe bei Aufnahme)	Zufriedenheitsdimensionen: • Fachliche Kompetenz der Mitarbeiter in der Klinik • menschliche Kompetenz der Mitarbeiter in der Klinik • Kompetenz der Organisation	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • Die Entwicklung der Fragenkarte erfolgte durch einen multiprofessionell besetzten „Arbeitskreis Patientenzu-friedenheit“ (Teilnehmer aus Pflege und Ärzteschaft); • Basierend auf den Erkenntnissen eines im Vorjahr durchgeführten Qualitäts-zirkels analysierte der Arbeitskreis bekannte Test-Instrumente; • Die Instrumentenanalyse mündete einerseits in einer systematischen Mängelliste sowie andererseits in einem normativen Anfoderungsprofil für die zu entwickelnde Fragenkarte; • *„Aus vorhandenden Instrumenten und eigenen Ansätzen wurde ein Fragepool erstellt, der in einem weiteren Schritt auf Kernaussagen reduziert und formell vereinheitlicht wurde. Unter Berück-sichtigung der Ergebnisse aus den Pre-Tests des Vorjahrs erfolgte dann die Auswahl der zu übernehmenden und/ oder neuformulierten Fragen in einem Experten-Ranting (Punkteverfahren). Als Ergebnis von insgesamt 14 Expert-enmeetings, drei Pre-Tests und ebenso vielen Korrekturkonferenzen entstand die von uns eingesetzte Fragebogen-Doppelkarte (...)“* [Viethen et al. 1997, S.51]. • Der Test-Retest-Reliabilitätkoeffizient weist einen Mittelwert von r=0,69 auf; • Keine Angaben zur Validität.	allgemeines Krankenhaus	Viethen et al. 1996, 1997; 1998; Ehlers-Gauger et al. 2001b; Jahnke et al. 2002; Ellermann 1996, Klinger et al. 2005
Tübinger Fragebogen	Fragebogenent-wicklung, QM, Schwachstellen-analyse und Me-thodenvergleich	52 (68)	Überwiegend Berichtsfragen, 6 allgemeine Urteilsfragen;		804	43,6%	poststationär	7 Dimensionen: • Information und Kommuni-kation • Berücksichtigung der Bedürfnisse, Wünsche und Werte des Patienten • Seelische Unterstützung • Leibliche Versorgung • Einbeziehung der Ange-hörigen • Planung des Aufenthaltes und Kontinuität der Ver-	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Die inhaltliche und strukturelle Aus-staffierung des Tübinger Fragebogens basiert auf einem amerikanischen Meß-instrument, dass erstmals 1989 in einer Studie von *Cleary et al. 1991* an 6455 Patienten getestet wurde; • Dieses Instrumentarium wurde - in einer nahezu analogen Untersuchungsan-ordnung – ebenfalls in Kanada (n=4599; vgl. *Charles et al. 1994*) und in GB (n=5150; *vgl. Bruster et al. 1994*) an-	Allgemeines Krankenhaus (Chirurgie / Innere / Gynäkologie)	Straub et al. 1998; Blumenstock et al. 2001

								sorgung • Interne Koordination und Integration der Versorgung Zusatz: • Gesamtzufriedenheit • allgemeine Krankenhausbewertung • Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes	gewandt; • Das Hauptziel dieser internationalen – mittels Telefoninterviews durchgeführten – Studien, bestand darin, einen Aufschluss über die Bedürfnisstruktur und die Erfahrungsinhalte der Patienten zu bekommen; • Die Adaption des amerikanischen Fragebogens wurde durch das ZUMA und das Institut für Demoskopie in Allensbach unterstützt; • Das erarbeitet Erhebungsinstrument gliedert sich in eine Kurz- und eine Langfassung mit jeweils 52 res. 68 Fragen auf; • Keine Angaben über psychometrische Gütemaße.		
Rostocker Fragebogen	Messung der subjektiven Qualitätswahrnehmung	28	Zufriedenheitsfragen / zuzüglich vier Wichtigkeitsfragen; vier Bewertungsfragen; eine Frage zum Patientenwunsch, eine entsprechende Berichtsfrage	5	468		perstationär	7 Subskalen (explorative FA): • ärztliche Leistungen • pflegerische Leistungen • stationäre Aufnahme • Patientenzimmer • Mahlzeiten • Kosten zusätzlicher Hotelleistungen • zeitliche Organisation	<u>Kaskadenförmige Entwicklungsprozess</u>: • Literaturstudien; • Erfahrungen der Autoren; • empirisch überprüfte Fragebogenentwürfe; • theoretische Grundgerüst bildet das teilleistungsbezogene Qualitätsmodell (TEILQUAL) für komplexe Dienstleistungen von *Güthoff 1995*, welches an die Spezifität der klinischen Dienstleistungen angeglichen wurde; • Multiple Regressionsanalyse: 85% der Gesamtzufriedenheit werden durch die einzelnen Versorgungsaspekte erklärt • Eine kausalanalystische Modellbildung bestätigte eine hohe Anpassungsgüte des Gesamtmodells an die empirischen Daten. Die Ausgangsvarianz kann nahezu vollständig durch das Modell erklärt werden (GFI = 0,99; AGFI = 0,99)	allgemeines Krankenhaus	Olandt 1998; Olandt & Krentz 1998; Olandt & Benkenstein 1999

Patientenfragebogen des IMU an der Universität Mannheim	Entwicklung eines Meßinstruments zur Erfassung der Dienstleistungs-qualität in Krank-enhäusern, Schwa-chstellenanlyse	107	Überwiegend klassische Zufriedenheitsfragen (Kurzformulierungen)	9	168	k.A.	perstationär	2 (Meta-)Dimensionen: • Medizinische Qualität - *Interaktion Arzt/Patient* - *Medizinische Leistungen* - *Interaktion Pflege/Patient* • Hotelqualität - *Essen* - *Wohnen* Zusatz: - *Gesamtzufriedenheit*	<u>Entwicklungsprozess:</u> •Die Instrumentengenese erfolgte vor dem Hintergrund des teilleistungsbezogenen Qualitätsmodells von *Olandt 1998*, welches an das individuelle Behandlungs-profil der Thoraxklinik-Heidelberg ange-passt wurde. •Der Erstentwurf des Fragebogen wurde den Autoren zufolge in mehreren Pretests auf seine semantische Luzidität hin über-prüft. •*Angaben zur psychometrischen Güte:* - Zur Bestimmung der Approxitätsgüte des entwickelten Qualitätsmodells wendeten die Autoren den zum statistischem Ver-fahren der lienaren Strukturgleichungs-systeme gehörenden LISREL-Ansatz der Kausalanalyse an. Die Ergebnisse wiesen eine hinreichend hohe Anpassungsgüte des Gesamtmodells an die empirischen Daten auf [GFI=0,98 ; AGFI=0,98]. - Darüber hinaus finden sich leider keine weiteren Angaben zur psychometrischen Güte des Instruments.	allgemeines Krankenhaus	Bauer & Frey 1998, Bauer et al. 2002.
Hamburger KH	Fragebogenent-Wicklung, QM, Prüfung von Moderatoreffe kten	95	Statements, 6 offene Fragen;	5	505	48%	poststationär	15 Dimensionen: • Ärztliche Betreuung - *Humanität (Zuwendung, Aufklärung. Partizipation)* - *Organisation* - *Kompetenz* • Betreuung durch das Pflege-personal - *Humanität* - *Organisation* - *Kompetenz* • Unterbringung • Länge des Aufenthaltes • chronische / akute Besch-werden • Entlassungsungszeitpunkt • Intims-/Privatssphäre • Zusammenarbeit der Berufs-gruppen • Lärm, Unruhe, Schlaf • Geborgenheit, Sicherheit • Besuchszeiten	Keine expliziten Angaben zur Instument-engenese.	allgemeines Krankenhaus (Chirurgie / Innere / Gynäkologie)	Schaupeter 2001

								• Empfehlungen • Erwartungen / Wünsche • Beurteilung der Abteilungen • technischer / diagnostischer Bereich - Organisation - Kompetenz - Humanität			
Uniklinik Lübeck	Fragebogenentwicklung, Evaluation;	65	Statements	5	581	64,2%	poststationär	7 Dimensionen: • subjektiver Gesundheitszustand • Betreuung durch Ärzte • Betreuung durch Pflegekräfte • Unterbringung / Versorgung • Funktionsbereiche (EKG, Röntgen usw.) Rö • Betreuung durch Dienste (z.B. Sozialdienst) • Wünsche an das Krankenhaus	*Raphsodische Angaben zur Instrumentenentwicklung:* Der angewandte Fragebogen basiert auf einem 1995 von Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin der Universität Lübeck und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein konzipierten Instruments; • Die Erstversion wurde an einem Patientengut von n=510 *pre*getestet; Die im Rahmen des Pretest evozierten Daten dienten den obige genannten Konstrukttouren zur partiellen Modifikation der Ursprungsversion; dabei wurden sowohl Anregungen der Pflegedienstleitung, der Direktoren als auch der Krankenhausseelsorger berücksichtigt; • Zur weiteren Validerung des Meßinstrumentes nutzen *Ehlers et al. 1999* das Verfahren des kognitiven Pretesting (n=20); • Aus den Ergebnissen dieses Pretestverfahrens resultierten nochmals einige punktuelle Veränderungen am Instrument *Psychometrische Qualitäten*: • „Praktikabilitätsnachweis“ durch das affirmative Antwortverhalten der Patienten auf zwei offene Fragestellungen zur Bedeutsamkeit / Wichtigkeit und Schwierigkeit der Befragung; • Reliablität & Validität wurden nicht explizit untersucht.	Innere Medizin	Ehlers et al. 1997; Ehlers-Gauger et al. 2001a.

FPZ – *F*ragen zur *P*atientenzufriedenheit	Instrumententwicklung; Minimierung von Deckeneffekten; Schwachstellenanalyse; Eruierung der subjektiven Dimensionsgewichtung	72 = 10 (Wi) + 10 (Zuf) + 42 (VB)	Kombination: „subjektive Wichtigkeit“ (W) & „Zufriedenheit“ bewerten (Z); Auswertung: gewichtete Zufriedenheit (gZ) Gewichtungsformel: GZ=(W-1)*(2*Z-5); sowie Verbesserungsvorschläge	5	733	78%	perstationär	10 Subskalen (explorative FA): • Krankenzimmer • Verpflegung und Tagesablauf • fachliches Können der Ärzte • Umgang der Ärzte mit den Patienten • Umgang der Ärzte mit Informationen • Krankenhausorganisation • Angebote für die Patienten • Erreichbarkeit / Parkplätze • Ergebnis des Krankenhausaufenthaltes • Betreuung durch die Krank-Enschwetsern und -pfleger	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • Umfangreiche Literaturrecherche • Leitfadengestützte Interviews mit 20 Patienten aus verschiedenen Fachdisziplinen • Entwicklung eines ersten Fragebogens auf der Grundlage der Interviewdaten (Umfang: 37 Items) - Partielle Adaption des ZUF-8 von *Schmidt et al. 1989* - Konzeption der Wichtigkeitsskala in Anlehnung an ein Meßinstrument zur Lebenszufriedenheit von *Henrich & Herschbach 2000* • Prüfung der vorläufigen Pilotversion an einer Stichprobe von 113 Patienten (Rücklauf: 50%) • Die Ergebnisse der statistischen Auswertung führten zu einer drastischen Reduktion der Items; zusätzlich zu der Wichtigkeits- und Zufriedenheitsskala konzipierten die Autoren auf Basis der negierten Einzelitems und den Angaben der Patienten in der Interviewphase eine Checkliste mit 42 Verbesserungsvorschlägen; • Hauptstudie (n=733; Rücklauf: 78%) • Reliablität (gesamt): 0,86 Cronbachs α • die Autoren klagen für die patientennahe Fragebogengenese eine hohe inhaltliche Validität ein; •Überprüfung unterschiedlicher Moderatorvariablen (30) mittels multipler Regressionsanalyse; die Variablen klärten nur einen geringen Teil der Varianz des FPZ-Summenwetes auf (zw. 3%-11%)	Stationäre Behandlung in Reha-Kliniken oder im allg. Akutkrakenhaus	Henrichs et al. 2001
„PATSAT-K“			Endpunkte der Skala und mittlere Wert mit Smiley’s; Zufriedenheit im engeren Sinne; klassische Zufriedenheits frage (rating)	7	623		perstationär	9 Dimensionen: • Aufnahme • Interaktionsqualitäten des ärztlichen Personals • Medizinische Aufklärung • Interaktionsqualitäten des Pflegepersonal • Zimmer • Verpflegung • Sauberkeit • Organisation des Aufenthaltes • Wahrung der Privat- / Intimsphäre	Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess: • Reliabilität (Subskalen): 0,86 - 0,97 α • Angaben zu konvergenter- und diskriminanter Validität	allgemeines Krankenhaus	Hribek 1999; Hribek & Schmalen 2000

HFK – *H*amburger *F*ragebogen zum *K*rankenhausauf-enthalt	Defizitanalyse, internes QM, internes /externes Benchmarking, Vernetzung mit Zertifizierungs-res. Selbstbewert-ungsverfahren	62	51 Bewertungs-statemants; 11 Kunin-Skalen zur Gesamtbe-wertung; Item-formulierung in dritter Person Plural („Dritte Personen Effekt)	5er Likert-Skala & Kunin-skala	150	53%	*per*stationär (am Tag der Entlassung)	10 Subskalen: • Aufnahme *(5 Items)* • Visiten *(5 Items)* • Pflegerische Betreuung *(6 Items)* • Ärztliche Betreuung *(6 Items)* • Stationsklima *(4 Items)* • Information & Aufklärung *(5 Items)* • Unterbringung/Verpfleg-ung *(6 Items)* • Organisation *(5 Items)* • Entlassung *(5 Items)* • Gesamtbeurteilung *(14 Items)*	<u>Kaskadenförmige (-iterative) Genese:</u> • Adaption des Patientenfragebogens von Koch et al. 1998; Fragebogentorso; *(07/1998 bis 09/1998)* • Berücksichtigung des KTQ-Leitfadens zur Patientenbefragung • Integration etablierter Standard-Items der Patientenzufriedenheitsbefragung: - FKKP von Nickel & Trojan (2000) - CSQ von Attkinson & Zwickel 1982 - PSQ von Ware et al. 1983 • Patienteninterviews (N=30): Erweiter-ung des Itempools; Berücksichtigung sprachlicher Gewohnheiten; *(05/1998 bis 07/1998)* • Erste Vorversion (*N*=204): Item-analysen und psychometrische Überprüfung; *(09/1998 bis 12/1998)* • Zweite Vorversion (*N*=110): erneute Itemanalyse, Reduktion des Bogens und sprachliche Anpassung; *(09/1999 bis 12/1999)* • HFK-Testversion (*N*=248): Itemanalyse; *(08/2000 bis 11/2000)* • Zusatzbefragung von *N*=240 Nicht-Patienten zu deren prospektiven Erwartungen an den Krankenhaus-aufenthalt: sprachliche Anpassung (11 Items), erwartungsgetreue Itempool-ung, inhaltliche Ergänzungen (15 neue Items), Reduktion (29 Items wurden gestrichen) • Psychometrische Prüfung des HFK an einer Stichprobe von *N*=150: - Inter-Skala-Korrelation - Faktorenstruktur - Beobachterübereinstimmung - Reliabilität (gesamt): $\alpha = 0,96$ - Reliabilität (Subskalen): $\alpha = 0,52 - 0,83$ - Drittvariabeleneinflüsse klären zwi-schen 6% und 9% der Gesamtvarianz auf und osszilieren in punkto Effekt-stärke von $\beta=-0,275$ bis $\beta=0,329$ - Differenzierungsfähigkeit der Subskalen (Varianzanalyse & LSD-Posthoc-Test) - Praktikablität *(08/2001 bis 11/2001)*	Chirurgie / Internistik	Lecher et al.

Die Hamburger DAK-Befragung	Instrumentenentwicklung, Markttransparenz, Benchmarking (externer Vergleich), Anstoß für internes QM, krankenhausspezifische Schwachstellenanalyse.	45	Überwiegend Bewertungsfragen *Beispiel:* „Wie kamen sie mit den Weckzeiten zurecht?“ *Antwortskala:* Sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht	5	12 288	54,02%	poststationär	8 Dimensionen: • Aufklärung über die Abläufe • Medizinsich-ärztliche Versorung • Pflegerische Versorgung • Organisation & Wartezeiten • Ausstattung & Service • Hilfe im Umgang mit der Krankheit • Information zur Nach-Betreuung • Subjektiver Behandlungserfolg	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> •Der DAK-Fragebogen ist das Produkt einer fruchtbaren Zusammenarbeit zw. der Unternehmensberatung Gesundheits-heitsConsult GmbH und dem Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg. Zur Instrumentengense lassen sich folgenden Angaben machen: •umfassendes Literaturstudium: „*Für die Auswahl der Items und Dimensionen wurde sich vor allem an amerikanischen sowie den wenigen deutschen Studien orientiert. Als Literatur hierzu sei verwiesen auf Cleary et al. 1991, Meterko et al. 1990, Delbanco 1992, Hays et al. 1991, Straub 1993, Satzinger 1996, Raspe 1996 sowie Trojan 1997“ [Hildebrandt/Nickel/Trojan 1999, S. 62]*. •qualitative Vorstudien •verschiedene Prestes •<u>Angaben zur psychometrischen Güte</u>: - Reliablität (Subskalen): α = 0,37 - 0,94 [sechs Skalen α = > 0,7] - Reliabilität (Gesamt): α = 0,79 - Prüfung der Konstruktvalidität mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse - Prüfung von Moderatoreffekten per Diskriminanz- und multipler Regressionsanalysen: Die erhobenen Drittvariablen erklären im *Durchschnitt nur 8%* (zw. 4 und 15%) der Qualitätsskalen.	Stationäre Krankenversorgung im Allgemeinkrankenhaus	Schumpeta & Hildebrandt 1999

Patienten-Monitor®	Instrumentenent-wicklung, Markt-transparenz, Bench-marking (externer Vergleich; ku-Ben-chmark-Club), An-stoß für internes QM, krankenhaus-Krankenhausspezi-fische Schwach-stellenanalyse	70	Überwiegend Bewertungsfragen (*Kurzformulierungen*) *Beispiel:* *„Der Empfang durch das Krankenhauspersonal bei meiner Aufnahme war...* *Antwortskala (5 stufig, „ linksschief"):* *"herausragend" "sehr gut" "gut" "mittelmäßig" "schlecht" „" "schlecht"*	5	„Bisher wurden mit dem Patienten-Monitor® über 50.000 Patienten aus mehr als 40 Krankenhäusern befragt"(Leber et al.. 2001b: 537).	k.A.	poststationär	13 Dimensionen: • Subjektiver Behandlungs-erfolg • Aufnahme und Empfang • Informationen zum Krankenhausaufenthalt • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Zusammenarbeit zwischen Ärzten u. Pflegepersonal • Betreuung durch sonstiges Personal • Tagesplanung • Ausstattung und Service • Hilfestellung im Umgang mit der Krankheit • Versorgung nach der Ent-Lassung • Gesamtzufriedenheit • Weiterempfehlungsabsicht	Weiterentwicklung des DAK-Bogens ; zur psychometrischen Güte insbesondere Bleich et al. 2006 in Diagnostica!!!; Weiterentwickelter Fragebogen „Patienten-Monitor"; „Auf der Grundlage der intensiven Auswertung und statistischen Begutachtung sowie nach laufender weiterer Sichtuing der einschlägigenm Literatur konnte auf der Basis ein verbessertes , standardiseirtes Fragebogeninstrument, der „*Patienten-Monitor*" entwickelt werden." (Hildebrandt, Müller, Trojan, Bonato 1999, 234); „Auf einige, weniger ergiebige und nur in geringem Maße differenzierende Fragen konnte verzichtet werden, andere kamen hinzu und vertiefen die Aussagefähigkeit des Instruments" [Hildebrandt, Müller, Trojan, Bonato 1999, 234)]; Modifikation u.a. linksschiefe Antwortskala	Stationäre Krank-enversorgung im Allgemeinkrank-enhaus	Schumpeta & Hildebrandt 1999; Müller 1999, 2000; Leber et al. 2001a, 2001b; Bleich et al. 2006; Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH 2006;

Der *K*ölner *P*atienten-*f*ragebogen (KPF)	Entwicklung eines Meßisntruments zur Patientenzufriedenheit unter besonderer Berücksichtigung der Interaktionsbeziehungen und des shared-desicion-making Ansatzes (Einbeziehung des Patienten als Kotherapeut); Analyse unterschiedlicher Fragebogendistributionsmodi [u.a. per- vs. poststationär] auf die Rücklaufquote	173	überwiegend Bewertungsfragen	4	1353	54,4%	Poststationär mit einem Mehrfacherinnerungsverfahren in Anlehnung an die total Design Method von *Dillman 1978*	9 Dimensionen: • Krankenhausleistungen und Krankenhausorganisation - *Sauberkeit* - *Basisinfrastruktur* - *Organisationschaos* - *Hektik* • Koproduktion - *Koproduktionspotenzial* • Information & Kommunikation - *Medizinische Information* - *Psychosoziale Information* - *Informationsunsicherheit* - *Medizinischer Informationsbedarf* - *Psychosozialer Informationsbedarf* • Interaktionsqualität – Ärzte - *Unterstützung durch Ärzte* - *Vertrauen zu Ärzten* - *Zuwendung von Ärzten* - *Vernachlässigung durch Ärzte* - *Mobbing durch Ärzte* • Einbeziehung in die Behandlung - *Patientenaktivierung durch Ärzte* - *Kotherapie* - *Kritische Entscheidungsteilnahme des Patienten* - *Aktives Informationsverhalten des Patienten* • Patienteneduktion und Behandlungsoptimusmus - *Patienteneduktion* - *Vermittlung von Behandlungsoptimismus* • Interaktionsqualität – Pflegekräfte (PK) - *Unterstützung durch PK* - *Vertrauen zu PK* - *Zuwendung von PK* - *Vernachlässigung durch PK* - *Mobbing durch PK* • Patienteneinstellungen - *Partizipationsbedürfnis* - *Aufklärungsbedürfnis*	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> <u>I. *Explorative Phase*:</u> - Intensive Literaturrecherche; - Durchführung von insgesamt vierzig leitfadengestützten Patienteninterviews, die vorrangig zur Generierung patientenseitiger Qualitätsdimensionen sowie zur empirische Exploration des Kotheapieverhaltens der Patienten dienten; - Auf der Basis dieser qualitativen Daten erstellten die Autoren einen ersten Fragebogenentwurf. Diesbezüglich *sei en passant* angemerkt, dass die Autoren dabei nicht ausschließlich von der rein induktiven Methode rationaler Fragebogenkonstruktion Gebrauch machten, sondern darüber hinaus auch theoretische Überlegungen zur Konstruktoperationalisierung *– im Sinne der deduktiven Konstuktionsmethode –* in die konzeptionelle Ausstaffierung der Instrumentenrohform einbezogen. So bildeten die drei nachstehend angeführten Konzepte den theoretischen Rahmen der Fragebogenkonstruktion: 1. *das Beziehungskonzept* (Pfaff 1981; House/Kahn 1985; Bandura et al. 1987; Pfaff 1989), 2. *das Koproduzenten-Konzept* (Forschungsverbund Laienpotential 1987; Pfaff 1994; Nickel/Trojan 1999b), sowie 3. *das sozial-kognitive Prozessmodell* des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer 2004). Darüber hinaus nahm das Autorenquartett mit der Michigan-Unterstützungsskala (*Caplan et al. 1982*) sowie einer eigenen Übersetzung der PICS-Skalen (*Lerman et al. 1990*) zwei etablierte Itembatterien in ihr Erhebungsinstrumentarium auf. <u>II. *Pretest-Phase:*</u> Die entwickelte Rohversion des Kölner Patientenfragebogens wurde mittels qualitativer und quantitativer Evaluationsverfahren sukzessive optimiert. - *Qualitative Methoden:* Die erste Version des Fragebogens wurde im Rahmen eines mehrstufigen, iterativem Verbesserungsprozesses mit insgesamt drei unterschiedlichen qualitativen Pretest-Techniken	Allgemeines Krankenhaus	Pfaff et al. 2003

									vor allem auf seine Bedeutungs-äquivalenz hin überprüft: *1.Stufe*: Drei Think-Aloud-Interview-Wellen an insgesamt 102 Patienten; *2.Stufe*: Probing; 3.Stufe: Sechs Gruppendiskussionen; - *Quantitative Methoden*: Abgerundete wurde die Pretest-Phase durch drei hintereinandergeschaltete quantitative Befragungen. <u>III. Validerungsphase:</u> Die Dritte Phase des Projekts bestand in der Quantitativen Evaluation und Validierung des Fragebogens sowie Untersuchung verschiedener Datenerhebungsverfahren.Diese Phase gliederte sich in drei Abschnitte: a) Durchführung einer qualitativen Hauptbefragung zur Erfassung der Reliabilität und Konstruktvalidität der entwickelten Skalen; b) Durchführung einer quantitativen Basisbefragung als Ausgangspunkt für die Bestimmung der Vorhersagevalidität; c) Durchführung einer dreigliedrigen quantitativen Nachbefragung zur Erhebung der für die Prüfung der Kriteriums- und Konstruktvalidität benötigten Variablen. <u>*Psychometrische Gütemaße:*</u> • Reliabilität (Subskalen): α = 0,67-0,95; • Reliabilität (Gesamt): α = 0,85; • Angaben zur Vorhersagevalidität (*Nachbefragung I: Gesundheitsbefragung*); • Angaben zur zeitlichen Stabilität der Beurteilungen der Patienten (*Nachbefragung II: Wiederholungsbefragung*); • Angaben zur Kriteriumsvalidität (*Nachbefragung III: Konstruktbefragung*); • Konstruktvalidierung des KPF mittels der *Multitrait-Multimethod-Analyse* (MTMM) nach an *Campell & Fiske 1959*: - Als ‘*Multitriat-Element*‘ fungierten die augenscheinlich konstruktfernen Skalen der Interaktions- *(»Kotherapie«, »Vertrauen zu Ärzten«, »Zuwendung durch Ärzte«*) und Organisationsebene (*»Organisationschaos«, »Hektik«*). *In nuce* sei diesbezüglich allerdings angemerkt, dass die gegenübergestellten Skalen an und für		

Instrumentenlabel	*Focus*	*Items*	*Frageformat*	*Ant-wort-Kate-gorien*	*N**	*Rück-lauf-quote*	*Erhebungs-zeitpunkt*	*Dimensionen der Patienten-zufriedenheit*	*Genealogie des Erhebungsinstruments - Angaben zur psychometrischen Güte*	*Abteilungen*	*Autoren und Studienjahr*
									sich keine eigenständigen Konstrukte aufschlüsseln, sondern vielmehr unterschiedliche Attributionen ein und desselben multidimensionalen Konstrukts - namentlich der Patientenzufriedenheit – darstellen. Vor dem Hintergrund der erbrachten Operationalisierungsleistungen scheint es somit angemessener von Multiattributations statt von Multitraits zu sprechen. - Als '*Multimethod-Element*' dienten den Autoren unterschiedliche Methoden der Fragebogendistribution: Inhouse- versus poststationär-postalische-Verfahren. Diese Operationalisierungsform trägt jedoch dem klassischem Ansinnen der MTMM nicht hinreichend Rechnung, so dass in diesem Zusammenhang eher von einem *Monomethod-Hereroframing-* res. *Herterodistributation-Ansatz* gesprochen werden muß. - Die obig aufgezeigten Operationalisierungsdefizite führten in der Konsequenz dazu, dass die Ergebnisse der durchgeführte MTMM-Analyse, die in ihrer Morphologie eher einer Multiattributaion-Multidistribuation-Analyse glich, stark limitiert sind. So weist die generierte MTMM-Matrix bspw. weder Heterotrait-Heteromethod-Korrelationen noch Monotrait-Heteromethod-Korrelationen aus. Ungeachtet dieser Zäsuren wiesen die exponierten Ergebnisse der MTMM-Analyse – mit welcher die Autoren ein statistisches Novum in den Diskurs der deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsforschforschung einführten - letztlich eine befriedigenden konvergierende und diskriminierende Gültigkeit auf.		

„Uster“-Fragebogen	Fragebogenadaption, Schwachstellenanalyse, Kontrolle von Moderartorvariablen sowie unterschiedlicher Messzeitpunkte	54	Überwiegend Bewertungsfragen; Beispiel: *„Wie beurteilen Sie insgesamt die Arztvisiten (Dauer, Information, Kontaktqualität?“* Bewertung auf einer 5-stufigen „linksschiefen“ Likertskla: *ausgezeichnet.....sehr gut.....gut.....genügend.....mangelhaf*	5er linkssteil	52	69%	„per-post-Verfahren“	13 Bereiche: • Allgemeine Fragen zum Eintritt und Spitalaufenthalt • Aufnahme • Betreuungspersonal • Operations- und Untersuchungsräume • Anästhesie • Aufwachraum • Kommunikation • Pflegepersonal auf der Abteilung • Ärzte • Patientenzimmer • Essen • Spitalaustritt • Spitalbetrieb im allgemeinen 3 Faktoren (explorative FA): • Ärzte (37,4% Varianzaufklärung) • Pflege und Sauberkeit (8,3% Varianzaufklärung) • Hotellerie (6,3% Varianzaufklärung)	„Das in diesem Projekt verwendete Befragungsinstrument wurde in Anlehnung an einen Fragebogen der „Joint Commission on Accreditation in Helth Care Organizations“ (USA) entwickelt (JCAHO 1989: 174-175). Dieses Instrument wurde bereits erfolgreich im „Birgham & Woman Hospital“ der Harvard University in Bosten, Massachsetts, USA, verwendet. (...) Um das Instrument den Schweizer Verhältnissen anzupassen, wurden einige Fragen des Orginals weggelassen und einige andere dazugenommen. (...) Da durch die Apation keine grundsätzlichen, inhaltlichen Änderungen vorgenommen wurden, erübrigte sich ein Probelauf mit Reliabilitäts- und Validitätstest“ [Wüthrich-Schneider 1998, S. 96-97]. Weniger gut beraten schien die Autorin durch den amerikanischen Soziologen und exponierten Patientenzufriedenheitsforscher Dr. Paul Cleary mit dem Sie Ende 1995 ein Interview führte. Cleary, der den Orginal-Fragebogen bereits selbst angewandt hatte, betrachtete die Notwendigkeit, das adaptierte Instrument einer abermaligen psychometrischen Gütemaßbestimmung zu unterziehen, als nicht gegeben. Diese Einschätzung führte in der Konsequenz leider dazu, dass keinerlei Aussagen zur Reliabilität und Validität des Fragebogens getroffen wurden.	Gynäkologie	Wüthrich-Schneider 1998
Bielefelder-Fragebogen (Klinikum Ludwigsburg)	Fragebogenent-wicklung, Schwachstellenanalyse, direkte Prioritätsmessung;	78 = 68 (Zuf) + 12 (Wi) + 2 (diFr)	Überwiegend Statements	5	248	72%	perstationär (letzte Tag vor der Entlassung)	5 Dimensionen: • Ärztliche Betreuung - Informationsverhalten - Fachliche Kompetenz - Gesprächsmöglichkeiten - Soziale Kompetenz • Pflegerische Betreuung • sonstige Betreuung • Tagesablauf & Verwaltung • Verpflegung & Unterbringung *Zusatz:* • Weiterempfehlung • Loyalität	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Die Autorin orientierte sich bei der Fragebogenentwicklung primär an den nachstehend aufgelisteten Studien: - *Klotz et al. 1996;* - *von Reibnitz & Güntert 1996;* - *Satzinger et al. 1995* - *Hall & Dornan 1988a,b;* - *AOK Gelsenkirchen 1993* • Die obigen Studien wurden in einem interdisziplinären Gesprächskreis, bestehend aus Ärzteschaft und Pflegepersonal, analysiert und durch eigene Überlegungen ergänzt; • Pretest: Die im Rahmen des Experten-	Internistik	Mann 1997

									kreises konzipierte Fragenversion wurde an einer Stichprobe von n=45 Patienten (66,2%) auf Akzeptanz und Veständlichkeit geprüft; • Auf der Grundlage des evozierten Pre-test-Datensatzes wurden einige Items negiert bzw. umformuliert; darüber hinaus führten die Ergebnisse zu einer Modifikation des Austeilungsmodus und der dichotomen Wichtigkeitsskala; diese wurde durch zwölf Bedeutungs-statements ersetzt; • Reliabilität (Skalen): α = 0,62-0,89; • Reliabilität (Gesamt): α = 0,79; • Keine Angaben zur Validität		
„Buchester“-Fragebogen	Entwicklung eines Fragebogens der Notfalls auch als halbstandardisiertes Interview durchgeführt werden kann, Schwachstellenanalyse, Wichtigkeitsmessung	65	Überwiegend Kurzformulierungen *Beispiel:* Die Ärzte sind... *Bewertung auf einem Polaritätsprofil* (Semantische-Differenzial-Skalen): freundlich 1 2 3 4 5 6 unfreundlich	6	192	48,5%	perstationär	12 Dimensionen: • Ärztliches Personal • Pflegepersonal • Unterbringung • Verpflegung • Freizeitangebote • techn.-med. Ausstattung • Tagesablauf • Verwaltung • Bauliche Gegebenheit • Behandlungserfolg • Abrechnungen • Gesamtzufriedenheit	<u>Entwicklungsprozess:</u> Die Instrumentengenese basierte - den Ausführungen des Autors folgend - auf einer rationalen res. deduktiven Methode zur Fragebogenkonstruktion (*vgl. Amelang & Zielinski 2002: 99; Tränkle 1983: 224-5*); wobei der Autor sowohl von der deduktiven- als auch von der intuitiv-rationalen-Technik der Itemformulierung Gebrauch machte. Zur Festlegung der relevanten Zufriedenheitsmerkmale griff der Autor ferner auf die folgenden deutschsprachigen Patientenzufriedenheitsmessungen zurück: - *Freter & Glasmacher 1996* - *Satzinger et al. 1995* - *Rais et al. 1998* - *Viethen et al. 1998.* Zur Überprüfung des entwickelten Meßinstruments wurde dieses vor Beginn der Hauptuntersuchung an einem Greifswalder Krankenhaus einem Pre-Test unterzogen. <u>Angaben zur psychometrischen Güte</u>: - Es finden sich im veröffentlichtem Text leider keinerlei Angaben zur psychometrischen Güte des Erhebungsinstruments. Kryptisch führt der Autor auf Seite 97 aus, dass die Testkriterien (Reliabilität/Validität) hinreichend geprüft worden seien und den statistischen Soll-Anforderungen genügen würden.	Allgemeines Krankenhaus	Buchester 2002

Marburger-Fragebogen	Instrumentenenwicklung, Schwachstellenanlyse, Integration in QM-System	Insgesamt: 177 Items Zufriedenheitsfragen: 128 Wichtigkeitsfragen: 38	*Zweikomponentenansatz* (seperate Item-Blöcke; keine Doppelskala): 1. Klassische Zufriedenheitsfragen (überwiegend im Kurzformulierungsstil) 2. Wichtigkeitsfragen im Kurzformulierungsstil	6	168	33,6%	postalisch	6 Dimensionen: • Statusveränderungen - *Veränderungen des Gesundheitszustandes* • Medizinisch-technische Qualität • psychosoziale Qualität • Information und Aufklärung • Organisation und Ablauf • Annehmlichkeiten und Servicequalität	Die in der voranstehenden Sparte abgebildete Dimensionierung des Fragebogens stellt die Quintessenz einer eklektizistischen Synthetisierung sowohl konzeptioneller Ansätze zur Operationalisierung von Dienstleistungsqualität: - *Donabedian 1980;* - *Grönross 1982, 1984, 1990;* - *Meyer et al. 1987, 1991;* - *Brandt 1987, 1988;* als auch empirisch fundierter Modelle: - *Zeithaml/Parasurman/Berry 1990, 1992* - *Güthoff 1995; Hentschel 1992; Kaltenbach 1993;* dar; wobei dem Autor das teilleistungsbezogene Qualitätsmodell (Güthoff 1995 u.a.) als primärer Bezugsrahmen diente. Gemäß dem Postulat der theoriegeleiteten Forschung bildete der vom Autor erarbeitete Operationalisierungsansatz die Grundlage für die praktische Konzeptualisierung der Patientenbefragung. Darüber hinaus wurden zum Zwecke einer möglichst holistischen und präzisen Erfassung qualitätsrelevanten Dimensionen aus Patientensicht <u>eine *explorative Vorphase*</u> durchgeführt: • Fokusgruppeninterviews mit 30 Patienten und dem jeweiligen Pflegepersonal; • Experteninterviews mit behandelnden Ärzten und Mitarbeitern des Managements sowie des Sozialdienstes; • Erstellung eines Blueprints (Kundenpfad); • Durchführung eines Pre-Tests mit ehemaligen Patienten; • Abschließende Diskussion des Instruments mit dem Geschäftsführer und einigen Stationsärzten. <u>*Psychometrische Gütemaße:*</u> • Für die inhaltliche Validität des Fragebogens spricht die ausgedehnte explorative Vorstudie; • Die Operationalisierung des Konstrukts Patientenzufriedenheit in sechs Dimensionen konnte jedoch weder im Rahmen einer exploativen- noch einer konfirmatrorischen Faktorenanalyse repliziert werden, was in der Summe gegen eine hinreichende Erfüllung des Kriteriums der Konstruktvalidität spricht.	Allgemeines Krankenhaus	Brüggink 1999

Jenarer-Patientenzufriedenheitsfragebogen	Entwicklung eines Fragebogens	14	Bewertungsfragen	6	k.A.	k.A.	perstationär	5 Dimensionen: • Kommunikation / Information / Aufklärung, • Betreuung, • Unterstützung / Anleitung, • Unterbringung, • Atmosphäre Zusatz: - Messung subjektiver Bedeutsamkeitsgewichte im Bereich der Servicequalität (Wichtigkeitsmessung)	Der Fragebogen wurde im Rahmen einer Studentengruppe an der Evangelischen Fachhochschule Berlin, die von dem Autor *Walter Schär* geleitet wurde, "expertokratisch" konzipiert (*Konrad et al. 1998*). Angaben zur psychometrischen Güte des Instrumentes wurden leider nicht getroffen.	Allgemeines Krankenhaus	Schär 1999, Konrad et al. 1998
Fragebogen des St. Marien Hospital Düren/Birkesdorf	Instrumentenentwicklung, Schwachstellenanalyse, Evaluation vorausgegangener Qualitätsbemühungen im Zuge der Implementation eines internen QM-Modells nach EFQM-Richtlinien	125	überwiegend Beurteilungsfragen im Kurzformulierungsstil	6	1152	49,5%	„per-post-Verfahren" ("Kombi")	3 Themenbereiche: • Fragen zum Mitarbeiterkontaktverhalten - *Aufnahmesituation;* - *Kommunikation, Aufklärung, Berücksichtigung von Bedürfnissen;* - *Erfahrungen mit ärztlichem und pflegerischem Personal;* - *Informationsgehalt;* - *Fragen zur Organisation, Struktur und Wartezeiten;* - *Hilfe bei und Unterstützung nach Entlassung/Nachbehandlung;* • Fragen zur technischen Produktqualität - *Angebot des Essens;* - *Ausstattung der Patientenzimmer;* - *Hygiene und bedarfsgerechte Aussattung der sanitären Anlagen;* - *Bewertung des Patientencafé;* •Beschwerdetätigkeit	„Der verwendete Fragebogen wurde von einer Arbeitsgruppe, der sowohl Mediziner, Pflegepersonen als auch übrige Berufsgruppen sowie ein externer Organisationsberater angehörten, nach derzeitigem Wissenstand in der Zufriedenheitsforschung entwickelt und speziell auf das Krankenhaus angepasst. (...) Der Fragebogen wurde nicht auf Validität überprüft (es wur- u.a. kein Pretest durchgeführt)" [*Rode 1999, S. 87*].	Allgemeines Krankenhaus	Rode 1999
Fragebogen der Krankenanstalt „Mutterhaus Borromäerinnen"	Instrumentenentwicklung, Kontrolle von Drittvariablen, Schwachstellenanalyse	62	Überwiegend Statements	5	447	41%	perstationär	3 Faktoren (explorative FA): • Betreuung und Versorgung durch die Pflegekräfte • Betreuung und Versorgung durch die Ärzte • Krankenzimmer und den Serviceeinrichtungen	<u>Entwicklungsprozess:</u> Der Fragebogen wurde von einer 13-köpfigen interprofessionellen Expertengruppe entwickelt. Zur Absicherung der inhaltlich-en Validität orientierte sich das Experten-team an den Ergebnissen des Forschungsprojekts „*Humanität im*	Allgemeines Krankenhaus	Hopp 2000

									Krankenhaus“ (INFAS 1980a-d). Die im Rahmen dieses Projekts extrahierten fünf Dimensionen der Humanität im Krankenhaus bildeten das Grundgerüst des vorliegenden Erhebungsinstruments. Weitere konzeptionelle- und inhaltliche Einflüsse auf die Instrumentengenese hatten die nachstehend angeführten (inter-) nationalen Patientenbefragungen: - Cleary et al. 1989; - Russ 1986; - Ware et al. 1984 - Straub et al. 1996 Vor Beginn der Hauptuntersuchung wurde das entwickelte Instrument einem Pre-Test unterzogen. <u>Angaben zur psychometrischen Güte</u>: - Reliabilität (Skalen): α = 0,75-0,9 - Reliabilität (Gesamt): α = 0,85 - Die Expertengruppe sah das Ausmaß der der inhaltliche Validität durch die Bezugnahme auf die Ergebnisse der INFAS-Untersuchung zur Humanität im Krankenhaus als hinreichend gegeben an. - Es finden sich leider keinerlei Angaben zu weiteren Validitätskriterien.		
Fragebogen der Forschungsgruppe „Metrik“	Fragebogenent-wicklung, QM	100	überwiegend Bewertungs-fragen	5 er links-schief	k.A. min. 80-100pro Station	>80%	Stichtagser-hebung	11 Dimensionen: • pflegerische Versorgung • Qualität des Essens • Sauberkeit • Infrastruktur • ärztliche Versorgung • Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten • Zusammenarbeiten der Berufsgruppen • Aufnahme • Angehörigenintegration • Entlassung	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • Intensives Literaturstudium; • Durchführung von seperaten Fokusgruppen mit Patienten und Experten; • Der auf der Grundlage des qualitativen Materials gebildete Pilotfragebogen hatte einen Umfang von weit über 100 Iems; • Diese Rohversion wurde in zahlreichen Pretests geprüft; die statistischen Analysen führten zu einer drastischen Reduktion der Itemgesamtzahl; • Reliabilität (Skalen): α = 0,8-0,9; Angaben zur Konstruktvalidität.	allgemeines Krankenhaus	Zinn 2001

Der Patienten-Monitor®	Benchmarking und internes QM	70	Bewertung in Form von Kurz-formulierungen resp. Satzer-gänzung	5er links-cteil	k.A. im Regelfall zw. 80-100	ca. 40 – 50 %	*post*stationär	9 Dimensionen: • Aufnahme und Empfang • Information zum Kranken-hausaufenthalt • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Zusammenarbeit zw. Ärzten und Pflegepersonal • Tagesplanung • Ausstattung und Service • Hilfestellung im Umgang mit der Krankheit • Versorgung nach der Ent-lassung	Basierend auf den Erfahrungswerten einer groß angelegten Versichertenbefragung stellte die Hildebrandt Gesundheits-Consult GmbH, in Kooperation mit dem Institut für Medizinsoziologie der Uni-versität Hamburg, ein zuverlässiges und standardisiertes Erhebungsinstrument zusammen, das Ergebnisse liefert, die so-wohl wissenschaftliche Standards erfüllen als auch für das pragmatische Qualitäts-management nützlich sind: den Patienten-Monitor [vgl. Leber & Hildebrandt 2001, 195].	Allgemeines Krankenhaus	Leber/Hildebra ndt 2001
Ulmer-Patientenzufrieden-heitserhebungs-bogen	Instrumenten-entwicklung	20	Statement	5	1012	35%	*perstationär*	5 Dimensionen: • ärztliche Behandlung • Pflegedienst • Hotelleistungen • allgemeine Organisation • lokale Betäubung	Es finden sich leider keine Angaben zur Instrumentenentwicklung sowie zur psychometrischen Güte des Fragebogens	Allgemeines Krankenhaus (HNO-Abteilung)	Tisch et al. (2002)

Patients' Experience Questionnaire (PEQ)	Entwicklung eines ebenso praktikablen wie psychometrischen fundierten Kurzfragebogens zur Patientenzufriedenheitsmessung; Benchmarking; Qualitätstransparenz	833	Reporting und Rating-Fragen	6			*postalisch (2*Erinnerungsschreiben)*	8 Dimensionen: • Beziehung zum Arzt • Beziehung zum Pflegepersonal • Information durch Arzt • Information durch Pflegepersonal • Organisationsabläufe • Service • Behandlungserfolg • Weiterempfehlung durch Patienten	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Diskussionen innerhalb einer interprofessionellen Arbeitsgruppe, an der u.a. auch ein Vertreter einer Patientenorganisation teilnahm; • *1. Phase* (Machbarkeitsstudie): - Zusammentragung von insgesamt ca. 370 aus Items aus bekannten Patientenzufriedenheitsbögen (u.a. Picker); - Patienten sollten diese ca. 370 Items im Rahmen eines „Pile Sort'-Verfahrens in inhaltlich zusammengehörige Dimensionen überführen; - die 370 Items konnten auf 4 Dimensionen verteilt werden; - eine zusätzlich durchgeführte Faktorenanalyse gelangte zu 8 Dimensionen - darüber hinaus führten die Autoren eine umfangreiche Literaturstudie durch, welche insgesamt 6 zentrale Patientenbedürfnisse zu Tage förderte; - auf der Basis der vorausgehend genannten Vorarbeiten stellten die Autoren eine Liste mit 41 Merkmalen auf, die von 381 Patienten hinsichtlich ihrer Wichtigkeit eingestuft werden mussten; • 2. Phase: - Erster kognitiver Pretest mit 30 Patienten • 3. Phase: - Zweiter kognitiver Pretest • 4 Phase - Quantitative Testung des Fragebogens (Standard-Pretest) an 833 Patienten - Überprüfung des Kunstgriffs ‚integrierte Items' versus ‚single Items' • 5 Phase: - Entwicklung des PEQ-Geburt *Psychometrische Kennwerte:* • Reliabilität: - Chronbach's α (Skalen) = 0,64 - 0,92 - Chronbach's α (Gesamt) = 0,82 • Validität: - Angaben zur Inhaltsvalidität - Angaben zur diskriminanten Validität - Angaben zur Kriteriumsvalidität (Korrelationen zwischen PEQ und dem KFP sowie dem Picker-Fragebogen)	allgemeines Krankenhaus	Gehrlach et al. (2009)

Picker-Fragebogen	Ereignisorientierter Ansatz, nationale und internationale Benchmarks		überwiegend *Berichts*fragen (85-90%)	Die wenigen Beurteilungsitems („ratings") werden auf einer „linksschiefen"-Skal von „ausgezeichnet" bis „schlecht" beantwortet; die Reporting-Fragen sind entweder auf einer Häufigkeits- oder einer klassisch nominalen Antwortskala zu bestimmen;	Zw. 1987 – 2000 befragte Picker in Europa mehr als 187.000 Patienten; Weltweit mehr als 750.000!	ca.70 - 75%	*post*stationär	8 Qualitätsdimensionen: • Zugang zur Versorgung • Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Werte, respektvolle Behandlung • Koordination der Behandlung(en) • Information, Kommunikation, Aufklärung • Leibliches Wohlbefinden • Emotionale Zuwendung und Unterstützung • Einbeziehung der Familie und Freunden • Kontinuität der Versorgung	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> „Die Gelegenheit zur Entwicklung einer konzeptionellen Alternative [Tim: ereignisorientierter Ansatz] auf breiter Basis ergab sich erstmals im Jahres 1987, als der Commonwealth Fund, ein privates, philantropisch ausgerichtetes Forschungsförderungswerk in New York, mittels einer Spende von Havery Picker, damals noch Leiter des Medizingeräteherstellers Picker International, ein entsprechendes Projekt ausschrieb. Den Zuschlag erhielt das Konzept des Beth Israel Deaconess Medical Center und der Havrad Scholl. Unter Federführung von Thomas Delbanco und Susan Edgeman-Levitan enstand das „Picker/Commonwealth Program for Patient Centered Care" [RUPRECHT 2005b: 13] Untersucht wurde damals: • Welche Aspekte stationärer Versorgung sind Patientinnen und Patienten am wichtigsten? • Was haben sie bezüglich dieser Prioritäten während ihres Krankenhausaufenthaltes konkret erlebt und wie beurteilen sie dies? • Berichten ärmere, ältere oder chronisch kranke Patienten häufiger von Problemen als andere, d.h. gib es einen vom sozialen und/oder medizinischen Status abhängigen „Qualitätsgradienten"? • Inwiefern sind Unterschiede in der so ermittelten Qualitätsbeurteilung in der Person des Patienten begründet? Angewandte Methoden in der explorativen Vorphase: • persönliche Patienteninterviews • telefonische Patienteninterviews • Fokusgruppen mit Klinikpersonal sowie mit Patienten Der auf der Basis dieser umfänglichen Vorarbeiten entwickelte Picker-Fragebog-en wurde auf folgende psychometrische Gütemaße geprüft: • Reliabilität • Inhaltsvalidität • diskriminatorische Validität	allgemeines Krankenhaus	Ruprecht 2001

Instrumentenlabel	*Focus*	*Items*	*Frageformat*	*Antwort-Kategorien*	*N**	*Rücklaufquote*	*Erhebungszeitpunkt*	*Dimensionen der Patientenzufriedenheit*	*Genealogie des Erhebungsinstruments - Angaben zur psychometrischen Güte*	*Abteilungen*	*Autoren und Studienjahr*
EOP – Fragebogen; *E*reignisorientierter *P*atientenfragebogen	Entwicklung eines ereignisorientierten Patientenfragebogens; Schwachstellenanalye,	85	65 ereignisorientierte Items; 7 Bewertungsitems;	2-9 vertikal	428	79,3%	*Per*stationär	14 Dimensionen: • Aufnahme • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Therapeutische Betreuung • Kommunikation • Räumliche Strukturen • Entlassung • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Therapeutische Betreuung • Beurteilung der Klinik insgesamt • Loyalität (Empfehlung) • Gesamtzufriedenheit • Gesundheitszustand	Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess: • *Qualitativ (explorative) Vorstudien zur Itemgenerierung:* - ausführliche Literaturrecherche; - Textanalyse (Prüfung der freitextlichen Anmerkungen von 646 Fragebögen zur Patientenzufriedenheit nach kritischen Ereignissen und Erfahrungen); - Fokusgruppen („*topic quide*"-Technik) an 4 Patientengruppen (n=33) und 3 Arzt- und Therapeutengruppen (n=24); • Entwicklung einer Vortestversion mit 84 Einzelitems auf der Grundlage der qualitativen Vorstudien (Version 1.0); • Prüfung der Vortestversion anhand eines kognitiven Pretests (n=12) mittels der *Comprehension Probing* Technik; • Vermittels der Ergebnisse des Pretests wurden die Fragen oder Antwortkategorien zu 14 Items umformuliert oder ergänzt, sowie ein neues Item zugeführt; • Hauptstudie (Version 2.0) an fünf Rehakliniken (n=428; Rücklauf: 79,3%) • *Psychometrische Prüfung:* - Itemanalyse (Item-Nonresponse, Boden- und Deckeneffekte, Schiefe, Exzess); - Explorative & Konfirmatorische FA (GFI: 0,8; AGFI: 0,76; CMIN/DF: 3,1); • *Psychometrische Gütemaße:* - Reliablität (Subskalen): $\alpha = 0,42 – 0,85$ - Angaben zur Inhaltsvalidität (Verweis auf die intensiven Vorarbeiten zur Itemgenerierung); - Angaben zur Kriteriumsvalidität (Überpüfung der Übereinstimmungsvalidität durch Korrelation der Bewertungsitems mit den fünf EOP-Skalen); - Angaben zur Konstruktvalidität (Bestimmung der konvergenten Validität durch Skaleninterkorrelationen); • *Multimodularer Post-Test" zur Validierung der Patientenangaben:* - Leitfadeninterview mit 11 Patienten, die den Fragebogen schon ausgefüllt hatten; - Validierung der Patientenangaben anhand eines Studiums der Patientenakten; - Ergebnisse liefern einen ersten Hinweis auf die vorhandene Konstruktvalidität.	allgemeines Krankenhaus & Rehabilitation	Klein 2004

KlinikSpezifische Patienten-Inventar (KSPI) Zwei Versionen: • Somatische Indikation (KSPI-SO) • Psychosomatik/Sucht (KSPI-PS)	Entwicklung eines Fragebogens zur komplementären Messung der Patientenzufried-enheit (Harmonisierung von externer- und interner QS)	156	Statements	5	15.144	76%	*perstationär*	17 Skalen: • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Psychotherapeutische Betreuung • Behandlung u. Maßnahmen • Vorträge u. Schulungen • Sozial- u. Berufsberatung • Rehabilitationsthemen • Rehabilitationsbeginn • Besonderheiten des Reha-Ablaufs • Unterbringung • Verpflegung • Freizeitgestaltung • Organisation u. Service • Nachsorgevorbereitung • Allgemeine Bewertung der Reha • Gesundheitszustand • berufliche/.private Situation Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse (Datensatz der Pilotstudie N=1000): • Bewertung der Gastronomie u. des Serviceangebotes • Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung • Bearbeitung u. Vermittlung von Rehabilitationsthemen • Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung • Organisation und Zuver-lässigkeit der Rehabilitati-onsdurchführung • Gesundheitszustand und Beeinträchtigung Ergebnisse konfirmatorische Faktorenanalyse (Datensatz der Hauptstudie N=15.144): • die im Rahmen der Pilot-studie ermittelte Faktoren-struktur wird im Rahmen der konfirm. FA durch eine akzeptable Anpassungsgüte bestätigt: - RMSEA= 0,059 - CFI = 0,982 - AGFI = 0,847	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • umfassendes Literaturstudium • bei der Fragebogenkonstruktion legten die Autoren großen Wert auf eine maximale Vergleichbarkeit mit den extern eingesetzten Instrumenten der Kostenträger zur Qualitätssicherung; die Struktur des KSPI ist somit eng an die von den Kostenträgern eingesetzten Instrumenten angelehnt • die auf den obig beschriebenen Konstruktionsprinzipien entwickelte Fragebogenrohversion wurde in einer Pilotstudie an 1000 Patienten empirisch getestet • basierend auf den empirischen Erkenntnissen der Pilotstudie wurden einige Veränderungen am Messinstrument vorgenommen (u.a. Filterführung, Anwortkategorien) • die finale Version des KSPI wurde an einer Stichprobe von insgesamt 15.144 Patienten erneut auf seine psychometrische Tauglichkeit hin überprüft *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskalen): - Somatik: α = 0,73-0,95 - Sucht/Psychosomatik: α = 0,64-0,93 • Angaben zur Diskriminationsfähigkeit • Angaben zur faktoriellen Validität • Angaben zur Konstruktvalidität	allgemeines Krankenhaus und Rehabilitations-kliniken (Psychosomatik und Sucht)	Spyra et al. 2006

Würzburger-Patientenfragebogen	Entwicklung eins Fragebogens zur Messung der Patientenzufrie-denheit	43	Bewertungs-fragen	5er	317	59%	perstationär	13 Dimensionen: • Angaben zur Person • Medizinische Versorgung • Information & Aufklärung zu medizinischen Fragen • Zusammenarbeit und Atmosphäre auf Station • Organisation • Betreuung durch die Ärzte • Betreuung durch das Pflegepersonal • Verpflegung • Sauberkeit & Hygiene • Ausstattung der Zimmer • Erreichbarkeit der Klinik und Parkmöglichkeiten • Bisheriger Behandlungs-erfolg • Wiederholte Entscheidung zur Klinik	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • ausgiebige Literaturrecherche • auf der Basis der Literaturanalyse entwickelte die Autorin eine erste Rohform des Messinstrumentes • I. Modifikation der Rohform nach einem Interview mit 20 Patienten • II. Modifikation der Vorversion nach einem Pretest an 24 Patienten • III. Modifikation des Instrumentes im Rahmen einer medizinischen Experten-runde (Oberarzt, Pflegedienstleitung, Stationsleitung) *Psychometrische Gütemaße:* • keine Angaben	Allgemeines Krankenhaus	Kulla 2004
Uniklinik Bochum Abt. für Kardiologie und Angiologie	Analyse/Vergleich der Patienten-erwartungen und zufriedenheit	16		5	360	70,6%	*Per*stationär (ein Tag vor Entlassung)	Schwerpunkte: •Zuzahlung zum Aufenthalt •Kosten für die Krankenkasse •Bettenzahl pro Zimmer •Essen und Trinken •Aussatattung der Zimmer •Stationsarzt - Kompetenz - Fachwissen - Sympathie - Empathie - Erfahrung - „gut zuhören kann“ •Fachwissen Schwestern •Fachwissen Oberarzt •Fachwissen Chefarzt •Medizinische Ausstattung	<u>Exploration:</u> • Expertengenerierung - drei Ärzte der Kardiologie, - ein Mitarbeiter der Pneumologie, - ein Gesundheitswissenschaftler sowie - ein Patientenvertreter. • Literaturstudium <u>Pretest:</u> • kognitiver Pretest (n=35 Patienten) • psychometrische Prüfung	Kardiologie & Angiologie	Baberg et al. 2001

FKKP –*F*ragebogen zur *K*rankenhausqualität bei *K*urzzeit-*P*atienten	Entwicklung eines standardisierten Erhebungsinstruments zur Messung der Patientenzufriedenheit bei Kurzstationären Patienten	54	Behauptungs-Items (50) und Global-Items (4) zur Gesamtbeurteilung	5	466	39,9%	Postalische Befragung	*8 Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität:* • Unterkunft & Verpflegung • Pflegerische Betreuung • Ärztliche Betreuung • Ablauforganisation & Betriebsklima • Information & Aufklärung • Einfluss- und Mitsprache-Möglichkeiten • Kontinuität & Versorgung • Kompetenzvermittlung für den Umgang mit der Krankheit *2 Dimensionen zur Ergebnisqualität:* • Erfolg der Behandlung • Attraktivität der Klinik	*Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:* • Patientenorientierte Entwicklung; • umfangreiche Literaturanalyse; • Erwartungsforschung (Explorative Leitfadeninterviews): - 8 leitfadenorientierte Experten-Interviews mit Krankenhausexperten (12) der administariven und medizinischen Leistungsebene; - 11 Telefoninterviews mit niedergelassenen Ärzten; - 17 Leitfadeninterviews mit Patienten einer kurzzeitchirurgischen Einrichtung (vgl. *Paßfeld 2000*); • Die Ergebnisse der qualitativen Vorstudien wurden marginal zur inhaltlichen Strukturierung res. Anpassung eines bereits bestehenden Instruments – dem *„Hamburger Kurzfragebogen zur Patientenzufriedenheit“* (Trojan / Nickel 1996)– genutzt; • Sekundäranalyse der Krankenhausstatistik; • Entwicklung und Prüfung einer vorläufigen Fragebogen-Version (74 Items) an einer Stichprobe von n=154 (48,6%) • Psychometrische Prüfung und inhaltliche- u. formale Optimierung (Redukation des Fragebogens um 24 Items) • Hauptuntersuchung an drei Krankenhäusern (n=466; Rücklauf: 39,9%) • Psychometrische Gütemaße: - Reliablität (Subskalen): α = 0,57 – 0,87 - Angaben zur Kriteriumsvalidität - Angaben zur prädikativen Validität	Kurzstationäre Patienten	Nickel & Trojan 1999a, 1999b, 2000, 2001; Trojan & Nickel 1996; Nickel et al. 2000 Paßfeld 2000
Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumentenen-wicklung, QM, Benchmarking	63	Statements (Satzergänzung)	6	> 57.000	k.A.	postalisch	6 Dimensionen: • Behandlung allgemein • therapeutische Maßnahmen • gesundheitliche Veränderungen • Unterbringung • Verpflegung • Umgebung & Freizeit	Entwicklungsprozess: • Literaturanalyse • Inaugenscheinnahme etablierter Instrumente • Übernahme des ZUF-8 *Psychometrische Kennwerte:* • keine Angaben zu Reliabilität und Validität • Angaben zur Veränderungssensitivität	Allgemeines Krankenhaus und Rehabilitations-einrichtungen	Nübling et al. 2007

„Orthopädie-Frage-bogen“ der Universitäts-klinik Düsseldorf	Entwicklung eines Fragebogens- res. eines standardisier-ten Interviewleit-fadens [Anwend-ung der persönlich-mündlichen Inter-viewtechnik]; Sch-wachstellenanalyse sowie Bedeutsam-keitsanalyse der St-rukturqualität (In-frastruktur / Organ-isation).	117	Überwiegend Berichtsfragen	2-7	82	95,4%	perstationär	9 Dimensionen: • Aufnahmeverfahren • Kommunikationsverhalten zwischen Patient und Klinikpersonal • Beachtung persönlicher Bedürfnisse des Patienten • Seelische Unterstützung und Betreuung • Leibliche Pflege • Patientenaufklärung währ-end des Klinikaufenthaltes • Einbeziehung der Familie / nächster Angehöriger • Schmerzbehandlung • Vorbereitung der Entlassung	<u>Entwicklungsprozess:</u> •Das Grundgerüst des vorliegenden Instru-ments basiert auf einem amerikanischen Fragebogen, der im Rahmen des von Prof. Dr. Thomas Delbanco gegründeten “*Picker Commonwalth Program for Patient Centred Care*“ entwickelt und getestet wurde. So wurde das Instrument beispielsweise von *Cleary et al. (1991)* in einer Studie an 6.000 Patienten und 2.000 Angehörigen von ins-gesamt 50 amerikanischen Krankenhäusern verwendet. Ferner wurde dieser Fragebogen in groß angelegten Studien in Kanada *(Ca-thy et al.1994)* und in England *(Bruster et al. 1994)* in modifizierter Form angewandt. •Der amerikanische Fragebogen wurde von *Straub et al. 1996* ins deutsche übersetzt und an die strukturellen Eigenheiten des deutschen Gesundheitswesens assimiliert. Die Forschungsgruppe generierte aus der ca. 140 Items umfassenden Orginalversion, zwei Instrumente: Eine Langfassung mit 58 Items sowie eine Kurzfassung mit 42 Items. Diese wurden an einem Patientengut von Insgesamt 700 Patienten getestet. •Der “Orthopädie-Fragebogen“ orientierte Sich an der Langfassung des von *Straub et al 1996* entwickelten Fragebogens: „Nach deutlicher Überarbeitung und Anpassung an die Erfordernisse einer orthopäischen Uni-versitätsklinik sowie Angleichung zur Durchführung der persönlich-mündlichen Interviewtechnik beinhaltet das (...) Instru-ment 55 Fragen (mit Unterfragen insgesamt 117 Fragen) (...)“ [Willenborg 1999: 84]. •Der so erarbeitete Fragebogen wurde in einem Pretest (n=8) auf Verständlichkeit, Akzeptanz, Interesse, Länge und Informationsnutzen geprüft. Anschließend wurden die Ergebnisse des Pretests in die Instrumentenstruktur eingearbeitet. •Die Hauptstudie wurde an einer Patienten-population von n=82 durchgeführt. •Angaben zur psychometrischen Güte des Instrumentariums finden sich leider keine.	Orthopädie	Willenborg 1999

„Urologie-Fragebogen“ der Universitätsklinik zu Köln	Instrumentenent-wicklung, Schwa-chstellenanlyse	65	Überwiegend Statements	5er Likert	232	61,2%	perstationär	4 Dimensionen: • Ärztliche Betreuung • Betreuung durch Schwestern und Pfleger • Verpflegung und Unterbring-ung • Verwaltung und Tagesab-lauf	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • umfangreiche Literaturrecherche; • Explorative Vorstudien in Form von Gruppendiskussionen und rundimentär strukturierten Patienteninterviews; • Auf der Grundlage dieser Informations-res. Datenmengen konzipierte die Autorin einen ersten, vorläufigen Frage-bogen, den sie abermals mittels eines Interviews (kognitiver Pretest) auf seine Verständlichkeit und Vollständigkeit hin überprüfte; • Die Ergebnisse dieser Interviews wurden in die Fragebogenstruktur ein-gearbeitet; • Anschließend wurde der neu über-arbeitet halbstandardisierte Fragebogen an einer Stichprobe von 114 Patienten ‘*pre*gestetet‘ (“per-post-Verfahren“); • Die im Pretest generierten Daten bildeten bis Basis für eine weitere Optimierung des Fragebogens (Item-Reduktion, Umformulierungen, etc.) und der „Erhebungsablauforganisation“ (Umstellung auf den perstationären Befragungsmodus); • *Psychometrische Gütemaße:* - Trennschärfe-Koeffizienten aller Items liegen über 1,75; - Reliabilität (Subskalen): α = 0,78-0,93; - Reliabilität (Gesamt): α = 0,85; - Keine Angaben zur Validität.	Urologie	Velmans 1998 Klotz et al 1996
Der ‚Patienten-Monitor’	Instrumenten-entwicklung, QM	62	Statements (Satzergänzung)	5	14.597	46%	poststationär	12 Dimensionen: • Aufnahme und Empfang • Informationen zum Krank-enhausaufenthalt • Ärztliche Betreuung • Pflegerische Betreuung • Zusammenarbeit zw. Ärzten und Pflegepersonal • Betreuung durch sonstiges Personal • Tagesplanung • Ausstattung und Service • Hilfestellung im Umgang mit meiner Krankheit • Versorgung nach meiner Entlassung • Behandlungserfolg • Abschließende Fragen	<u>Entwicklungsprozess</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium *Psychometrische Güte:* • Reliabilität: - Chronbach’s α (Skalen): 0,79 – 0,95 - Chronbach’s α (Gesamt): 0,89 • Angaben zur Inhaltsvalidität • Angaben zur faktoriellen Validität • Angaben zur Kriteriumsvalidität	allgemeines Krankenhaus	Bleich et al. 2008

„Patientenfragebogen zum ambulanten Operieren im Krankenhaus“	Instrumenten-entwicklung, QS	111	Überwiegend Zustimmungs-fragen (Statements)	11	675	69,2%	„per-post-Verfahren“	8 Dimensionen: • Information und Aufklärung • Soziale Unterstützung • Ablauforganisation • Behandlungsstress • Heilungsverlauf • Häusliche Nachsorge • Gesamtzufriedenheit • Akzeptanz des ambulanten Operierens • Patientenloyalität	Entwicklungsprozess *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium *Psychometrische Güte:* • Reliabilität: - Chronbach's α (Skalen): 0,39 – 0,89 - Chrombach's α (Gesamt): 0,68 • Angaben zur Inhaltsvalidität • Angaben zur Kriteriumsvalidität	ambulante Krankenhaus-behandlung (Chirurgie)	Blum 1995a,b,c; 1996a,b; 1997b, 1998a, 2001a,b.
APP-Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumenten-entwicklung	90	Statements	6	95	783%	postalisch	9 Dimensionen: • praktische Unterstützungs-leistungen (Zugang / Anmeldung) • medizinischer Fragebogen • Akzeptanz mit einem 2. Arzt • Organisation der Sprech-stunde • achtungsbezogene Unter-stützungsleistungen • emotionale Unterstützungs-leistungen • informationsbezogene Un-terstützungsleistungen • partizipationsbezogene Unt-erstützungsleistungen • Gesamtzufriedenheit	Entwicklungsprozess *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium • Entwicklung einer Fragebogenrohform • Pretest der Fragebogenrohversion an N=20 Patienten *Psychometrische Gütemaße des Haupt-untersuchungsfragebogens*: • Reliabilität: - Chronbach's α (Skalen): 0,26 – 0,82 - Chronbach's α (Gesamt): 0,65 • Angaben zur konvergenten Validität	ambulante Krankenhaus-behandlung *(Phoniatrie und Päd-audiologie)*	Jacke 2005
Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumenten-entwicklung, QM, Benchmarking	k.A.	Bewertungs-fragen	5	192	39,2%	Perpost-Verfahren	10 Dimensionen: • Aufnahme • Hygienische Verhältnisse • ärztliche Betreuung • pflegerische Betreuung • Schutz der Intimsphäre • Qualität der Verpflegung • Wartezeit • Betreuung durch sonstiges Personal • Betreuung durch die Ver-waltung • Entlassung	Entwicklungsprozess *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium *Psychometrische Gütemaße:* • leider Fehlanzeige	allgemeines Krankenhaus (Urologie)	Juhra et al. 2005

Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumenten-entwicklung, QM, Benchmarking	k.A.	Bewertungs-fragen	4	5435	k.A.	perpost-Verfahren	16 Dimensionen: • Erklärung der Maßnahmen • Freundlichkeit • einheitliche Kleidung • Sauberkeit • Teamwirkung • Fachkompetenz • Patientennähe • Fahrzeugausstattung • Fahrzeugsauberkeit • Medizinische Versorgung • Transportkomfort • Betreuung durch Personal • Betreuung bei der Übergabe • Verabschiedung • Übergabe persönlicher Gegenstände • Zufriedenheit insgesamt	<u>Entwicklungsprozess</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium *Psychometrische Gütemaße:* • leider Fehlanzeige	Rettungsdienst	Runggaldier & Behrendt (2005) sowie Behrendt & Runggaldier (2006)
Patientenzufrieden-heitsfragebogen	Instrumen-entwicklung, Benchmarking, Schwachstellen-analyse	29	Bewertungs-fragen	4	15.272 (bundesweite Erhebung)	68,8%	postalisch	3 Faktoren (explorative FA): • Zufriedenheit mit der Praxisausstattung • Zufriedenheit mit personal und Organisation • Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Literaturanalyse • Standard-Pretest *Psychometrische Gütemaße*: • Reliabilität: - Chronbach's α (Skalen): 0,73 – 0,95 - Chronbach's α (Gesamt): 0,83	onkologische Schwerpunkt-praxen	Baumann et al. 2008
Der (*Eltern*-) Frage-bogen des Krankenhaus München-Schwabing	Entwicklung eines Erhebungsinstru-mentariums zur Eltern-Kind-Be-fragung; die Eltern sollten mittels Fragebogen, die Kinder mittels Interviewleitfaden befragt werden;	34	Neutrale Zufriedenheitsfrage; *Beispiel:* *Wie fanden Sie das Zimmer und seine Einrichtung?*	4	342	63%	„per-post-Verfahren"	9 Dimensionen: • Aufnahme • Organisation des Tages-ablaufs • Ausstattung von Zimmer und Station • Verpflegung mit Essen und Getränken •(bei Kindern über zwei Jahren:) Spielmöglichkeiten, Kindergarten, Schule für Kranke •ärztliche und pflegerische Betreuung •Information durch Kom-munikation mit Personal, •Vorbereitung der Entlassung •Gesamturteil über den Krankenhausaufenthalt des Kindes	Die Erhebungsinstrumente wurden im Rahmen einer interdisziplinären Arbeits-gruppe, bestehend aus ärztlichem und pflegerischen Personal, Mitgliedern des Qualitätsmanagementteams und zwei exterenen sozialwissenschaftlichen Ber-atern, quasi „aus der hohlen (Experten-) Hand" entwickelt, da mit dem Gegenstand einer Eltern/Kind-Befragung befragungs-thematisch und –technisch karges Forsch-ungsneuland betreten wurde; ein Vorbild für die Fragebögen gab es somit nicht. Über Angaben hinsichtlich der psycho-metrische Gütemaße der Instrumente schwiegen die Autoren sich leider aus.	Allgemeines Krankenhaus (Pädiatrie)	Seyfarth-Metzger et al. 2001

Fragebogen des IFA-K-R-Usedom	Instrumentent-wicklung zur Eltern-Kind-Befragung, QM	138	Kurzformulier-ungen in Frage-format, 4 offene Fragen, sowie 26 Wichtig-keitsitems;	5 linkssc hief/au sgezei chnet	110	76,9%	*Per*stationär (2 Wochen vor der Ent-lassung)	Inhaltliche Strukturierung: • *Bedetungsbatterie I* - Wichtigkeitsbewertung von Serviceleistungen, Organ-isation, Betreuung durch das Klinikpersonal, Behandl-ungserfolg, Unterbringung, Vorbereitung auf die Ent-lassung, Verpfelung etc. • *Bedeutungsbatterie II* - Einschätzung der subjektiven Wichtigkeit von erhaltenen Informationen zu den Klinikabläufen • *Erfahrungen mit dem Personal* - Erreichbarkeit des Personals - Fachliches Können - Persönliche Zuwendung - ärztliche Betreuung - pflegerische Betreuung - Koordination des Teams - Praxisrelevanz des vermittelten Wissens - Prozesstransparenz - Interaktionsqualität des Service- und Verwaltungs-Personals • *Ausstattung und Service-Angebot* - Empfang in der Klinik - Organisation der Abreise - Sauberkeit der Klinik - Zimmerausstattung - Verpflegung / Essen - Kinderbetreuung - Freizeit- und Spiel-möglichkeiten - Infrastruktur (Parkplätze) • *Informationen zur Erkrank-ung und deren Behandlung* - Information und Aufklärung - Einschätzung des Behandl-ungserfolgs und der erreichten Lebensqualität • *Attraktivität der Klinik* • *Gesamtzufriedenheit* - Sternvergabe (max. 5) - • *Loyalität*	Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess: • Das Grundgerüst des Fragebogens setzt sich anteilig aus den nachstehend aufgelisteten Meßinstrumenten zur Zufriedenheitsforschung zusammen: - Krämer et al. 1998 - Rais et al. 1998 - Russ 1986; Russ et al. 1987 - Viethen et al. 1997; 1998 • Der aus der Synthetisierung dieser Instrumente resultierende "Patchwork-Fragebogen" wurde durch die Autorin an das indikationsspezifische Klinik-programm angepasst • Pretest: Der assimilierte "Patchwork-Bogen" wurde an einer Stichprobe von n=27 auf Verständlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität geprüft. • Hauptstudie: Da der Pretest keine kalibrierungsbedürftigen Ergebnisse evozierte, wurde die Erstversion des Fragebogens unverändert einem 110 Patienten fassenden Patientenkollektiv vorgelegt. • keine Angaben zur psychometrischen Güte des Meßinstruments	Kinder-Rehabilitation	Möller 2002

Kinder- bzw. Jugend-HFK	Instrumenten-entwicklung, Defizitanalyse, Benchmarking	k.A.	k.A.	5	247	78%	*perstationär*	9 Dimensionen: • Aufnahme • pflegerische, ärztliche und psychosoziale Betreuung • Information und Aufklärung • Stationsklima • Unterbringung und Verpflegung • Organisation • Entlassung • Erfolg der Behandlung • Gesamtbeurteilung des stationären Aufenthaltes	Entwicklungsprozess • Anpassung des psychometrisch fundierten HFK (siehe Lecher 2002) für Kinder- und Jugendliche • leider wurde die überarbeitete Version des HFK nicht nochmals psychometrisch überprüft	allgemeines Krankenhaus (Pädiatrie)	Ewald et al. 2006
ZAP-Fragebogen	Fragebogenentwicklung, internes-/externes QM, präpost-Vergleiche.	26	Klassische Zufriedenheitsfrage (wörtlich) im Kurzformolierungslayout. *Beispiel: „Wie zufrieden sind Sie mit...* *...der Wartezeit auf den Arzttermin?* *... der Wartezeigt in der Praxis?* *... der Freundlichkeit des Praxispersonals?*	4	1387	46,2%	„per-post-Verfahren“	5 Dimensionen: • Arzt-Patient-Interaktion • Information / Wirksamkeit • Fachliche Kompetenz • Praxisorganisation • Gesamtzufriedenheit	Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess: • patientenorientierte Entwicklung • Gruppendiskussionen • Konzeption des Fragebogens auf Grundlage der qualitativen Daten • Überprüfung des vorläufigen Fragebogens anhand zweier Stichproben • Psychometrische Prüfung; Optimierung des Inszruments, Itemanalyse, Itemreduktion • allgemeiner: anhand von drei Pretests weiterentwickelt, fernfeinert, optimiert, psychometrische Prfüfung • Reliabilität (Subskalen): $\alpha = 0,75 – 0,95$ • Angaben zur Konstruktvalidität (konfirmatorische FA: GFI=0,997; AGFI=0,996; Residualvarianz R Quadrat 0,038) • Angaben zur konvergenten Validität • Angaben zur diskriminanten Validität	Ambulante Versorgung res. Arztpraxis	Bitzer & Dierks 1995, 1999; Bitzer et al. 1997, 1999, 2005; Dierks et al. 1994, 1995a, 1995b, 1998, 2000.
„Qualiskope-A-Fragebogen“	Fragebogenentwicklung, QM	27	überwiegend Statements	4-7	3487	17,9%	„per-post-Verfahren“	4 Dimensionen: •Fachliche Kompetenz des Arztes •Arzt-Patient-Interaktion •Information •Praxisorganisation Zusatz: •Bereitschaft zur Weiterempfehlung der Praxis •Bereitschaft zum Arztwechsel •Einschätzung des Gesundheitszustandes •Wirksamkeit der Behandlung •Allgemeine Zufriedenheit mit dem Arztbesuch	Patientenorientierte Instrumentengenese: •Das Grundgerüst des Qualiskope-A basiert auf den Ergebnissen der qualtaiven Explorationsstudien von *Bitzer & Dierks 1999* (s.u.). Diese konnten mittels inhaltsanalytischer Auswertung von insgesamt 49 Fokus-Gruppen (n= >400 Patienten) vier grundlegende Dimensionen der Patientenzufriedenheit mit der ambulanten Versorgung extrahierten. •Ergänzend zu diesen vier Zufriedenheitsdimensionen entwickelte das Autoren-Quartett in expertokratischer Eigenregie noch einige zusätzliche Parameter, die in der voranstehenden Spalte unter dem Signum „Zusatz“ subsumiert sind. •Psychometrische Gütemaße:	Ambulante haus- und fachärztliche Behandlung	Gericke et al. 2004

									- Reliablität (Subskalen): α = 0,87-0,94 - Reliablität (Gesamt): α = 0,91 - Angaben zur konvergenten Validität - Angaben zur faktoriellen Invaianz		
EuroPEP-Fragebogen	Instrument zur Qualitätsbeurteilung & Entwicklung ; (inter-) nationales Benchmarking	23	Indirekt / neutrale Fragestellung	5 nur Extremwerte gekennzeichnet schlecht vs. Ausgezeichnet	2224	77,2%	„per – post – Verfahren“	8 Dimensionen: • Beziehung und Kommunikation • Information und Unterstützung • Medizinisch-technische Betreuung • Praxisinfrastruktur, -zugänglichkeit und –erreichbarkeit • Kontinuität und Kooperation • Weiterempfehlung • Wechselbereitschaft • Gesamtzufriedenheit	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Prioritäten- res. Erwartungsstudie* • Analyse von 51 *Fragebögen [Wensing 1994*); Extraktion von 44 Indikatoren; • Nachstehend angeführte VorStudien fragten die Patienten nach ihren Erwartungen „an einen guten Hausarzt“: - *Klingenberg et al. 1996a, 1997* - *Wensing et al. 1998* - *Grol et al. 1999* • Prüfung des Indikatorensets in einer ersten Pilotstudie • Überprüfung der Akzeptanz und Verständlichkeit der Fragen in einem kognitiven Pretesting via Telefoninterviews *Internationale Validierungsstudie* • Übersetzung der englischen Erstversion; Prüfung des Instruments an einer Stichprobe von n=1000 in 8 Ländern (*Grol et al. 1999*); • Die statistische Auswertung führte zu einer Elimination von 21 Indikatoren *Internationale Vergleichsstudie* • Mit den 23 transkulturell validierten Indikatoren wurden eine Vergleichsstudie an einem Patientenkollektiv von n=30.000 aus insgesamt 14 Ländern durchgeführt (Grol et al. 2000) *Psychometrische Gütemaße* •Reliabilität (Subskalen): α = 0,87 - 0,96 • Angaben zur Kriteriums-Validität • Angabe zur Konstrukt-Validität • Sensitivität (Signifikante nationale und internationale Unterschiede)	Hausärztliche Versorgung	Klingenberg et al. 1999; Künzi 1999; Grol & Wensing 2000; Wüthrich-Schneider et al. 2005;

Berliner-Patientenzufriedenheits-fragebogen für die ambulante Behandlung	Entwicklung eines zur Messung der Patientenzufried-enheit in der kon-ventionellen & komplementär-medizinischen Arztpraxen	8	Statements	5	119	90%	Per-ambulant (t1) "per-post-Verfahren" (t2)	3 Dimensionen: • Zeitfaktor • fachliche Kompetenz • soziale Kompetenz (Hinweis: pragmatische Lösung; exploarive FA ergab eindimensionale Struktur)	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Explorationsphase:* • Intensives Literaturstudium • Berücksichtigung der ausführlichen explorativen Vorstudien von Baker (1990) und McKinley et al. (1997) • Bildung eines Itempools unter der Berücksichtigung der obig genannten Literatur sowie den elaborierten Instrumenten von Helwig (1997), Schmidt et al. (1989) und Klingenberg et al. (1999) • Aus dem generierte Itempool wurden von einer expertokratischen Konsens-runde (Mediziner, Epidemiologen, Psychologen) die bedeutendsten Fragen ausgewählt und zu einem vorläufigen Fragebogen zusammengestellt *Testphase:* • Prüfung der Vortestversion anhand einer Stichprobe von 118 Patienten • Vermittels der Ergebnisse der Testbe-fragung wurde der Fragebogen optimiert • Der modifizierte Fragebogen wurde in einer zweiten Studie an 79 Patienten geprüft *Psychometrische Prüfung* • Itemanalyse (Boden- und Decken-effekte, Schiefe, Exzess) • Explorative Faktorenanalyse *Psychometrische Gütemaße* • Angaben zur Inhaltsvalidität (Verweis auf die in der Literatur vorherrschenden explorativen Studien sowie auf die Expertenrunde) • Reliabilität (Gesamt): $\alpha = 0,91$ • Test-Retest-Reliablität: 0,95 • Reliabilität Split-half-Methode: 0,98	Ambulante Versorgung res. Arztpraxis (inklusive kom-plementäre Ein-richtungen)	Schönauer 2006
QP-Qualitätspraxen	Instrumenten-entwicklung, EFQM				5.024	77,6%	Per- oder poststationär Möglich (Sammelbox oder Postweg)	6 Dimensionen: • Organisation • Ausstattung • Termine • Kompetenz & Information • Interaktion & Kommuni-kation • emotionale & persönliche Unterstützung	Entwicklungsprozess: • Literaturanalyse • Sichtung etablierter Messinstrumente • Entwicklung eines Pilotfragebogens • Standardpretest an 202 Patienten • leichte Modifikation des Fragebogens • Hauptstudie an 5.024 Patienten • Organisation • Betreuung • Information Psychometrische Kennwerte:	hausärztliche Versorgung	Nübling et al. 2004 und Mühlbacher et al. 2003

									• Angabe von Reliabilitätswerten (Cronbach's Alpha) • Angaben zur Inhaltsvalidität		
Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumenten-entwicklung, QM, Benchmarking	25	Statements	4	k.A.	k.A.	Perstationär ("Sammel-box")	6 Dimensionen: • Empfang • Praxis • Organisation • Betreuung • Information • Praxisleistung	Es finden sich leider keine Aussagen zum Entwicklungsprozess des Fragebogens sowie zu seiner psychometrischen Güte	hausärztliche Versorgung	Thill 2008
Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP)	Instrumenten-entwicklung, QM	50	Bewertungs-fragen und Statements	3	1009	k.A.	perstationär	6 Dimensionen: • Allgemeinbefinden • Einzug ins Heim • Fragen zur Unterkunft • Fragen zur Ernährung • Pflegepersonal des Hauses • Fragen zu pflegen & wohnen allgemein	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • Für die Itemgewinnung griffen die Autoren u.a. auf - die einschlägige Literatur - Expertengespräche mit Kundenbereichs-leitern und Qualitätsbeauftragten sowie Heimbeiräten zurück; • Auf der Basis dieser Vorarbeiten entstand ein erster Bewohnerfragebogen mit 59 Items; • Erster Pretest des $HVZP_{59}$ an 34 Bewohnern • Reduktion des Bogens auf 49 Items • Zweiter Pretest des $HVZP_{49}$ an 134 Bewohnern • Partielle Überarbeitung des Bogens; vorläufige Endversion umfasst 50 Items • Hauptuntersuchung des $HVZP_{50}$ an 1009 Pflegeheimbewohnern *Psychometrische Kennwerte* • Reliabilität - Chronbach's α (Skalen): 0,76 – 0,86 - Chronbach's α (Gesamt): 0,8	Geriatrie (Altenheim)	Boie et al. 2002
Patientenzufrieden-heitsfragebogen für die Geriatrie	Instrumenten-entwicklung, QM	51	Bewertungs-fragen	3-5	1918	32%	poststationär	10 Dimensionen: • Genereller Eindruck über die Aufnahmesituation und den Aufenthalt • Qualität der Informationen und der Betreuung durch die Pflege • Qualität der Information und der Betreuung durch die Ärzte • Qualität der medizinischen Therapien und anderer Dienste • Qualität der Schmerzbe-handlung	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Der Fragebogen wurde in Kooperation des Krankenhauses mit einem externen Beratungsinstitut entwickelt und in drei Kliniken überprüft *Psychometrische Kennwerte* • Reliabilität - Chronbach's α (Skalen): 0,71 – 0,92 - Chronbach's α (Gesamt): 0,82	Geriatrie (Altenheime)	Huber 2008

								• Gesamteindruck über die Krankenhausangestellten • Rücksicht auf Privatsphäre • Qualität der Einrichtung, des Komforts und der Verpflegung • Angaben zur Person • eigene Bemerkungen (Freitext)			
Der *K*ölner *P*atienten-*f*ragebogen für die Geriatrie (KPF-G)	Instrumentent-wicklung	31	Statements	4	119	96%	perstationär	4 Dimensionen: • Vernachlässigung • Patientenedukation • Hottelleistungen • Organisationschaos und Hektik	<u>Entwicklungsprozesses:</u> • Die Autoren extrahierten einige Skalen aus dem elaborierten KPF (siehe Pfaff et al. 2003) und passten diese der geriatrischen Untersuchungsgruppe an; • leider testeten die Autoren dieses neu entstandene Instrument nicht auf seine psychometrische Güte	Geriatrie (Klinik)	Clausen 2006
Patientenerfahrungs-fragebogen	Instrumenten-entwicklung	k.A.	Bewertungs-fragen	3	123	59,4%	perstationär	8 Dimensionen: • allgemeines zum letzten Aufenthalt • Aufnahme • Organisation & Ausstattung • Tagesgeschäft & Wartezeiten • Versorgung & Betreuung-Ärzte • Versorgung & Betreuung Pflege • Therapie und Behandlungen • Entlassung • Gesamtbeurteilung	<u>Entwicklungsprozesses:</u> • Literaturanalyse • Inaugenscheinnahme etablierter Fragebögen zur Messung der Behandlungszufriedenheit • Gruppen- und Einzeldiskussionen mit Patienten zu relevanten Erfahrungen während des stationären Aufenthaltes • 1* Experteninterview • kognitiver Pretest mit 7 Patienten • Standardpretest mit 6 älteren Menschen	Geriatrie (Erfahrungen alter Menschen im allgemeinen Krankenhaus)	Deck & Böhmer 2001

Instrumentenlabel	*Focus*	*Items*	*Frageformat*	*Ant-wort-Kate-gorien*	*N**	*Rück-lauf-quote*	*Erhebungs-zeitpunkt*	*Dimensionen der Patienten-zufriedenheit*	*Genealogie des Erhebungsinstruments* - *Angaben zur psychometrischen Güte*	*Abteilungen*	*Autoren und Studienjahr*
Regensburger – Fragebogen	Entwicklung eines multidimensionalen Meßinstruments, Qualitätssicherung	22	Bewertungs-fragen (Wie war der Empfang ?)	6	305	17%	perstationär	12 Dimensionen: • Empfang / Begrüßung • ärztliche Betreuung • ärztliche Behandlung • pflegerische Betreuung • Wahrung der Privatssphäre • Information / Aufklärung • Verpflegung • Sauberkeit / Hygiene • Organisationsablauf • Interaktionsqualität des Verwaltungspersonals • Loyalität • Gesamtzufriedenheit *In der explorativen FA konnte ein Hauptfaktor extrahiert werden, welcher 56,1% der Gesamtvarianz aufklärt („Gesamtzufriedenheit").*	Autoren geben keine dezidierten Angaben zum Entstehungskontext des Instruments; die Reliabilität der Gesamtskala weist eine Alpha-Wert von 0,94 auf.	stationär psychiatrische Patienten	Spießl & Klein 1995a
Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB)	Entwicklung eines Fragebogens zur subjektiven Bewertung der Behandlung	11	Statements (7) + 4 offene Fragen	VAS	138	k.A.	perstationär	Inhaltliche Itemausrichtung: • Richtigkeit der Behandlung • Verständnis des Therapeuten • Einsatz des Therapeuten • Umgang mit sonstigen Mit-arbeitern • Richtigkeit der Medikation • Richtigkeit sonstiger An-gebote • Entgegengebrachte Achtung • Erfolg der Behandlung	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • keine Angaben *Psychometrische Gütemaße:* • Angaben zur Inhaltsvalidität • Angaben zur prädikativen Validität • Angaben zur konvergenten Validität (Übereinstimmende Ergebnisse mit einer simultan durchgeführten qualitativen Studie zu analogen Parametern)	Ambulante und stationäre Psycho-therapie	Priebe 1992, 1993; Gruyters 1995; Gruyters & Priebe 1992, 1994
MFBB-24 „Munich Patient Satisfaction Scale"	Patientenorientier-te Instrumenten-Entwicklung, QM	24	Zustimmungs-fragen; Frage als Aussagen / Statements formuliert	5	337	54%	*per*stationär	3 Subskalen (explorative FA): • Arzt-Patienten-Beziehung (Kommunikation, Empathie etc.) sowie die subjektive Effektivitätsschätzung der Psychopharmakatherapie; • Kooperation und Stations-atmosphäre • Verhalten und Betreuung des Krankenpflegepersonals	<u>Kaskadenförimger Entwicklungsprozess:</u> • Generierung eines umfassenden Item-pools durch extensive Analysen empirischer und theoretischer Studien zur Patientenzufriedenheitsforschung; • Zum Zwecke einer hohen Inhalts-validität berücksichtigten die Autoren primär all jene Behandlungsaspekte, die aus der Patientenperspektive der am „bedeutungsschwangernsten" sind: „These were aspects of communication in the interpersonal relationship between	stationär-psychiatrische Patienten	Möller-Leim-kühler et al. 2002; Möller-Leim-kühler & Dunkel 2003;

									psychiatric staff and patients, which had a higher priority for patients than instrumental and material concerns“ (*Möller-Leimkühler et al. 2002a, S. 20*); • Der generierte Itempool wurde mit den behandelnden PsychiaternInnen und dem Krankenpflegepersonal auf den Stationen diskutiert und partiell modifiziert; • Pretest I.: Die 133-Items umfassende erste Version des MPSS wurde an einer Stichprobe von 30 Patienten getestet; • Die statistischen Ergebnisse des Pretests führten zu einer Straffung des Instrumentes auf 99-Items; • Pretest II.: Der MPSS-99 wurde an einem Patientengut von n=85 getestet; • Die Itemanalyse des zweiten Pretests führte zu einer Reduktion der Itemzahl auf 72; • Der MPSS-72 wurde in zwei voneinander unabhängigen Studien mit jeweils unterschiedlichen Erhebungszeiten (a)“discharge sample“ vs. b)“key date sample“) • Pretest III-a: Der MPSS-72 wurde von n=161 Patienten (RL: 20%) retourniert; • Pretest III-b: In der Stichtagserhebung wurde der MPSS-72 von insgesamt 91 Patienten (RL: 85%) ausgefüllt (vgl. *Möller-Leimkühler & Dunkel 2003*; • Die Daten der drei Studien wurden zur Psychometrischen Prüfung zu einem Datensatz (n=337) komprimiert; eine differenzierte Item-to-Total-Korrelations-Analyse führte zum Ausschluß von 48 Items (<0,5) ; eine an den 24 übrig gebliebenen Items durchgeführte explorative FA ergab eine 3-Faktorlösung die insgesamt 53,9% der Gesamtvarianz aufklärt. • Reliabilität (Gesamt): $\alpha = 0,92$; • Autoren klagen aufgrund der patientennahen Fragebogenkonstruktion hohe Inhaltsvalidität ein; • Die konvergente Validität wurde durch eine Korrelationsbestimmung zw. dem Gesamtscore des MPSS-24 und dem simultan erhobenen Summenscores des ZUF-3 (*Spießel et al 1996*) ermittelt; die signifikante Korrelation		

									beträgt r = 0,65 (p=0,001); • Angaben zur Konstruktvalidität.		
Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BI-KEB)	Entwicklung eines Instruments zum "post-session-outcome"	25	Statements	6	275	k.A.	Post-session	6 Skalen : • Zurechtkommen mit dem Therapeuten • Zurechtkommen mit sich selbst in der Stunde • Veränderungserleben • Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht • Erlebte Beruhigung • Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung + Ein allgemeines Beurteilungskriterium	<u>Kaskadenförimger Entwicklungsprozess:</u> *Vorstudien zur Itemgenerierung:* • umfassendes Literaturstudium • Berücksichtigung der via qualitativer Inhaltsanalyse extrahierten Dimensionen des Klientenerlebens von Elliott & James 1989 • Analyse klassischer deutsch- sowie englischsprachiger Stundenbögen (u.a. Eckert 1974, Stiles 1980, Stiles & Snow 1984 und Grwae & Braun 1994) • Das Grundgerüst des BIKEB bildet der von Eckert (1974) entwickelte Fragebogen (KEB) • Anlass für die Neukonstruktion des KEB waren sowohl die faktorenanalytischen Ergebnisse von Zielke (1980) als auch der Nachweis individuell verschiedener Faktorenstrukturen bei Einzelfallanalysen mittels der P-Technik (Höger & Eckert 1997) • Entwicklung einer Vortestversion des BIKEB • Teststatistische Prüfung des V-BIKEB an einer Stichprobe von 199 Psychotherapieklienten • Die Ergebnisse der Vorstudie führten zu einer weiteren Optimierung des BIKEB • Hauptstudie (N=275 Patienten) *Psychometrische Prüfung:* • Itemanalyse • Faktorenanalysen mittels der P-Technik (Cattell 1963) *Psychometrische Gütemaße:* • Angaben zur Auswertungsobjektivität • Reliabilität (Gesamt):): α = 0,76 Split half r = 0,80 • Reliabilität (Subskalen): α = 0,69-0,87 Split half r = 0,70-0,91 • Angaben zur inhaltlichen Validität (Verweis auf die innere Konsistenz der Skalen sowie das intensive Literaturstudium) • Ergebnisse aus weiteren Validierungsstudien liegen für den BIKEB bis dato noch nicht vor	Ambulante und stationäre Psychotherapie sowie psychosoziale Beratungseinrichtungen	Höger & Eckert 1997 Höger 2002

Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beraung (STEP-P)	(schulentranszendierende-) Prozessdiagnostik	12	Statements	7	170 (I)	k.A.	post-session	3 Dimensionen (explorative FA; 60,2% Gesamtvarianz): • motivationale Klärung & Entwicklung des Patienten • Hilfe bei der Problembewältigung • therapeutische Beziehung & Unterstützung	<u>Kaskadenförimger Entwicklungsprozess:</u> *Prozess der Itemgenerierung:* • Umfassende Literaturrecherche • Durchsicht vorliegender deutschsprachiger Stunden-/ Sitzungsbögen (vgl. Übersicht bei Frohburg 1999) • Theoriegeleitete Konstruktion der Items unter enger Bezugnahme auf die vier allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (1995, 1998; sowie Grawe et al. 1994) sowie der drei Interventionsebenen psychologischer Beratungen nach Bommes & Plessen (1978) • Entwicklung einer ersten Testversion des Stundenogens • Empirische Erprobung des Stundenbogens (Studie I) an einer Stichprobe von 170 Patienten • Hauptuntersuchungen: - Studie II: Revidierte Version des Stundenbogens; N=125 stationäre Patienten - Studie III: N= 30 ambulante Patienten *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskala): α = 0,69-0,83 • Reliabilität (Gesamt): α = 0,78 • Profilreliabilität: r=0,54 • Angaben zur konvergenten Validität • Angaben zur diskriminativen Validität	Ambulante und stationäre Psychotherapie sowie psychosoziale Beratungseinrichtungen	Krampen & Wald 2001 Krampen 2002
Stundenbeurteilungsbogen für Patienten (SB-K)	Prozessdiagnostik, Verlaufsmessung, Analyse der Klient-Therapeut-Interaktion	20	Statements	4	37	k.A.	post-session	6 Dimensionen: • Erwartungen an die Sitzung • Transparenz des Vorgehens • Aktivität & Zusammenarbeit • Aufbau von Selbstkontrolle • Zuversicht & Vertrauen • Globale Zufriedenheit	Gütekriterien: • Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist laut Autoren gegeben • Interne Konsistenz = Alpha .88 • Inhaltliche Validität: Verweis auf Expertenratings •Angaben zur Übereinstimmungsvalidität	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Schindler et al. 1989, 1990, 2003 Schindler 1991, 1996
Nachbearbeitungsbogen (NBB)	Instrumentenentwicklung, Prozessforschung, Nutzung des Instruments als Therapiematerialie	8	Statements	4	11	100%	post-session	Zufriedenheitsoperationalisierungung: • Zufriedenheit Stundenverlauf • Zufriedenheit mit dem eigenen Verhalten • Zufriedenheit mit dem Therapiefortschritt • Zufriedenheit mit dem Therapeutenverhalten	Keine Angaben	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Rossel 1994

Prozessdokumentations-bogen (PD)	Entwicklung eines Fragebogens zur stationären Prozessdokumen-tation	50	Statements	7	94	k.A.	perstationär	7 Dimensionen (explo. FA): • Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksam-keit • Klima / Atmosphäre auf der Station • Beziehungsqualität / Offen-heit / Vertrauen zum Therapeuten • Dysphorische Affektivität / Innenorientierung • Perspektivenerweiterung / Innovation • Intensität der Problem-bearbeitung • Körperliche Beschwerden Faktoren 2. Ordnung: • Entwicklung u. Problem-bearbeitung • Dysphorische Affektivität u. körperliche Beschwerden • Beziehung und Kontext	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • intensives Literaturstudium • Anpassung und Modifikation des Klientenbogen zur Prozeßinvolviertheit von Nischk et al. 2000 für den station-ären Einsatz • der PD basiert wesentlich auf den Items des Klientenstundenbogens von Nischk et al. 2000; ergänzt wird er u.a. durch einige Items des Stundenbogens von Grawe & Braun 1994 sowie des Aktionsprotokollbogens von Manteufel & Schiepek 1998 *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subsaklen): α = 0,82-0,94 • Reliabilität (Gesamt): α = • faktorielle Validität • ökologische Validität	Stationäre Psychotherapie	Honermann 2002 Schiepek et al. 2001
Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)	Entwicklung eines Fragebogens für Psychotherapie-Patienten zur Beurteilung ihrer Therapie	11	Statements	5	581	k.A.	post-session (Computer)	3 Subskalen (explorative FA): • Hoffnung auf Besserung • Furcht vor Veränderung • Passung	<u>Kaskadenförimger Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturrecherche • Der PATHEV wurde auf der Grundlage zweier von dem Autor konstruierter Fragebögen zum Psychotherapieprozess entwickelt: dem „Fragebogen zu Patientenerwartungen (PATERWAS 96)“ und dem „Fragebogen zur Therapiebewertung (THEBEWE)“ • Die primär theoriegeleitete Item-konstruktion sollte insbesondere die beiden Konstrukte “Erfolgserwartung“ und “Passung“ operationalisieren • Die ursprünglich 15 Items umfassende Form des PATHEV wurde im An-schluss an eine explorative FA um 4 Items gekürzt (Ladungen unter 0,60) *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskala): α = 0,73-0,89 • Reliabilität (Gesamt): α = 0,81 • Test-Retest-Reliabilität: r = 0,71 • Angaben zur faktoriellen Validität • Angaben zur Konstruktvalidität	Ambulante und stationäre Psycho-therapie	Schulte 2005

EAG-Stundenbegleitbogen	Entwicklung eines Stundenbogens zur kontinuierlichen Qualitätskontrolle und Therapieprozessevaluation	3	Satzergänzung	VSA	102	k.A.	postsession	Inhaltlicher Bezug der Items: • Thema der heutigen Sitzung (offene Frage) • Nützlichkeit der Sitzung • Wohlbefinden in der therappeutischen Beziehung	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Intensives Literaturstudium • Analyse der eingängigen deutschen Prozessdokumentationsbögen aus Patientensicht (Schindler et al. 1990, Hahlweg 1990; Grawe & Braun 1994) • Die Themen des EAG-Stundenbegleitbogens entlehnten sich einerseits der Passungs- res. Ansprechbarkeitstheorie der Psychotherapieforschung sowie andererseits der Integrativen Identitätstheorie (Petzold 2001), den sogenannten „5 Säulen der Identität“ (Petzold 1993, 1982 und Kames 1992) *Angaben zur psychometrischen Güte* • keine Angaben	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Petzold et al. 1998, 2000; Petzold 2005; Böcker 2000; Steffan 2002
Kieler-Stundenfragebogen	Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit mit psychotherapeutischer Kurzberatung (max. 3 Gespräche)	66	Statements	5	125	42,5%	Postalisch (1* Erinnerungsschreiben)	Dimensionen: • Angaben zur Person (10 Items) • Beziehungsqualität / Gesprächsatmosphäre (37 Items) • Veränderungsmessung (12 Items) • Aktuelle Lebenssituation- und zufriedenheit (7Items)	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Modifikation / Weiterentwicklung der Fragebögen von Strupp et al. (1969) und Kächele et al. (1985) *Psychometrische Gütemaße :* • keine Angaben	Ambulante psychotherapeutische Beratung (Konsiliarbereich)	Strauß 1991a,b
Globalbeurteilungsbogen für den Patienten (GLOB-PAT)	Untersuchung der Zufriedenheitsentwicklung im Therapieverlauf	2	Bewertungsfrage	6	80	80%	perstationär	Thematik der beiden Items: • Erwartungserfüllung / Zufriedenheit • Therapienutzen	Keine Angaben	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Grawe et al. 1990 Lenz 2003

Der „*Helping Alliance Questionnaire*“ (HAQ) von Luborsky (deutsche Version)	Evaluierung der therapeutischen Beziehung, Eignung zur Prozessforschung über mehrere Messzeitpunkte sowie als Outcome-Kriterium in Therapiestudien; „(...) wobei die „Erfolgszufriedenheit“ eher Outcomequalitäten besitzt und sich die Beziehungszufriedenheit“ eher als Prozessforschuungsmaß empfiehlt“ [*Bassler et al. 1995, 32*].	12	Statements	6	239	k.A.	- perstationär - *ambulant* nach der dritten Sitzung - *stationär* zwei Wochen nach der Aufnahme	2 Subskalen (explorative FA): • Beziehungszufriedenheit • Erfolgszufriedenheit *sowie* • Allgemeine Summenskala: - *Gesamtzufriedenheit* (Summe aller Items)	Entwicklungsprozess: *Itemgenerierungsprozess:* • Deutsche Übersetzung des HAQ von Luborsky 1984, 1985, 1988; Alexander & Luborsky 1986; Horvath & Luborsky 1993 sowie Morgan et al. 1982 *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Gesamt): α = 0,89 • Reliabilität (Subskalen): α = 0,84-0,89 • Faktorinterkorrelation: r=0,43 • Bescheinigung ausreichender Änderungssensitivität • Angaben zur prognostischen Validität (ambulante Psychotherapie; Woody et al.1993) • Angaben zur diskriminaten Validität • Angaben zur Konstruktvalidität	Ambulante und stationäre Psychotherapie die psychodynamisch oder kognitiv-behavioral orientiert sind	Bassler et al. 1995; Bassler 1995; Bassler & Hoffmann 1993; Bassler 2002a
Fragebogen zur Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung durch den Patienten	Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung	40	Statements	4	238	kA.	postsession	Dimensionen (explorative FA): • TAB-Pt: Gesamtskala zur Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung • TAB-Pt-A: Urteile, die sich auf die Person des Therapeuten beziehen • TAB-Pt-B: Urteile, die sich auf die therapeutische Arbeit beziehen	Entwicklungsprozess: *Itemgenerierungsprozess:* • gründliche Aufarbeitung der Literatur • Analyse bestehender Instrumente zur therapeutischen Arbeitsbeziehung • Theoriegeleitete Entwicklung: Grundlage der Fragebogenkonzeption bildet das psychoanalytische Therapieverständnis, welches eine klare Trennung zw. Arbeitsbeziehung und positiver Übertragung (angenehme Gesprächsatmosphäre, affektive Klima) vollzieht • Kriterien zur Auswahl des Itempools: Sammlung jener Items, welchen in der Literatur eine prädikative Bedeutung für den Therapieerfolg zugeschrieben wird • Drei Itemanalysen führten zu einer Reduktion der Itemgesamtzahl auf 20 Items, die auch die Grundlage für die Faktorenanalyse bildeten *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Gesamt): α = 0,90 • Reliabilität (Subskalen): α = 0,84-0,88 • Angaben zur prognostischen Validität	Ambulante Psychotherapie (psychoanalytisch fundiert)	Rudolf 1991; Rudolf & Manz 1993
Haller-Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	Evalierung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	67	Bewertungsfragen (Fanden Sie die Dauer…?)	2	134	49,6%	postalisch	5 Fragebatterien: • Demographika • Prätherapeutische Phase • therapeutische Phase • posttherapeutische Phase • Meinungen & Informationen	Der Fragebogen wurde von einer med. Expertengruppe erarbeitet. Es liegen jedoch keine psychometrischen Ergebnisse – weder zur Reliabilität noch zur Validität – vor.	Ambulante Psychotherapie	Schulze 2001

								zur Untersuchung			
Stationserfahrungsbogen (SEB)	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie, der sowohl im Rahmen der Prozessdiagnostik als auch innerhalb der allgemeinen Psychotherapieforschung (Wirkfaktorenforschung) angewandt werden kann.	38	Statements	6	252	k.A.	perstationär (wöchentlich)	7 Skalen (explorative FA): • Selbstwirksamkeit (Generalisierte Kompetenzerwartung) *(6 Items)* • Beziehung zum therapeutischen Team *(7 Items)* • Beziehung zum Einzeltherapeuten *(4 Items)* • Gruppenklima *(7 Items)* • Zuwendung durch Mitpatienten / Kohäsion *(5Items)* • Angemessenheit der Behandlungsintensität *(5 Items)* • Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen / Stationsordnung *(4 Items)*	<u>Entwicklungsprozess:</u> Der SEB stellt in der Summe das Endprodukt eines expertokratisch geführten Konzeptionsprozesses dar, in welchem das Autorenduo neben der rein deduktiv-theoriegeleiteten Methode rationaler Fragebogenkonstruktion insbesondere von der Implementierung etablierter Item-Skalen unterschiedlichster Instrumente Gebrauch machte: „Die Fragen zur einzeltherapeutischen Beziehung entstammen mit Modifikationen der deutschen Übersetzung des Hepling Alliance Questionnaire von Luborsky (*Bass-ler 1994*). Fragen zur Beziehung zu Mitpatienten wurden aus dem Gruppenerfahrungsbogen von *Strauß & Eckert (1994)* sowie aus dem Gruppenklima-Fragebogen von *MacKenzie (Tschuschke et al. 1990)* entnommen und so transformiert, dass sie für das stationäre Setting zu verwenden sind. Zum Erleben der Stationsordnung sowie der Behandlungsintensität wurden eigene Items formuliert. Selbstwirksamkeit als therapeutische Erfolgsvariable wurde durch Fragen zur Generalsierten Kompetenzerwartung aus dem Bogen von *Schwarzer (1992)* erhoben. Ferner gingen Items zur Öffnungsbereitschaft aus dem „Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung – BFKE“ von *Höger (1995, 1998)* ein“ [Sammet & Schauenburg 1999, 8]. *Empirische Erprobung:* Die nach der obig aufgezeigten Konstruktionsmethode entwickelte Vorversion des SEB wurde an insgesamt drei Stichproben auf ihre Verständlichkeit (Bedeutungsäquivalenz), Handhabbarkeit und Praktikabilität sowie auf ihre psychometrische Güte hin überprüft: a) *Stichprobe I:* In einer ersten Vorversion wurde ein Pool von 90 Fragen an n = 30 Patienten auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit überprüft und partiell modifiziert. b) *Stichprobe II:* Die revidierte zweite Fassung der Vorversion (56 Items) wurde an einer Population von n = 198 Patienten pregetestet und einer umfassenden Item- und Faktorenanylse unterzogen.	stationäre Psychotherapie (sowohl in verhaltenstherapeutsich als auch in psychodynamisch orientierten Behandlungseinrichtungen; unabhängig von der diagnostischen Verortung des Patienten)	Sammet & Schauenburg 1999, 2002a

									Das Autorenduo verbannte sämtliche Items mit extrem linksschiefer Verteilung (*Ceiling-Effekt*) oder uneindeutiger faktorieller Zuordnung aus dem Instrument, was zu einer erheblichen Reduktion der Itemgesamtzahl führte. c) *Stichprobe III:* Die überarbeitete dritte Fassung der SEB-Vorversion wurde an einer weiteren Stichprobe von n = 252 Patienten getestet und erneut faktorenanalytisch überprüft. Nachdem die Autoren wiederum einige uneindeutige Items aus dem Fragebogen exkludieren mussten, konnte der SEB in seiner vorläufigen Endversion präsentiert werden. *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskalen): α = 0,71–0,85; • Reliabilität (Gesamt): α = 0,78; • Validität: „Die Konstruktvalidität wurde mittels Faktorenanalyse sichergestellt. Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität sowie zu den Gütekriterien des Tests in bezug auf seine Eignung zur Verlaufsmessung liegen noch nicht vor. Einzelfallanalytische Auswertungen von abgeschlossenen Therapien sprechen jedoch für eine gute Änderungssensitivität des SEB“ [Singer 2002a, 1067].		
Stationsklimafragebogen-Maßregelvollzug (SK-M)	Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Erfassung des sozialen Klimas	15	Statements	5	327	95,8%	perstationär	3 Dimensionen (explorative FA): • Therapeutischer Halt • Zusammenhalt der Patienten • Sicherheit	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess</u>: *Itemgenerierungsprozess:* • Umfassendes Literaturstudium • Analyse bestehender Instrumente zur Messung des Stationsklimas • Entwicklung und empirische Überprüfung zweier Vorbversionen des SK-M im Rahmen einer arbeitspsychologischen Untersuchung (Schalast 1995, 1997) sowie einer Motivationsstudie (Schalast 2000a,b) • Die mangelhafte Replikation der apriorisch vorgesehenen Faktorenstruktur führte zu einer radikalen Itemselektion; diese „Radikalkur“ mündete in der gegenwärtigen inhaltlichen Ausstaffierung des SK-M *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskalen): α = 0,76-0,86 • Angaben zur Inhaltsvalidität („Augenscheinvalidität“) • Angaben zur konvergenten Validität • Angaben zur diskriminativen Validität	Maßregelvollzug, Suchtstationen	Schalast & Redies 2005, 2006 Redies 2004

Wohn-/Klinikmilieu-fargebogen	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des ökologisch-therapeutischen Milieus; QM	17	Statements	5	127	54%	perstationär	4 Dimensionen: • Materielle und bauliche Eigenschaften / Infrastruktur • Privatheit • Aneignung • Konfliktpotenzial / Zusammenleben	Entwicklungsprozess: *Itemgenerierungsprozess:* • In Anlehnung an das Social Interview Schedule (SIS) von Hecht et al. 1987 entwickelten die Autoren einer erste Fragebogenversion mit 21 Items • Diese 21 Items umfassende Vorversion wurde in einer Diskussionsrunde mit Behandlern und Patienten auf ihre Verständlichkeit und Brauchbarkeit bewertet und anschleißend auf 17 Items eckertreduziert *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Gesamt): - Wohnmilieu α = 0,82 - Klinikmilieu α = 0,83 • Restestreliabilität (Spermans Rho): - Wohnmilieu r = 0,895 - Klinikmilieu r = 0,854 • Kontextsensitivität (Diskriminierungsfähigkeit)	Rehabilitations-klinik	Linden et al. 2006
Therapieerleben-Frage-bogen (TeF) für Patienten und Angehörige	Instrumenten-entwicklung	40	Statements	5	54	50%	perstationär	6 Dimensionen: • Ängste und Befürchtungen vor negativen Therapieer-folgen • Informiertheit über die Therapie • positive Auswirkungen der Therapie auf das soziale Netz und den Alltag • positive Auswirkungen der Therapie auf die eigenen Kompetenzen • persönliches Engagement für die Therapie • Misstrauen und Gefühle des Ausgeliefertseins gegenüber der Therapie	Entwicklungsprozess: *Itemgenerierungsprozess:* • Auf der Basis einer umfangreichen Literaturanalyse, Expertendiskussionen sowie der Inaugenscheinnahme bestehender Zufriedenheitsmessinstrumente entwickelten die Autoren einen ersten Fragebogen, der insgesamt 118 umfasste; • Dieser TeF_{118} wurde an einer Stichprobe von 54 Patienten und 51 Angehörigen getestet; • Anhand der Ergebnisse dieser Befragung wurde die Itemzahl auf 40 verschlangt; *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität: - Cronbach's α (Skalen) = 0,73 - 0,86 - Cronbach's α (Gesamt) = 0,8	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Linden et al. 2008

Fragebogen zu ihrer Psychotherapie	Replikation der 1994 in den USA durchgeführten Consumer Reports Study (siehe u.a. Seligman 1995, 1996a-c) für Deutschland; das primäres Ziel der Studie bestand darin, die Wirksamkeit und Zufriedenheit der heterogenen Psychotherapieverfahren zu prüfen	77	Bewertungs-Fragen	uneinheitlich	1792	entfällt, da der Fragebogen von den Patienten angefordert werden musste	*postalisch*	Globale Erfassung der Therapie-zufriedenheit; es wurde keine Dimensionierung vorgenommen	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Übersetzung und parteille Modifikation des amerikanische Fragebogens • keine Angaben zur psychometrischen Güte des adaptierten Instruments	Ambulante und stationäre Psychotherapie	Hartmann 2006
Rosenheimer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (RFPZ)	Instrumenten-entwicklung	k.A.	Bewertungs-Fragen	6	40	k.A.	*perstationär*	3 Zufriedenheitsdimensionen: • Zufriedenheit mit dem Personal • Zufriedenheit mit der Therapie • Zufriedenheit mit dem Service / der Hotelqualität	<u>Entwicklungsprozess:</u> • „selbstgestrickter“ Fragebogen; • Orientierung an etablierten PZ-Frage-bögen • keine Angaben zur psychometrischen Güte des Instruments	ambulante und stationäre Psychotherapie	Semmler 1998
Patientenzufriedenheits-fragebogen	Instrumenten-entwicklung, QM	33	Statements und Bewertungs-fragen	6	108	k.A.	*Postalisch*	10 Dimensionen: • Therapeut und therapeut-ische Beziehung • theapeutisches Vorgehen und therapeutischer Prozess • Therapieergebnisse • Rahmenbedingungen der Therapie • Veränderungen und Effekte • Globalbewertung des Therapieerfolgs • Zufriedenheit mit der Psychotherapie insgesamt • Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf • Zufriedenheit mit dem Erfolg der Psychotherapie insgesamt • Zufriedenheit mit dem Psychotherapeuten • Weiterempfehlung des Psychotherapeuten 4 Faktoren (explorative FA): • Prozessqualität • Ergebnisqualität	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Literaturanalyse • Inaugenscheinnahme etablierter Mess-verfahren zur Patientenzufriedenheit *Psychometrische Kennwerte* • Reliabilität: - Cronbach’s α (Skalen) = 0,87 – 0,93 - Cronbach’s α (Gesamt) = 0,89 -	ambulante Psychotherapie	Lairaiter et al. 2000 sowie Schirl et al. 2001

								• Prozesszufriedenheit • Ergebniszufriedenheit			
Uniklinik Tübingen (TÜBB 2000)	QM, FBE	25	Kombination: Veränderungs-orientierte Fragen (23), statusorientierte ranging Fragen (1) & offene Fragen (1)	7	80	53%	*per*stationär (Tage vor der Entlassung)	3 Subskalen (Faktorenanalyse): • Atmosphäre (7 Items) • Qualität der Behandlung (8 Items) • Autonomie (7 Items)	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Stufe 1* • Literaturrecherche • Expertengespräche •Umstellung von Analogskala auf eine 7-stufige semantische Differenziale *Stufe 2* •Vergleichsstudie status- vs. veränder-ungsorientierter Fragestil (111 Patienten) *Stufe 3* •Externe Validierung anhand des ZUF-8 (mittlere signifikante Korrelation r=0,523) *Stufe 4* • Erprobung des TÜBB 2000 (n=123; 75%)	Psychiatrische Patienten	Längle et al. 2002; Wollinger & Baum 1997; Schramm 1999; Maschke & Schi-balski 1999
Fragebogen der Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz	QM, FBE, Zufriedenheits-dynamik	15	k.A.	5er	68	50%	Stationär; zwei Zeitpunkte; T1 1 Woche nach Aufnahme; T2 1 Woche vor Entlassung	15 Grundthemen: • Allgemeine Behandlung, • ärztliche Betreuung, • medikament. Behandlung, • Häufigkeit der Gespräche mit Ärzten, • Inhalt/Verlauf dieser Gespräche, • Pflegerische Behandlung, • Pflegeteam, • Pflegerische Gesprächs-führung, • Stationsablauf/Organisation • Stationsanagebot an Aktivitäten, • Verpflegung/Essen, • Unterbringung, • Sauberkeit/Hygiene • Regelung der Besuchs-möglichkeiten, • Ausgangsregelung	Vorlage eines – von einer externen Beratungsfirma entwickelten – Instruments, welches am Gesamtklinikum der Unversität Mainz allenthalben Anwendung fand. Die psychiatrische Klinik wurde aus Unsicherheit ob des geeigneten Erhebungsinstruments für diese besondere Patientenschaft von der Untersuchung ausgespart. Eine inter-professionelle Arbeitsgruppe, bestehend aus zwei Ärzten, der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertretung, machten es sich zur Aufgabe, den vorliegenden Frage-bogen an die Bedürfnisse ihrer Patienten sowie des gesonderten Behandlungs-programms anzupassen, um somit eine eigenständige Untersuchung durchführen zu können. Der entwickelte Fragebogen wurde in einem ausgedehneten Probelauf (August 1998 bis Ende Januar 1999) ausführlich getestet und anschließend gründlich modifiziert. Angaben über die psychometrische Güte des entwickelten Instruments konnten nicht sichergestellt werden.	Psychiatrische Patienten	Schanz et al. 1999; Kapp-Stehen et al. 2001

Zentrum für Soziale Psychiatrie Werra-Meißner (Nordhessen)	Fragebogenentwicklung, Schwachstellenanalyse, Aufbau eines QM	21	„Überwiegend Beurteilungsfragen; Beispiel: Wie beurteilen Sie die Zuverlässigkeit unseres Personals?“ Antwort auf einer sechsstufigen VAS von 1=sehr zuverlässig / 6=sehr unzuverlässig;	6	76	20%	poststationär	10 Grundthemen: • Information / Aufklärung • Partizipation • Individuelle Behandlung • Partnerschaftliche • Umgebung • Wohlbefinden und Geborgenheit • Verständnis, Unterstützung und Zuverlässigkeit • ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungsqualität • Lebensqualität • Hotelleistungen • Patientenloyalität	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> *Exploration:* • Informationssammlung, • ausführliche Literaturanalyse, • mündliche Patienteninterviews,; Weiteren Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung des Fragebogens hatten: • die Verwertung eigener Erfahrungen der Patienten, • die Reflexion unseres eigenen Verhaltens im Umgang mit Patienten, • die eigenen Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit Patienten und Angehörigen, • die Verwertung von bekannten Patientenbeschwerden; Pretests: • „Während des gesamten Zeitraums der Konzeptentwicklung wurden nach jedem Entwicklungsschritt mehrere Pretests (...) durchgeführt, um die Ergebnisse auf ihre Eignung zu prüfen. Auf diese Weise erhielten wir zahlreiche Anregungen, Ergänzungen und Korrekturen zu Inhalt, Aufbau und Layout des Fragebogens“ [Ring 2001: 271]. Psychometrische Güte: • Statistische Analysen zur Bestimmung der psychometrischen Gütemaße des Instruments wurden leider nicht durchgeführt, da die Auswertungen von einem externen Unternehmen durchgeführt wurden und das von der Klinik zur Verfügung gestellte Projektbudget ausschließlich eine Aufarbeitung der deskriptiven Parameter zuließ.	Psychiatrische Patienten	Ring 2001
Bezirksklinikum Regensburg	Fragebogenentwicklung; Prioritätsforschung;	39		6	58	50%	*Per*stationär	3 Subskalen (Faktorenanalyse): • „Therapiefaktor“ • „Autonomiefaktor“ • „Kompetenzfaktor“ • „Hotelfaktor“	<u>Exploration:</u> •38 halbstandardisierte Patienteninterviews mit vorgegebener Eingangsfarge („Wie sollte Ihrer Meinung nach die stationäre psychiatrische Behandlung idealerweise aussehen, damit Sie voll und ganz zufrieden wären?“) • Fragebogenkonstruktion auf der Basis der inhaltsanalytisch generierten Statements	Psychiatrische Patienten	Spießel et al. 1999

„PATSAT-R“ – Patient Satisfaction für Rehabilitationseinrichtungen			Zufriedenheit im engeren Sinne	7 (Kunin+Numerik; Endpunkte der Skala und der mittlere Wert mit Smiley's gekennzeichnet	241			10 Dimensionen: • Aufnahme • Interaktionsqualitäten des ärztlichen Personals und medizinische Aufklärung • Therapeutische Personal • Interaktionsqualitäten des Pflegepersonals • Zimmer • Verpflegung • Sauberkeit • Organisation des Aufenthaltes • Wahrung der Privat- / Intimsphäre • Möglichkeiten der Freizeitgestaltung	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • Bestimmung einer Ausgangsmenge von möglichen Indikatoren resp. Dimensionen durch Literaturrecherche (Analyse von Sekundärstudien) •Überprüfung der Ausgangsdimensionierung anhand qulaitativer und quantiativer Vorstudien • Konstuktion des Fragebogens • Pretest zur Aufdeckung von Verständnisschwiergkeiten, Reduktion der Itemmenge, Bereinigung • Nach erfolgter erstmaligen Datenerhebung erfolgte eine weitere psychometrische Prüfung und Optimierung des Messinstruments • Reliabilität (Subskalen): 0,85 - 0,97 α • Angaben zu konvergenter- und diskriminanter Validität	Rehabilitation	Hribek 1999; Hribek & Schmalen 2000
QuaTheSI-39	In- und externes Benchmarking, QM, intrainstitutionelles Monitoring	39		4-6			Stichtagserhebung (punktuelle Vollerhebung)	Inhaltliche Bereiche: • Gesamtzufriedenheit (alle 39 Items) • Allgemeine Zufriedenheit (4 Items) • Sektorielle Zufriedenheit: • Angebot (10 Items) • Unterkunft / Verpflegung / Hausregeln (6 Items) • Verständnis (5 Items) • Kompetenz des Behanlungs-Teams / Kommunikation (8 Items) • Nachbetreuung (3 Items) • Persönliche Entwicklung / *Outcome*-Kriterien (3 Items)	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> Die Struktur des QualTheSI-39 basiert auf einer synthetische Verzahnung dreier psychometrisch geprüfter Messinstrumente zur Patientenzufriedenheit: • dem ZUF-8 von *Schmidt et al. 1989* • dem KLIZU-31 von *Sieber et al. 2001a* • dem Fragebogen des Centre Dollard-Cormier von *Landry et al. 1997* • Die archetypische Fragebogenversion – der *Qual-TheSI-44* – wurde in einer dreijährigen Pilotphase, durchgeführt vom ISF Zürich und der Forschungsabteilung EESP in Lausanne, hinreichend auf seine Praktikabilität und Gültigkeit geprüft • die Ergebnisse der Pilotphase führten zu einer optimierten, itemreduzierten Version des Messinstrumentes	Suchteinrichtungen	Sieber 2003

Patientenbefragung im Reha-Qualitätssicher-Ungsprogramm der Rentenversicherung (VDR)	Externes Bench-marking struktur-ähnlicher Kliniken Benchmarking Toll	49	Kombination aus Bewertungs- und Berichtsfragen; Besonderheit: Verzicht auf das Wort „Zufriedenheit“ („Kunstgriff“)	5	80 pro Kli.	ca. 70%	Poststationär (ca. zehn Wochen nach Entlassung)	Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teilbereiche auf: *Zufriedenheitsteil:* • Betreuung, • Therapeutische Leistungen, • Schulungen und Vorträge, •Vorbereitung der Nachsorge, • Einbeziehung der Patienten, • Klinik und Unterbringung. *Outcome-Teil:* • Allg. Gesundheitszustand • Schmerzen, Beschwerden, • Vitalität, psych. Probleme, Schlaf • Lebensgewohnheiten, Risikofaktoren, • Subjektives Leistungs-vermögen in allen Lebens-bereichen	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • internationale Literaturrecherche • leitfadengestützte Interviews mit 24 Pat. • Auswertung von 100 Beschwerdebrief-en an die LVA und BfA • Analyse deutsch- und englischsprachig-er Fragebögen (erstellung eines ‚Card-books’; vgl. Raspe et al. 1996) • der auf der Basis dieser umfänglichen Vorarbeiten entwickelte Pilotfragebogen wurde mit Patienten unterschiedlichster Krankheiten diskutiert (kognitiver Pre-test mit 4 Patientengruppen) • in die Entwicklung des Outcome-Teils flossen u.a. Skalen zum aktuellen Gesundheitszustand aus dem Short Form 36 (SF-36, Bullinger 1998) sowie zu aktuellen Beschwerden aus der Symptom Check Lixt (SCL-90-R, Franke 1995) ein; *Psychometrische Kennwerte:* • keine Relibailitätswerte • Angaben zur Inhaltsvalidität	Rehabilitations-patienten: • Somatik •Psychosomatik und Sucht	Dorenburg 1999, 2000a, 2001; Raspe et al. 1996, 1997
Klient/innen Befragung zur Suchtbehandlung (KLIBS)	Instrumenten-entwicklung, QM	117	Statements	6	269	88	*postalisch*	10 Dimensionen: • Therapeutische Behandlung • Betreuung • Arbeitsbereich • Soziale Beziehungen • Aufenthalt und Einrichtung • Medizinische Versorgung • Modul Methadonsubstitution • Modul Entzug • Modul Beratung • Summarische Zufriedneheit	<u>Entwicklungsprozess:</u> • Literaturanalyse • Inaugenscheinnahme etablierter Instrumente • qualitative Experteninterviews (N=9) • Interviews mit Vertreter stationärer Suchteinrichtungen (N=3) • Entwicklung eines ersten Fragebogens • Pretestung an einer Stichprobe von 7 Klienten •Erstellung der Endversion des KLIBS *Psychometrische Kennwerte:* • Angaben zur Durchführungsobjektivität • Angabe von Reliabilitätswerten (α) • Angaben zur Inhaltsvalidität • Angaben zur Kriteriumsvalidität (Korrleationswerte zum CSQ) • Überprüfung des Einflusses sozialer Erwünschtheit (Ergebnis: kein Einfluss)	Suchteinrichtungen	Wettach et al. 1996 und 1997 sowie Wettach 2005

Fragebogen „Qualitäts-beurteilungen durch Patienten“ (QbP)	Fragebogenent-wicklung, Nutzung des Bogens als Screeninginstru-ment und zum internen QM,	81	Statements	6	4.491	k.A.	perstationär	5 Fragenbereiche: • Veränderungen durch die Therapie • Zufriedenheit mit Klinik-bereichen • Zufriedenheit mit einzelnen Therapiemaßnahmen • Zufriedenheit mit Service-leistungen • Erfahrungen mit dem Therapiekonzept und Therapieprogramm Faktorenanalytische Ergebnisse des Fragenbereichs „Veränderungen“: • Gesundheitliche Stabilität und Wohlbefinden (FA 1) • Leistungsfähigkeit (FA 2) • Soziale Kompetenz und Sensibilität (FA 3) Faktorenanalytische Ergebnisse der Fragenbereiche „einzelne Maßnahmen“ und „Serviceleistungen“ • Serviceleistungen • Einzeltherapie/ -betreuung • Gruppentherapie • Unterbringung • Verwaltung Faktorenanalytische Ergebnisse der Fragenbereichs „Erfahrungen Konzept- und Programm“: • Qualitätsimage • Transparenz und Verbind-lichkeit • Praxisbezug u. Entlassungs-vorbereitung • Mangelnde Prozesstrans-parenz • Organisation und Integration der Behandlungsbausteine	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • umfassendes Literaturstudium • das Grundgerüst des Fragebogens fußt auf dem Teilleistungsqualitätsansatz von Kaltenbach (1993) und Zielke (1995) sowie Zielke et al. (2002b, 2006a) • darüber hinaus enthält das Instrument einige Strukturelemente des SEKT-Fragebogens von Henrichs et al. 1979 • die finale Version des QbP wurde durch ein interdisziplinäres Expertenranking (leitende Mitarbeiter aus sämtlichen Indikationsgebieten der verhaltensmed-izinischer AHG-Kliniken) Psychometrische Gütemaße: • Angaben zur konkordanten Validität • Angaben zur differenziellen Validität	Stationärere medizinische Rehabilitation; Abteilungen: •Psychosomatik •Sucht •Neurologie •Orthopädie •Kardiologie	Zielke 2001 sowie Zielke et al. 2002a und 2006b

Wiener Patientenzufriedenheits-inventar (WPI)	Instrumenten-entwicklung	35	Bewertungs-fragen	4	92			10 Dimensionen: • Kompetenz des Personals • Stationsablauf • Personal-Patient Beziehung • Psychosoziale Unterstützung • Wirksamkeit der Behandlung • Zugang zur Behandlung • Kontinuität der Bezugs-person • Stationseinrichtung • Information • Behandlungsinterventionen	<u>Kaskadenförmiger Entwicklungsprozess:</u> • umfangreiche Literaturanalyse • Inhaltsanalyse bedeutender amerikanischer Fragebögen (Ergebnis: 10 Dimensionen) • Wichtigkeitseinschätzung der 10 Dimensionen mittels Q-Sort durch 92 Patienten • Itembeurteilung durch Expertenteam • Durchführung eines an der kritischen Ereignismethode orientierten Interviews mit 92 Patienten • die inhaltsanalytische Auswertung der Interviewergebnisse führte zu einer partiellen Modifikation des Pilotfrage-bogens *Psychometrische Kennwerte:* • Reliabilität (Cronabach's Alpha >0,7) • Angaben zur Inhaltsvalidität	ambulant-psychiatrische Einrichtungen	Berghofer et al. 2006
Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten (FBB-P)	Entwicklung eines Fragebogensets zur subjektiven Therapiequalität aus der Perspektive des Therapeuten (FBB-T), des Patienten (FBB-P) sowie der Eltern (FBB-E). Das generierte Instrumentarium soll zur Therapieevaluation, Psychotherapieforschung, internen Qualitätssicherung sowie allgemein zur multiperspektivistsichen Erfassung der subjektiven Therapiequalität durch mehrere unabhängige Beurteiler dienlich sein und einen komplementären Beitrag zur Optimierung der Behandlungsqualität leisten.	20	Statements	5	69	62,7%	Perstationär (nach dem Entlassungsgespräch); optional kann die Patienten-version des FBB auch im Verlauf einer Therapie als Zwischenbilanz oder im Rahmen einer katamnestischen Befragung eingesetzt werden.	3 Dimensionen (explorative FA): • Erfolg der Behandlung • Beziehung zum Therapeuten • Rahmenbedingungen der Behandlung *Zusatz:* • Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung	<u>Entwicklungsprozess:</u> Die FBB-Versionen wurden an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg expertokratisch entwickelt. Bei der Konstruktion dienten den Autoren die nachstehend angeführten Zielsetzungen und Kriterien als normative Richtschnur: 1.*Allgemeine Evaluationsmethode* 2.*Differenziertung von verschiedenen Qualitätsapekten* 3.*Prespektivität und Vergleichbarkeit* „Ausgehend von diesen Zielsetzungen wurden drei Fragebogenversionen zusammengestellt, eine Therapeutenversion (FBB-T), eine Patientenversion (FBB-P) und eine Elternversion (FBB-E). Ein Teil der Items wurde von uns formuliert; eine Reihe von Items wurden aus dem in der Therapieevaluationsstudie von *Remschmidt & Schmidt (1988)* verwendeten Therapeutenbogen („Behandlungseinschätzung durch den Therapeuten") und Elternbogen („Zufriedenheit der Eltern/Erzieher mit der Therapie") übernommen. Diese in der Studie von *Remschmidt & Schmidt (1988)* verwendeten Bögen greifen wiederum auf Arbeiten von *Cross & Sheehan (1982), Slater et al.* (1982) und von *Essex et al. (1981)* zurück. Weitere Items wurden dem von *Steinhausen (1983)* in das Deutsche übersetzen und bearbeitet-	Kinder- und Jugend-psychiatrie-/ psycho-therapie (ambulant & stationär)	Mattejat & Remschmidt 1993, 1998; Mattejat & Hirsch 2002a

									en Bogen von *Gould & Shaffer (1981)* entnommen; der von Steinhausen bearbeitet Bogen wurde von *Krammerer et al. (1984)* und *Kammerer & Göbel (1985)* erweitert und modifiziert; auch aus dieser Version wurden Items übernommen [Mattejat & Remschmdit 1998, 5]. *Empirische Erprobung:* Die nach den obig dargestellten Kriterien generierten FBB-Versionen wurden an insgesamt drei stationären Stichproben auf ihre psychometrische Digniät überprüft und einem iterativen Optimierungsprozess unterzogen: a) Stichprobe I (*„Projektstichprobe*“): Die FBB-Experimentalversionen wurden an einer Stichprobe von 101 FBB-T, 150 FBB-E und 81 FBB-P *pre*getestet. Eine im Anschluß durchgeführte explorative Faktorenanalyse führte zu einer deutlichen Reduktion der Itemgesamtzahl und summasummarum zur Erstellung der FBB-Endversion. b) Stichprobe II („*Klinische Stichprobe*“) - Die FBB-Versionen wurden in die psychodiagnostische Routineversorgung aufgenommen; - aus organisatorischen Gründen wurden die FBBs zunächst nur von den Therapeuten und den behandelten Patienten ausgefüllt; - Stichprobenumfang: Den Autoren lagen insg. 436 Therapeuten- und 294 Patientenversionen des FBBs vor. c) Stichprobe III („*QS-Stichprobe*“): Im Rahmen eines Modellprojektes zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung wurden die FBB-Versionen von insg. 110 Therapueten, 69 Patienten, 54 Vätern und 74 Müttern bearbeitet. *Psychometrische Gütemaße:* En passant sein angemerkt, dass sich die nachstehend angeführten Gütekriterien ausschließlich auf die Patientenversion des FBB(-P) beziehen. • Reliabilität (Subskalen): α = 0,71–0,94; • Reliabilität (Gesamt): α = 0,8; • Retest-Reliablität (Skalen): r = 0,36-0,68 • Retest-Reliablität (Mittelwert): r = 0,59 • Angaben zur *inhaltliche Validität*: der FBB-P weist mit Kalkül eine ebenso niedrige wie undifferenzierte Itemzahl auf, da		

									die Autoren ein allgemeines Evaluationsinstrument entwickeln wollten, welches nicht auf eine bestimmte Therapieform oder Diagnosegruppe, noch auf ein spezifisches Behandlungssetting eingeschränkt sein sollte „Der FBB ermöglicht somit keine umfassende Information zur subjektiven Therapieqiualität, sondern einen (...)Einblick in einige zentrale Aspekte" [Mattejat & Remschmidt 1998, 13]. Aufgrund dieses globalen Zuschnittes weist der FBB somit eine stark limitierte *face validity* auf. • Angaben zur *faktoriellen Validität*: die via explorativer FA extrahierte Faktorenstruktur konnte in mehreren Stichproben repliziert werden; • Zur Validierung der Patientenangaben werden keine expliziten Befunde vorgestellt, jedoch sprechen die Autoren von einer signifikanten Korrelation zwischen der FBB-Skala „Erfolg“ und dem GAS-Rating der Patienten [vgl. Müller 2002b, 914].		
Uniklinik Ulm: Kinder- und Jugendpsychiatrie „Die Weisenau“ [FP-KJ(E;J;K)]	Etablierung eines QMS nach EFQM	65	Kombination: Veränderungsorientierte Fragen (42), statusorientierte ranging Fragen (16) & offene Fragen (8)	FP-KJ(J+E) 5-stufige VAS; FP-KJ(K) 5er Kuninskala (Smileys)	150	k.A.	*per*stationär (am Tag der Entlassung)	7 Dimensionen: • Globale-Zufriedenheit • Vertraulichkeit • Klima • Kompetenz • Autonomie • Therapeutische Beziehung • Motivation • Erwartungen • Hotel	Exploration: • Umfassende Literaturanalyse • Befragung an 153 kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen in Deutschland (76% Rücklauf; 29% der Institute retournierten mit Fragebogen) • Erfassung und Analyse der zugesandten Instrumente • Gruppeninterviews mit Patienten und Experten unterschiedlicher Couleur	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Naumann et al. 2000, 2001; Konopka et al. 2001

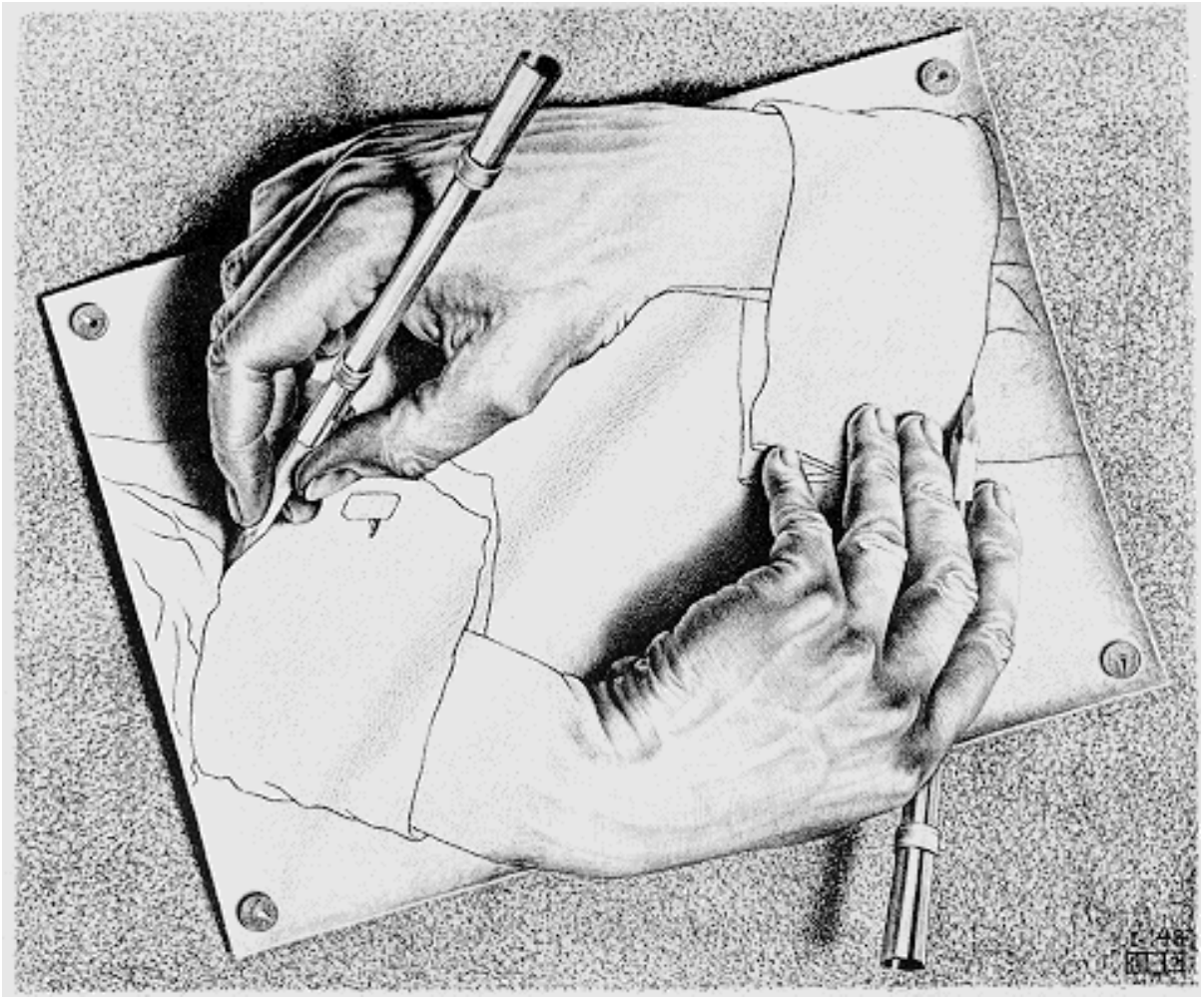
ZUF-K	Entwicklung eines „kindgerechten“ Instrumentariums zur Bewertung der Qualität klinischer Leistungen		Statements (Satzergänzung)	Sechsstufige – verbal und numerische unterlegte - SAM-Skala in Anlehnung an die Studie von Hamm & Vaitl (1989)	170			8 Teilqualitätsdimensionen: •Informationen durch Kosten- und Leistungsträger •Medizinisch-therapeutische Leistungen •Pflege und soziale Betreuung •Unterbringung •Prozesstransparenz •Atmosphäre •Beratung / Praxisbezug •Schulunterricht	<u>Entwicklungsprozess:</u> Itemgenerierungsprozess: • Literaturanalyse • Entwicklung eines theoretischen Modells zur subjektiven Beurteilung von Rehabilitationskliniken auf der Basis des Teilleistungsmodells komplexer Dienstleistungen nach Güthoff (1995) sowie den Ansätzen von Gross-Engelmann (1999) und Olandt (1998), welches die primäre Grundlage der Itemgenerierung bildete • Die endgültige Itempoolzusammenstellung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Klinikleitung der untersuchten Klinik, wobei einige Items dem bereits vorliegendem Messinstrument zur Erfassung der subjektiven Qualitätsurteile durch erwachsene Patienten entnommen res. zielgruppenspezifischumformuliert wurden *Psychometrische Gütemaße* • Angaben zur Inhaltsvalidität • Angaben zur Reliabilität • Angaben zur Konstruktvalidität	Stationäre Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	Stapel et al. 2005 Stapel 2003
Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche (FTB-KJ)	Übersetzung und psychmetrische Evaluation des Therapeutic Alliance Scales for Children (Shirk & Saiz 1992)	12	Statements	4	80	94%	postsession	3 Faktoren (explorative FA): • Arbeitsbeziehung • Negative emotionale Beziehung • Positive emotionale Beziehung	<u>Entwicklungsprozess:</u> *Itemgenerierungsprozess:* • Literaturstudium • Übersetzung des von Shirk & Saiz (1992) in Anlehnung an das Modell von Bordin (1979) entwickelte Messinstrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung (Therapeutic Alliance Scales for Children) • Die dt. Fassung der FTB-KJ wurde mit Hilfe der Rückübersetzungsmethode durch einen Muttersprachler von den Autoren der amerikanischen Originalversion autorisiert *Psychometrische Gütemaße:* • Reliabilität (Subskalen): α= 0,68 – 0,84 • Reliabilität (Gesamt): α=0,78 • Angaben zur konvergenten Validität (Simultaner Einsatz der deutschsprachigen Version des HAQ von Bassler et al. 1995; Korrelationskoeffizient der Summscores betrug r=0,7) • Angaben zur Kriteriumsvalidität • Angaben zur diskriminanten Validität	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (ambulant & stationär)	Kronmüller et al. 2003

Behandlungs-bewertungsfragebogen für Kinder- und Jugendliche (BesT-KJ)	Instrumenten-entwicklung (computerge-stützte Befragung)	16	Statements	5	88	95%	Perstationär - 2* wöchentlich	3 Dimensionen (explorative FA): • Behandlungsmotivation • Zufriedenheit • Mitbestimmung / ernt genommen werden	<u>Entwicklung:</u> • Literaturanalyse • Inaugenscheinnahme etablierter Instrumente zur Patientenzufriedenheits-Messung • 10 explorative Interviews mit psychiat-risch behandelten Kiundern (< 12 Jahre) *Psychometrische Kennwerte:* - Angaben zur Änderungssensitivität - Angaben zur Kriteriumsvalidität (Korrelationen zum ILK)	stationär-psychiatrische Behandlung von Jugendlichen	Keller et al. 2004 und 2006

„Mit den Augen der Patienten“

Fragebogen

Patientenzufriedenheit



Universität Flensburg - Internationales Institut für Management - Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Verantwortlich: Dipl. Soz. Tim-Nicolas Korf (Kontakt 02902/2700; Freitags 8-12 Uhr)

Universität Flensburg
Internationales Institut für Management
ABWL, insb. Personal und Organisation
Univ.-Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Doktorand: Dipl. Soz. Tim-Nicolas Korf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben im Verlauf Ihres stationären Aufenthaltes sowohl Ihre Station, als auch die Klinik im Ganzen, sehr genau kennen gelernt und haben auf diesem Wege ein umfangreiches Wissen über die einzelnen Abläufe, die Vorzüge sowie Schwachstellen der Behandlung erworben. **Dieses Wissen macht Sie zum Experten**. Sie sind somit nicht nur ein **Experte Ihrer Krankheit**, der einzig und allein angeben kann, inwieweit sich seine Krankheitsbeschwerden gebessert haben und welche therapeutischen Maßnahmen wirklich hilfreich waren, sondern auch ein **Qualitätsexperte**, der einzig und allein anzugeben weiß, ob seinen Erwartungen und Bedürfnissen in der Therapie hinreichend entsprochen wurde.

Der vorliegende Fragebogen, den ich – Tim-Nicolas Korf (Dipl. Sozialarbeiter) - im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Universität Flensburg entwickelt habe, möchte **Ihre Meinung als Experte hören**: Was hat sich durch die Therapie verbessert? Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungsergebnis? Haben Sie sich auf der Station wohlgefühlt? Wo liegen die Stärken und Schwächen der Klinik? Was sollte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Die **Ergebnisse dieser Untersuchung** sollen von den einzelnen Stationen dazu genutzt werden, ihr Behandlungsprogramm noch stärker an den **Wünschen und Bedürfnissen der Patienten** zu orientieren. Zukünftige Patientengenerationen könnten durch diese Befragung somit in den Genuss einer optimierten, patientenzentrierten Behandlungsqualität kommen.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung des Fragebogens daran, dass eine **Verbesserung der Behandlung** nur auf der Grundlage aufrichtiger, ungeschönter Antworten möglich ist. Nehmen Sie also kein Blatt vor den Mund. Es gibt in diesem Fragebogen keine richtigen oder falschen Antworten. **Es zählt ausschließlich Ihre persönliche Meinung**.
Kritische Anmerkungen fassen wird als Anregung für Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Zum Zeichen meines Dankes für Ihre Mühen und Ihr Engagement bei der Beantwortung des Fragebogens möchte ich Ihnen als kleine Aufwandsentschädigung ein **Gedicht von Berthold Brecht** mit auf den Weg geben, welches sehr anschaulich die häufig vergessenen „Genuss-quellen“ unseres Alltagslebens beschreibt.
Des Weiteren möchte ich Sie darauf Hinweisen, dass die Klinik für jeden ausgefüllten und termingerecht abgegebenen Fragebogen, obligatorisch **1 €** an die Warsteiner Tafel spendet.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Mit Dank für Ihre Mühen und freundlichen Grüßen

(Dipl. Soz. Tim-Nicolas Korf)

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher- Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, in meinen Körper „hineinzuhorchen (z.B. Wahrnehmung von Verspannungen) hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, anderen Menschen positive Erlebnisse und Gefühle mitzuteilen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir in Tagträumen meine Zukunft auszumalen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich an schönen Erinnerungen zu erfreuen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, das „Hier und Jetzt“ bewusst wahrzunehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die Aufmerksamkeit bewusst auf angenehme Dinge (z.B. Sonnenstrahlen, gutes Essen) zu richten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir genussvolle Momente zu erlauben (Motto: *„Ich bin es wert, dass es mir gut geht“*), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich so zu verhalten, wie es gut für mein Befinden ist, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir mehr Zeit für mich selbst zu nehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, in meinen Körper „hineinzuhorchen (z.B. Wahrnehmung von Verspannungen) hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, anderen Menschen positive Erlebnisse und Gefühle mitzuteilen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir in Tagträumen meine Zukunft auszumalen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich an schönen Erinnerungen zu erfreuen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich auf bestimmte Ereignisse (z.B. Besuch) zu freuen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, das „Hier und Jetzt“ bewusst wahrzunehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die Aufmerksamkeit bewusst auf angenehme Dinge (z.B. Sonnenstrahlen, gutes Essen) zu richten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir genussvolle Momente zu erlauben (Motto: *„Ich bin es wert, dass es mir gut geht“*), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich so zu verhalten, wie es gut für mein Befinden ist, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir mehr Zeit für mich selbst zu nehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, mir selbst etwas Gutes zu tun, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, auf die unmittelbare Befriedigung eines Bedürfnisses verzichten zu können, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, zu lachen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die Widrigkeiten des Lebens auch mal mit Humor zu nehmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir positive Gedanken über meine eigene Person zu machen (z.B. *"Ich finde mich ganz in Ordnung"* oder *"Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden"*), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir in schwierigen Situationen selbst gut zuzureden (z.B. *"Du wirst das schon machen")*, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich nach bewältigten Aufgaben/Problemen selbst zu loben (z.B. *"Das habe ich gut hingekriegt"*), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, zu entspannen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich von sorgenvollen Gedanken abzulenken, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, nach dem zu Bett gehen zügig, ohne lange Wachliegen einzuschlafen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein "Durchschlafverhalten", d.h. die Nacht ohne häufiges Aufwachen zu verbringen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, Nachts von schönen Dingen zu träumen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Schlaftqualität hat sich durch die Therapie insgesamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich selbst wie einen guten Freund zu behandeln, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich an Aktivitäten (*z.B. Sport*) so hinzugeben, dass ich mich dabei selbst vergesse, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich mit mir selbst zu beschäftigen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, meine Freizeit zu gestalten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich so in eine Tätigkeit (*z.B. Rätsel*) zu vertiefen, dass ich darüber die Zeit ganz vergesse, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die freien Wochenenden angenehm und erholsam zu gestalten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mit Langeweile umzugehen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir Ziele zu setzen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die Richtung meines Lebens selbst zu bestimmen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, dem Leben wieder einen Sinn zu geben, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, zu glauben (z.B. Christentum oder Buddhismus), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, zu erkennen, für was es sich im Leben zu kämpfen lohnt, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich für diejenigen Lebensinhalte einzusetzen, die mir persönlich „am Herzen liegen“ (*z.B. Partnerschaft, Familie, soziales Engagement*), hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mit einsamen Momenten umzugehen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir Situationen des Alleinseins so angenehm wie möglich zu gestalten, hat	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, bei Bedarf andere Menschen um Unterstützung zu bitten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, gute Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mich in andere Menschen hineinzuversetzen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, auch mal „Nein“ sagen zu können, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, in Diskussionen meine Meinung zu verteidigen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

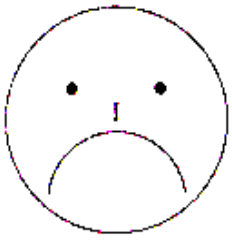
	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, Kritik annehmen und akzeptieren zu können, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, unbekannte Mitmenschen um Auskunft (z.B. Uhrzeit) zu bitten, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mit einem Fremden ein Gespräch anzufangen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Selbstsicherheit hat sich durch die Therapie insgesamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mit Belastungen umzugehen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, neuartige Aufgaben oder Problemstellungen zu bewältigen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, den Alkohol **nicht mehr** als „besten Problemlöser“ oder „treusten Seelentröster“ anzusehen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, meinen Gesundheitszustand positiv beeinflussen zu können, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mir bei gesundheitlichen Beschwerden selbst zuhelfen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, mit finanziellen Angelegenheiten umzugehen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die täglichen Anforderungen in Familie/Partnerschaft zu erfüllen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veränderungen durch die Therapie
(Vorher-/ Nachher-Vergleich)

	wesentlich gebessert 1	deutlich gebessert 2	leicht gebessert 3	unverändert 4	leicht verschlechtert 5	deutlich verschlechtert 6	wesentlich verschlechtert 7	war kein Problem für mich
Meine Fähigkeit, sehr viel von dem zu bestimmen, was in meinem Leben passiert, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitsfähigkeit hat sich durch die Therapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Fähigkeit, die täglichen Anforderungen im Beruf zu erfüllen, hat sich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine berufliche Perspektive hat sich durch die Behandlung ingesamt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Behandlungserfolg Gesamt

Insgesamt bin ich mit dem Therapieerfolg, den ich während meiner Behandlung erreicht habe…

Sehr unzufrieden	unzufrieden	teils teils zufrieden	zufrieden	Sehr zufrieden
				
☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen bzw. Aussagen zu verschiedenen **allgemeinen und speziellen Bereichen des Lebens.**
Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage/Aussage die für Sie persönlich zutreffende Antwort auf der vorliegenden Skala [Zahl zwischen (0) und (10)]. Beantworten Sie bitte jede Frage/Aussage und machen Sie jeweils nur ein Kreuz (X) zwischen den Werten (0) und (10)

Allgemeine Selbsteinschätzung

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass…

Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie…

Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

Wenn Sie etwas tun, was Ihnen ein gutes Gefühl gibt, …

Universität Flensburg - Internationales Institut für Management - Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Verantwortlich: Dipl. Soz. Tim-Nicolas Korf Korf (Kontakt 02902/2700; Freitags 8-12 Uhr)

Allgemeine Selbsteinschätzung

Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben …

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird — 0 — 10 — voller Sinn und Zweck sein wird

Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer.
Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft — 0 — 10 — sehr selten oder nie

Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass…

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden — 0 — 10 — Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden

Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft — 0 — 10 — sehr selten oder nie

Spezielle Selbsteinschätzung

Wie zuversichtlich sind Sie im Moment, dass Sie in den nächsten 3 Monaten abstinent bleiben können?

gar nicht zuversichtlich — 0 — 10 — sehr zuversichtlich

Wie schwierig glauben Sie, wird es für Sie sein, in den nächsten 3 Monaten abstinent zu bleiben?

gar nicht schwierig — 0 — 10 — sehr schwierig

Was glauben Sie, wie viel Hilfe Sie benötigen werden, um in den nächsten 3 Monaten abstinent zu bleiben?

gar keine Hilfe — 0 — 10 — sehr viel Hilfe

Wie stark ist im Moment Ihr Wunsch, abstient zu bleiben?

gar nicht stark — 0 — 10 — sehr stark

Wie zuversichtlich sind Sie im Moment, dass Sie in der Zeit nach der Entlassung nach einem Ausrutscher wieder zur Abstinenz zurückfinden werden?

gar nicht zuversichtlich — 0 — 10 — sehr zuversichtlich

Mit den nachfolgenden Fragen möchte ich erfahren, wie Sie mit den verschiedenen Bereichen der Klinik zufrieden waren.
Ganz besonders interessiert mich in diesem Rahmen Ihre Bewertung der **therapeutischen Beziehung** sowie Ihre Erfahrungen mit der **Gruppenpsychotherapie**.

Sie haben folgende Möglichkeit zu antworten:

1	2	3	4	5	6
trifft völlig zu	trifft zu	trifft ziemlich zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu

Beurteilung von Klinikbereichen

Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Mit der Betreuung des für mich zuständigen "Therapeuten-Team" war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der medizinischen Betreuung durch den für mich zuständigen Arzt war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Betreuung durch meinen Bezugstherapeuten war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Betreuung durch die Co-Therapeuten war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beziehung zum Bezugstherapeuten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Der Therapeut informierte mich über die angebotenen Therapiemaßnahmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut bereitete mich geziel darauf vor, was in der Therapie von mir erwartet wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut erklärte mir die einzelnen Schritte der Behandlung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut stärkte mein Vertrauen in die Behandlung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut vermittelte mir glaubhaft, dass die Therapie mir helfen wird.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut klärte mich umfassend über mein Krankheitsbild auf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeit gab mir das Gefühl »Experte meiner Krankheit« zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut begegnete mir auf Augenhöhe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut erwartete, dass ich mich aktiv an der Behandlung beteilige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut interessierte sich dafür, welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen ich an die Therapie habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut vermittelte mir das Gefühl, dass meine persönliche Wahrnehmung der Therapie gefragt ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut ermutigte mich, meine Meinung über die therapeutische Behandlung zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beziehung zum Bezugstherapeuten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Der Therapeut orientierte sich in seinem Handeln an meinen Bedürfnissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut ermöglichte es mir, den Therapieprozess aktiv mitgestalten zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut stimmte mit mir zusammen die einzelnen Schritte der Behandlung ab.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut vereinbarte gemeinsam mit mir die Ziele der Behandlung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut übernahm in Krisenzeiten die Verantwortung und entschied stellvertretend für mich, was das Beste für mich sei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Beziehung zum Therapeuten war kooperativ-partnerschaftlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut war mir gegenüber freundlich und warmherzig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich in der Beziehung zum Therapeuten geborgen und geschützt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut hörte mir aufmerksam und interessiert zu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut achtete mich als Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut respektierte mich mit allen meinen Stärken und Schwächen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut nahm meine Sorgen und Nöte ernst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beziehung zum Bezugstherapeuten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Der Therapeut wusste ganz genau, was ich dachte und fühlte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut konnte sich gut in mich hineinversetzen und meine Probleme nachvollziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut war mir gegenüber offen und ehrlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut verhielt sich mir gegenüber so wie er dachte und fühlte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte niemals das Gefühl, dass der Therapeut etwas anderes über mich denkt, als er sagt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut teilte mir mit, wie er sich selbst in bestimmten Lebenssituationen fühlt und verhält.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, zum Therapeuten offen und ehrlich sein zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den Gesprächen mit dem Therapeuten musste ich mich nicht verstellen, sondern konnte ganz ich selbst sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den Einzelgesprächen viel es mir leicht, alle Themen anzusprechen, die mich wirklich bewegten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dem Therapeuten in jeglicher Hinsicht vertrauen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut ging mit meinen persönlichen Informationen vertraulich um (Schweigepflicht).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beziehung zum Bezugstherapeuten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Ich fühlte mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass der Therapeut zu mir hält.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut stärkte meine Zuversicht, zukünftige Probleme aus eigner Kraft meistern zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass ich und der Therapeut an einem Strang ziehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut arbeitete nicht nur an meinen Schwächen, sondern zeigte mir meine Stärken und Fähigkeiten auf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass der Therapeut aufrichtig daran interessiert war, mir zu helfen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut stellte im richtigen Augenblick, die für mich hilfreichen Fragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Anregungen und Empfehlungen des Therapeuten waren für mich passend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Vorgehensweise des Therapeuten war für die Lösung meiner Probleme genau richtig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut fand in jeder Situation die für mich richtigen Worte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut war vom Therapiekonzept der Station überzeugt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut war fachlich kompetent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beziehung zum Bezugstherapeuten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Ich habe den Einzeltherapiestunden mit Freude und Interesse entgegengesehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Therapiesitzungen waren klar strukturiert und wiesen einen roten Faden auf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe durch die Gespräche mehr Vertrauen zu mir selbst und meinen Fähigkeiten bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nach den Einzelsitzungen hatte ich häufig den Eindruck Situationen gewachsen zu sein, denen ich mich vorher nicht gewachsen gefühlt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Erfahrungen in den Einzelsitzungen haben mir Mut gemacht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Einzeltherapiestunden halfen mir dabei meine Therapieziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fortsetzung auf der nächsten Seite
Bitte umschlagen!

Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie.

Persönliches Gruppenerleben

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Ich fühlte mich während der Gruppensitzungen körperlich ruhig und entspannt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Während der Gruppensitzungen kam ich mit mehreren Gruppenmitgliedern ins Gespräch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich konnte meine persönlichen Probleme, Nöte, Sorgen und Gefühle ganz offen ansprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich von den Gruppenmitgliedern verstanden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich musste mich während der Gruppensitzungen nicht verstellen, sondern konnte ganz ich selbst sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass die anderen Gruppenmitglieder mich akzeptieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich mit meinen Problemen und Sorgen von der Gruppe angenommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin auch außerhalb der Therapiestunden gerne mit anderen Gruppenmitgliedern zusammen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich durch die Therapiefortschritte anderer Gruppenmitglieder ermutigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass ich in der Gruppe dazugehöre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich hatte das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden (Wir-Gefühl).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wahrnehmung der Gruppenmitglieder

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Die Gruppenmitglieder respektierten sich untereinander.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gruppenmitglieder umsorgten einander.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gruppenmitglieder arbeiteten engagiert an den Zielen der Gruppe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gruppenmitglieder gingen verschwiegen mit persönlichen Informationen um (Schweigepflicht).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Während der Gruppensitzungen meldeten sich immer dieselben Gruppenmitglieder zu Wort.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Unter den Gruppenmitgliedern gab es eine klare hierarchische Ordnung (Anführer, Sündenbock…).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wahrnehmung des Gruppentherapeuten

	1	2	3	4	5	6
Der Therapeut verdeutlichte den Gruppen-mitgliedern, wie Ihr Verhalten auf andere wirkt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut machte auf Gefühle und Vorstellungen aufmerksam, die von den Gruppenmitgliedern selbst nicht oder nur unklar ausgedrückt werden konnten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut teilte mit, wie er sich selbst in bestimmten Lebenssituationen fühlt und verhält.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Therapeut griff nur selten strukturierend in den Gruppenprozess ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durch die Person des Therapeuten und sein Verhalten habe ich neue Möglichkeiten für mich entdeckt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gesamtbewertung der Gruppenpsychotherapie

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Die Gruppentherapiesitzungen stärkten meine Fähigkeit, zuversichtlicher und optimistischer in die Zukunft zu schauen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gruppensitzungen machten mir Hoffnung, meine Therapieziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gruppensitzungen unterstützen mich bei der Aufrechterhaltung und Stabilisierung meiner Abstinenzentscheidung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insgesamt bin ich mit der Gruppenpsychotherapie zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beurteilung von Therapiemaßnahmen

Sie haben folgende Möglichkeit zu antworten:

1	2	3	4	5	6	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
trifft völlig zu	trifft zu	trifft ziemlich zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	habe nicht teil-genommen

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6	habe nicht teilgenommen
Mit dem Rückfallpräventionstraining (RPT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beurteilung von Therapiemaßnahmen

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6	habe nicht teilgenommen
Mit dem Selbstsicherhietstraining (SST) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Info-Pflege“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Depressionsgruppe“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Raucherentwöhnungsgruppe“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe Konfliktlösungstraining war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe Familientherapie war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe berufliche Integration war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem PC- und Bürotraining war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Sporttherapie (Gymnastik, Fintess-training) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Entspannungstrauing (PMR) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Ergotherapie (BT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Arbeitstherapie (AT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Hirnleistungstraining (HLT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beurteilung von Therapiemaßnahmen

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6	habe nicht teilgenommen
Mit dem Selbstsicherheitstraining (SST) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Info-Pflege“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Depressionsgruppe“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der “Raucherentwöhnungsgruppe“ war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe Konfliktlösungstraining war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe Familientherapie war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gruppe berufliche Integration war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Pc- und Bürotraining war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Sporttherapie (Gymnastik, Fintess-training) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Entspannungstraining (PMR) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Ergotherapie (BT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Arbeitstherapie (AT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Hirnleistungstraining (HLT) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beurteilung von Serviceleistungen

Sie haben folgende Möglichkeit zu antworten:

1	2	3	4	5	6
trifft völlig zu	trifft zu	trifft ziemlich zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Mit der Unterbringung in der Klinik war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Empfang auf der Station war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich in meinen Zimmer bzw. den Ruhezimmern ungestört (kein Lärm oder Unruhe).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Einrichtung und Gestaltung der Station (z.B. Wandfarbe, Pflanzen etc.) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Gestaltung der öffentlichen Räume (Flure, Speisesaal, Gruppenräume) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Cafeteria war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Verhalten des Küchenpersonals war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beurteilung von Serviceleistungen	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Mit dem Essen war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit der Menüvielfalt war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit den Freizeitangeboten der Klinik (z.B. Sport, Veranstaltungen etc.) war ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insgesamt war ich mit den Serviceleistungen der Klinik zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wahrnehmung und Erleben des **Stationsalltags**, der **Mitpatienten** sowie des **Therapieprogramms**

Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitaptienten	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Die Patienten sind stolz auf ihre Station.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten geben sich sehr viel Mühe bei allem, was sie hier tun.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten unternehmen sehr viel miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Auf der Station herrscht ein hohes Zusammen-gehörigkeitsgefühl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Erleben der Stationsatmosphäre sowie der Mitaptienten

	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Die Patienten helfen sich gegenseitig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten auf dieser Station streiten sich selten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitpatienten helfen neu aufgenommenen Patienten dabei, sich auf der Station schnell einzuleben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten erzählen sich gegenseitig ihre Probleme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten sprechen sich wechselseitig Mut zu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Unterstützung der Mitpatienten hat mich in der Therapie ein ganzes Stück weiter gebracht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Beziehungen zu meinen Mitpatienten waren für mich überwiegend hilfreich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wahrnehmung des Stationspersonals

	1	2	3	4	5	6
Das Personal ermutigte die Patienten Vorschläge zu machen und Wünsche zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Personal ging auf die Vorschläge der Patienten ein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Das Stationspersonal reduzierte mich nicht auf meine Krankheit, sondern nahm mich als ganzen Menschen war.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter der Station kennen die Patienten und deren Lebensgeschichte sehr gut.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wahrnehmung des Stationspersonals	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Das Stationspersonal interessierte sich dafür, wie es den Patienten nach der Entlassung ergeht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Stationspersonal war stets zuverlässig und motiviert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter dieser Klinik arbeiten nach meiner Einschätzung wirklich Hand in Hand.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Unter den Mitarbeitern der Station herrscht eine angenehme, harmonische Stimmung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter der Station schienen gerne im Team zusammenzuarbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wichtige Fragen entschied das Stationspersonal erst dann, wenn sich alle Mitglieder einig waren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Stationsmitarbeiter tauschten untereinander häufig ihre Informationen und Erfahrungen aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter der Station waren jederzeit über den aktuellen Behandlungsstand der einzelnen Patienten informiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Stationspersonal stand voll und ganz hinter dem Behandlungskonzept.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Das Stationspersonal und die Patienten zogen an einem Strang.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter der Station taten alles dafür, dass es den Patienten besser geht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Beziehung zum Stationspersonal erlebte ich als hilfreich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Das Personal ermutigte die Patienten zu selbständigen Handeln.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten dieser Station hatten ein Mitspracherecht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten mussten auf der Station Aufgaben übernehmen, für die sie verantwortlich waren (*z.B. Küchendienst*).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich war der Therapie manchmal überdrüssig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten konnten den Stationsalltag aktiv mitgestalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Mitarbeiter der Station begegneten den Patienten auf Augenhöhe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurde viel Wert darauf gelegt, mir praktisches Handeln beizubringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe in dieser Einrichtung Fertigkeiten gelernt, die ich “im Leben“ gut gebrauchen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich wurde auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es wurde sehr viel wert darauf gelegt, den Patienten praktische Erfahrungen mit auf den Weg zu geben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hier wird großer Wert auf das Training neuer beruflicher Fähigkeiten gelegt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Stationspersonal ermutigte die Patienten, Pläne für ihre Zukunft (*Zeit nach der Therapie*) zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Man kümmerte sich darum, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Stationspersonal besprach gemeinsam mit mir die weiteren Behandlungsschritte nach Abschluss der stationären Therapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Stationspersonal informierte mich ausführlich über mögliche Hilfeleistungen, die im Anschluss an die Therapie für mich hilfreich sein könnten (*Nachsorgephase*).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Stationsmitarbeiter benachrichtigten die Patienten, wenn Sie Fortschritte in der Therapie gemacht haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal schaltete ich gedanklich ab, weil mir die therapeutischen Rückmeldungen zuviel wurden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wusste nie genau, wann meine Behandlung soweit fortgeschritten war, dass sie beendet werden konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich wusste während der Behandlung manchmal nicht ganz genau, was die Therapeuten mit mir vorhaben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mir war manchmal nicht ganz einsichtig, was verschiedene Therapiemaßnahmen miteinander zu tun haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühlte mich während der Behandlung ab und zu etwas hilflos, da ich nicht genau wusste, was mit mir geschieht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal habe ich mir gewünscht, insgesamt weniger Therapiestunden zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Patienten wurden über Sinn und Zweck der einzelnen Therapiemaßnahmen nicht ausreichend informiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gesamtbewertung der Klinik	trifft völlig zu 1	trifft zu 2	trifft ziemlich zu 3	trifft eher nicht zu 4	trifft nicht zu 5	trifft überhaupt nicht zu 6
Ich finde, in dieser Klinik arbeiten gut ausgebildete und erfahrene Mitarbeiter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, die Mitarbeiter verstehen etwas von ihrem Fach.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soviel ich weiß, hat die Klinik unter den Patienten einen guten Ruf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Klinik ist meiner Meinung nach fachlich auf dem neusten Stand.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nach meiner Einschätzung können sich die Erfolge der Klinik sehen lassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einem Freund/in mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen, würde ich die Klinik empfehlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gesamtbeurteilung der Klinikbehandlung

	ausgezeichnet 1	gut 2	angemessen 3	dürftig 4
Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	☐	☐	☐	☐

Gesamtbeurteilung der Klinikbehandlung

	sehr zufrieden 1	weitgehend zufrieden 2	leicht unzufrieden 3	ziemlich unzufrieden 4
Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	☐	☐	☐	☐

Freie Anregung und Kritik

Nachdem Sie sich nun so viel Mühe gemacht haben, den Fragebogen auszufüllen, möchte ich Ihnen im Folgenden noch die Möglichkeit geben, Ihre Meinung in freier Form zu äußern. Bitte benutzen Sie diese freie Zeilen, wenn Sie weitere Anregungen geben möchten. Diese können sich auf alle Bereiche der Klinik beziehen.

Vielen Dank und alles Gute!