

Dommsch, Judith

Die Patientenzufriedenheit voll- und teilstationärer Patienten eines psychiatrischen Fachbereichs mit integrativem Behandlungsansatz

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida 2023

Dommsch, Judith

Die Patientenzufriedenheit voll- und teilstationärer Patienten eines psychiatrischen Fachbereichs mit integrativem Behandlungsansatz

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Erstprüfer: Prof. Dr. med habil Dr. rer soc Stefan Brunnhuber

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Dommsch, Judith:

Die Patientenzufriedenheit voll- und teilstationärer Patienten eines psychiatrischen Fachbereichs mit integrativem Behandlungsansatz. 33 Seiten.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2022

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Patientenzufriedenheit des psychiatrischen Fachbereichs des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH. Dazu wird die folgende Forschungsfrage gestellt: Welche Behandlungsinhalte haben einen positiven Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung im psychiatrischen Kontakt? Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine quantitative Studie zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Die quantitative Studie zeigt, dass eine Korrelation einzelner Behandlungsinhalte mit der Sozialberatung besteht. Im ersten Teil wird sich mit der Thematik der Klinischen Sozialarbeit auseinandergesetzt, gefolgt von den Behandlungsoptionen und dem Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie. Genauer wird auf die psychiatrische Fachklinik Zschadraß gGmbH in Punkt fünf geschaut, ebenso wird hier die Auswertung erläutert und grafisch dargestellt. Im letzten Teil der Arbeit findet eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Klinischen Sozialarbeit statt, in welcher die Ergebnisse der Analyse zusammengefasst werden.

Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Es wird das generische Maskulinum verwendet, wobei beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis.....	III
1 Einführende Worte.....	6
1.1 Motivation für die Thematik	6
1.2 Vorgehen und Fragestellung	6
1.3 Hypothesen	7
2 Auseinandersetzung mit der Thematik der Klinischen Sozialarbeit	9
2.1 Begriffsdefinition „Klinische Sozialarbeit“	10
2.2 Gesundheit und Krankheit im „bio-psycho-sozialen“ Krankheitsmodell	11
2.3 Aufgabenstellung und fachliche Spezialisierung Klinischer Sozialarbeit	11
2.4 Salutogenese	12
2.5 Stärkenorientierung – Empowerment	14
2.6 Zielgruppen Klinischer Sozialarbeit	14
2.7 Angehörigenarbeit	15
2.8 Patientenzufriedenheit.....	15
3 Behandlungsoptionen	16
3.1 psycho-soziale Behandlung	17
3.1.1 Konzepte der sozialarbeiterischen Diagnostik.....	17
3.1.2 Methodik der sozialarbeiterischen Diagnostik.....	19
3.1.3 soziale Beratung	19
3.1.4 Sozialtherapie	20
3.2 Stationäre Psychiatrie	21
3.2.1 Konzepte der stationären Psychiatrie	21

3.2.2	Methodik der stationären Psychiatrie.....	22
4	Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Psychiatrie.....	23
5	Klinische Sozialarbeit am Beispiel des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH24	
5.1	Kurzvorstellung des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH.....	24
5.2	Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit innerhalb des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH.....	26
5.3	Auswertung und Auseinandersetzung mit empirischen Daten	27
5.3.1	Auswertung einzelner Gegenüberstellungen	30
5.3.2	Interpretation.....	36
6	Abschließende Auseinandersetzung mit der Thematik Klinischer Sozialarbeit	37
6.1	Fazit	37
6.2	Ausblick.....	38
7	Nachwort.....	IV
8	Literaturverzeichnis.....	V
9	Anhang	VIII
10	Selbstständigkeitserklärung	XX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Geschlechterverteilung.....	29
Abbildung 2 Altersgruppen	30

Abkürzungsverzeichnis

DGSA Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.

DGPPN Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Sozialberatung - Angehörigenarbeit	31
Tabelle 2 Sozialberatung - Psychoedukation	32
Tabelle 3 Sozialberatung - Geschlecht.....	32
Tabelle 4 Sozialberatung - Alter	33
Tabelle 5 Sozialberatung – psychologische Einzeltherapie.....	34
Tabelle 6 Sozialberatung – psychologische Gruppentherapie	34
Tabelle 7 Sozialberatung – während des Therapieverlaufs gut aufgehoben	35
Tabelle 8 Sozialberatung – Kontaktherstellung nach der Therapie	36

1 Einführende Worte

In diesem einführenden Kapitel wird zuerst die Motivation erläutert, warum sich diese Bachelorarbeit mit der Evaluation der Patientenzufriedenheit voll- und teilstationärer Patienten eines psychiatrischen Fachbereichs mit integrativem Behandlungsansatzes beschäftigt. Anschließend werden das Vorgehen und die Fragestellung, sowie die Hypothesen vorgestellt.

1.1 Motivation für die Thematik

Sind unsere Patienten eigentlich zufrieden? Was bedeutet das für die Patienten und deren Genesungsprozesse? Wo gibt es intern Verbesserungsmöglichkeiten und was kann so Bestand haben? Dies sind nur ein paar der Fragen, die sich das Diakoniewerk Zschadraß gGmbH in dem Fachbereich der Psychiatrie stellt.

Im Zuge des Studiums waren Einblicke, im Rahmen eines Seminars, in die Klinik und ihre Bereiche möglich. Die vielfältige Arbeit und das multiprofessionelle Team mit seinem Wirkungsgrad war und ist sehr beeindruckend.

Durch Vertiefungen in die Thematik, wurde erwähnt, dass ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit eingeführt wurde. Dieser kann im Rahmen einer Bachelorarbeit teilweise erfasst werden. Die Ergebnisse geben eine erste Richtlinie für das multiprofessionelle Team der psychiatrischen Fachklinik. In dieser Bachelorarbeit werden die ersten Ergebnisse des Fragebogens ausgewertet.

1.2 Vorgehen und Fragestellung

Um herauszufinden, wie hoch die Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Fachbereich des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH ist, wurde eine quantitative Studie durchgeführt.

Für diese Arbeit wurde eine Felduntersuchung durchgeführt. Patienten des psychiatrischen Fachbereichs, der Klinik des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH, erhielten einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, welcher selbstständig ausgefüllt werden sollte. Es wurden nur quantitativ bewertbare Fragen in die Analyse einbezogen.

Um den theoretischen Teil zu erläutern, wurde unter anderem die Datenbank von PubMed genutzt, sowie Fachliteratur und weitere Quellen.

Die Fragebögen durchliefen Ein- und Ausschlusskriterien. Es wurden nur gültige Fragebögen in die Untersuchung einbezogen. Fragebögen, welche als ungültig gekennzeichnet waren, flossen nicht in die Bewertung ein. Fehlende Angaben in den sonst ausgefüllten Fragebögen wurden mit dem Wert -99 in die Untersuchung integriert.

Seit Mitte 2019 werden Fragebögen an die Patienten des psychiatrischen Fachbereichs ausgehändigt. Diese werden anonym ausgefüllt und zurückgegeben.

Für die Datenanalyse wurden zunächst alle Variablen aus den Fragebögen mit der dazugehörigen Codierung, ins Programm PSPP eingegeben. Um Ergebnisse zu erhalten, wurden im Anschluss die Daten anhand eines statistischen Tests analysiert.

Die Forschungsfrage lautet wie folgt: „Welche Behandlungsinhalte haben einen positiven Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung im psychiatrischen Kontakt?“

1.3 Hypothesen

Hypothese 1

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Angehörigenarbeit und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Angehörigenarbeit und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 2

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Psychoedukation und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Psychoedukation und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 3

H0:

Das Geschlecht der Patienten hat keinen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Das Geschlecht der Patienten hat einen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 4

H0:

Das Alter der Patienten hat keinen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Das Alter der Patienten hat einen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 5

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen

Behandlung (Einzel- und Gruppentherapie) und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Behandlung (Einzel- und Gruppentherapie) und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 6

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der allgemeinen subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung und der Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung und der Beurteilung der Sozialberatung.

Hypothese 7

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung und der Kontaktherstellung zu poststationären Behandlern.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung und der Kontaktherstellung zu poststationären Behandlern.

2 Auseinandersetzung mit der Thematik der Klinischen Sozialarbeit

In dem einführenden Kapitel wurde die Motivation, das Vorgehen, die Fragestellung sowie die Hypothesen beschrieben. Diese sollen helfen, die Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten. In diesem Kapitel geht es darum, Begrifflichkeiten und Thematiken der Klinischen Sozialarbeit zu erläutern.

2.1 Begriffsdefinition „Klinische Sozialarbeit“

Seit ihren Anfängen befasst sich die berufliche Sozialarbeit mit Gesundheitsanliegen. In der Postmoderne muss sie ihre Gesundheitskompetenz aber schärfer profilieren ebenso in der Konkurrenz zu neuen Gesundheitsberufen. Wichtige Aspekte in der Sozialarbeit zeigen sich in der World Health Organisation-Perspektive. Im Rahmen der Gesundheitsförderung, in gesellschaftlicher Perspektive (bezugnehmend auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsverhältnisse) und der psychosozialen Perspektive (in Form der Gesundheitssozialarbeit). ¹(vgl. Mühlum, 2001)

„Gesundheitsarbeit unter besonders schwierigen Bedingungen braucht eine besondere Fachkompetenz, die unter Bezug auf das Clinical Social Work und seine Standards nun auch in Deutschland als „Klinische Sozialarbeit“ zu entwickeln ist.“² (Mühlum, 2001)

„Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in "direkter Praxis" eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ziel der Klinischen Sozialarbeit ist es, das Problembewältigungsverhalten der Klienten durch methodisch geleitete Einflussnahme zu verbessern.“³ (Geißler-Piltz, 2005)

Unschärf ist jedoch die Grenze zur allgemeinen Sozialarbeit. Für den Umgang mit schwer zugänglichen oder traumatisierten Menschen und Krisensituationen ist der Bedarf an höherer Kompetenz (Methoden) aber eindeutig.

„Klinische Sozialarbeit hat sich in den letzten 15 Jahren als gesundheitsspezifische Profession in Deutschland etabliert. Sie bezieht sich auf ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis und arbeitet insbesondere mit schwer erreichbaren Klientengruppen.“⁴ (Deimel, 2019)

¹ (Mühlum, 2001)

² (Mühlum, 2001)

³ (Geißler-Piltz, 2005)

⁴ (Deimel, 2019)

2.2 Gesundheit und Krankheit im „bio-psycho-sozialen“ Krankheitsmodell

Gesundheit wird laut WHO als ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Gebrechen und Krankheit definiert. Dies stellte der amerikanische Psychiater und Internist George L. Engel (1913-1999) auf. Biologisches, Psychisches und Soziales steht in einer dynamischen Beziehung, davon geht das bio-psycho-soziale Modell aus. Dieses Modell gilt heute als mitunter eines der international anerkanntesten Krankheitsmodelle.

„Das „Biopsychosoziales Modell von Gesundheit und Krankheit“ geht von einem integrativen medizinischen Ansatz aus, der Krankheit nicht rein mechanistisch, sondern als Störung der Interaktion von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren versteht.“⁵ (www.uni-augsburg.de)

Biologische, psychische und soziale Faktoren sind Teile eines geflochtenen Ganzen, für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten sind die dynamischen Wechselbeziehungen von kausaler Bedeutung. Es sollen bei Prävention, diagnostischen Verfahren, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten also nicht nur die biologischen Faktoren (z.B. Genetik) berücksichtigt werden, sondern ebenso die soziokulturellen (z.B. Gesellschaftsschichten) und psychologischen (z.B. Copingstrategien) Merkmale der Patienten einbezogen werden.

2.3 Aufgabenstellung und fachliche Spezialisierung Klinischer Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit bezeichnet sowohl eine besonders qualifizierte Fachsozialarbeit als auch eine Handlungswissenschaft. Die Erkenntnisgewinnung bezüglich klinisch-sozialen Handelns (Forschung und Evaluation) und psychosozialer Probleme gehören zu den wissenschaftlichen

⁵ (<https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/>, 2022)

Aufgaben ebenso wie die Anleitung und Ausbildung von wissenschaftlich reflektierenden Praktikern. Ein bestimmtes Kompetenzniveau definiert die klinisch-soziale Praxis und findet stationär, teilstationär und ambulant sowie auch in Übergangseinrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens statt. Ebenso findet diese in Rehabilitation, Akutkrankenhäuser, in Psychiatrie, Einrichtungen der Straffälligenhilfe, Beratungsstellen und heilpädagogischen Einrichtungen, der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und inkludierte Personen mit besonderem Betreuungsbedarf, gerontopsychiatrische und geriatrische Einrichtungen in all ihren Differenzierungen.

„Die Sektion Klinische Sozialarbeit versteht sich als Kristallisationskern und Forum der wissenschaftlichen Gemeinschaft dieses Fachgebietes. Sie bietet eine Plattform für den Austausch von Theorie, Forschung und Praxis und unterstützt die Profilbildung Klinischer Sozialarbeit in Deutschland.“⁶

Ein doppelter Fokus richtet sich, durch diese Bezugspunkte, auf intrinsische und extrinsische Phänomene, sowie auf die Interaktion zwischen beiden. Damit ist Klinische Sozialarbeit mit der therapeutischen Funktion angesprochen.

Die vielschichtigen Aufgabenstellungen der Sozialarbeit sind die Assessmentdiagnose, die Interventionsplanung, die Intervention und die Evaluation. Diese Aufgabenbereiche sind jeweils auf die einzelnen Bereiche der klinischen Sozialarbeit zu beziehen. Diese wären die fachliche Identität, Verantwortung und Werte, die Wissensverbreitung und -vertiefung und Theoriefundierung sowie die personale und kommunikative Kompetenz, die systemische Kompetenz und der Kontextbezug und ebenso die instrumentale Kompetenz und die Methodik. (vgl. DGSA)

2.4 Salutogenese

Die Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky eingeführt. Sie dient der Erklärung von Gesundheit und ist eines der wichtigsten Modelle. Es ist die

⁶ (Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, 2022)

Alternative zur Pathogenese, welche einen Paradigmenwechsel in der medizinischen Sichtweise einschließt.⁷(vgl. (H. J. Berberich, 2006)

„Während die Pathogenese sich darauf beschränkt herauszufinden, was den Menschen krank macht und letztendlich dem Mensch-Maschine-Modell verhaftet bleibt, versucht die Salutogenese, Antworten auf die Frage zu finden, was den Menschen eigentlich gesund erhält.“⁸ (H. J. Berberich, 2006)

Sie versucht gleichzeitig die drei ineinandergreifenden Dimensionen zu erfassen. Der Mensch wird als biopsychosoziales Wesen gesehen. Die Salutogenese soll die Frage beantworten, wie Menschen trotz verschiedener Risiken gesund bleiben können, wie Gesundheit entsteht und wie ihre Gesundheit in der Praxis gefördert werden kann. Das Kohärenzgefühl ist ein Schlüsselkonzept, welches sich auf der Basis von Ressourcen im Laufe des Lebens entwickelt. Es sagt aus, ob das eigene Leben als bewältigbar, sinnhaft und verstehbar erlebt wird. Ein geringes Kohärenzgefühl führt zu negativer Gesundheit, ein hohes Kohärenzgefühl zu positiver. In Antonovskys erarbeiteten Konzept der Salutogenese steht der Begriff „Kohärenzgefühl“ im Zentrum.

„Seine Komponenten und seine Bedeutung für die Stressbewältigung sowie die damit verbundene allgemeine gesundheitsfördernde Wirkung werden erörtert. Gesundheitsförderung und Prävention spielen gerade im Mental-Health-Bereich eine bedeutsame Rolle.“⁹ (Glazinski, 2007)

Ein hoher Stellenwert kann dem salutogenetischen Modell bei der Prävention und Bewältigung von Krankheiten bzw. deren Folgen, in der Neurologie – einem mehr somatisch orientierten Fach, zugemessen werden.

Für die Praxis der Gesundheitsforschung stellt das Modell der Salutogenese eine zentrale Grundlage dar und die Bedingungen werden formuliert, welche für die Gesundheit gefördert werden müssen.

⁷ (H. J. Berberich, 2006)

⁸ (H. J. Berberich, 2006)

⁹ (Glazinski, 2007)

2.5 Stärkenorientierung – Empowerment

Das Empowerment von Patienten beinhaltet Maßnahmen, welche ihre Selbstbestimmung und Autonomie in ihrer Beziehung mit dem Arzt und dem Behandlungsteam fördern sollen. Zielsetzung neben einer erfolgreichen medizinischen Therapie, ist die langanhaltende Zufriedenheit mit der Behandlung sowie die optimalste Lebensqualität für die Betroffenen und deren soziales Umfeld. Im Zuge eines neuen Rollenverständnisses, welches als Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse zu sehen ist, sollen Patienten Unterstützung in der Krankheitsbewältigung erfahren und zu Adhärenz und Partizipation motiviert werden.

„Eine Grundvoraussetzung für Empowerment ist eine ausreichende Gesundheitskompetenz des Patienten. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, gesundheitsrelevante Informationen zu beziehen, zu verstehen und ihnen entsprechend zu handeln.“¹⁰ (J. Huber FEBU, 2021)

2.6 Zielgruppen Klinischer Sozialarbeit

„Die (sozial-)psychiatrischen Arbeitsbereiche gliedern sich facettenreich in voll- und teilstationäre Klinikpsychiatrie, in vielfältige ambulante Maßnahmen und komplementäre Einrichtungen.“¹¹ (Dörr, 2005)

Klinische Sozialarbeiter handeln in einem umfangreichen Spektrum von gesundheitsrelevanten Beeinträchtigungen. Ihre Patienten / Klienten sind einzelne Personen oder kleine Gruppen, durch methodisch geleitete Einflussnahme soll deren Bewältigungsverhalten verbessert sowie deren Belastung reduziert werden, beispielsweise Drogen- und Alkoholabhängige, psychisch erkrankte Menschen, und behinderte Menschen, chronisch körperlich Kranke, Menschen in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen und mit familiären Problemen sowie Aidskranke und ihre Angehörigen, Gewaltopfer und

¹⁰ (J. Huber FEBU, 2021)

¹¹ (Dörr, 2005)

Gewalttäter, traumatisierte Personen (z.B. nach Missbrauch oder Gewalterfahrung), dissoziale und straffällige Menschen und Menschen in Verlustkrisen, deren Bedürfnisse nach Unterstützung und Zuwendung, nach Aufklärung, Beratung, Begleitung und Behandlung im Zentrum stehen. (vgl. DGSA)

2.7 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit ist nicht gleichzusetzen mit einer Familientherapie im engeren Sinne. Im Rahmen von Angehörigenarbeit geht es inhaltlich um Information, Beratung. Dabei sind konkrete Hilfestellungen sowie die Unterstützung der Angehörigen von Relevanz. Es geht nicht ausschließlich um eine Behandlung von bestimmten familiären Strukturen sowie Interaktionen oder eine Behandlung der Familie.

Im psychiatrischen Alltag sind Angehörige längst angekommen, von den professionellen Tätigen fordert die Arbeit mit ihnen aber einiges ab: „[...] eine klare Haltung, einen konstanten Perspektivwechsel und Sicherheit im kommunikativen Umgang. Vorurteile und Vorbehalte gegenüber Angehörigen als Mitverursacher von Störungen sind immer noch groß und verstärken die Unsicherheit im Umgang mit Familienmitgliedern, Partnern oder engen Vertrauten.“¹² (Scherer, 2017)

2.8 Patientenzufriedenheit

Seit den 50er Jahren werden in den Vereinigten Staaten von Amerika Erhebungen zur Patientenzufriedenheit in vielen psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Derartige Befragungen haben im deutschsprachigen Raum erst ab den 90er Jahren Verbreitung gefunden.

„Eine Hauptschwierigkeit derartiger Untersuchungen liegt in der Problematik des Begriffs „Patientenzufriedenheit“, der ein relatives Maß aus Erwartung an eine

¹² (Scherer, 2017)

Behandlung und tatsächlich erfahrener Behandlung darstellt.“¹³ (M. Rentrop, 1999)

In der Schrift von Gerlinde Berghofer geht es um ambulant- psychiatrische Einrichtungen und die Entwicklung eines Instrumentes zur Messung der Patientenzufriedenheit. „Die Faktorenanalyse resultiert in 4 Hauptfaktoren der Behandlung auf die sich Patientenzufriedenheit richtet: Behandlungsbeziehung und Personalkompetenz, Behandlungsmanagement und –wirksamkeit, Behandlungsumgebung sowie Behandlungszugang.“¹⁴ (Gerlinde Berghofer, 2006)

Patientenzufriedenheit bildet aus der Summe der Kontaktpunkte, die ein Patient hat, ein Gesamtkonstrukt. Dies wird von allen Beteiligten der Einrichtung geprägt, die an der Behandlung direkt und indirekt beteiligt sind.

Lorenz bezeichnet allgemein Zufriedenheit als Ergebnis eines kognitiven Soll-/Ist-Vergleichs in Form einer emotionalen Reaktion. „Diesem Vergleich liegt die Bewertung der subjektiv wahrgenommenen Anbieterleistung (Istzustand) gegenüber einer erwarteten Leistung (Sollzustand) zugrunde. Dieser Vergleich hat entweder eine Bestätigung oder eine Nichtbestätigung als Ergebnis, woraus sich der Grad der Zufriedenheit determiniert.“¹⁵ (Lorenz, 2022)

3 Behandlungsoptionen

Intervention bedeutet in der Sozialen Arbeit, ein zielgerichtetes und bewusstes Eingreifen in ein aktuelles Geschehen. Dies soll Fähigkeiten und Kräfte für ein alternatives Verhalten der Beteiligten mobilisieren und als Voraussetzung für eine Problemlösung neue Erfahrungen ermöglichen. Sozialpädagogische Intervention geschieht im Kontext der institutionellen Rahmenbedingungen und des beruflichen Selbstverständnisses. (vgl. Stimmer 1996; Pauls 2013)

¹³ (M. Rentrop, 1999)

¹⁴ (Gerlinde Berghofer, 2006) 11.10.22

¹⁵ (Lorenz, 2022)

„Als Technik der Sozialen Arbeit lässt sich Intervention in fünf Phasen darstellen: Problemerkennung, Informationssammlung, Methodenwahl, Methodenanwendung, Auswertung. Neben der Weiterentwicklung und Verfeinerung des Instrumentariums ist vor allem die Legitimation sozialpädagogischer Intervention Gegenstand der Fachdiskussion.“¹⁶ (Pauls, 2013)

3.1 psycho-soziale Behandlung

Eine weitere Säule der psychiatrischen Behandlung stellen, neben der Psycho- und Somatotherapie, die Psycho-soziale Therapie dar. Es besteht keine einheitliche Definition; unter diesem Begriff werden heterogene Interventionen und Konzepte zusammengefasst. Psychosoziale Therapieansätze umfassen unter anderem Ergotherapie, psychoedukative Maßnahmen (medizinisch-wissenschaftliche Fakten werden für den Betroffenen und dessen Angehörigen für ihn verständlich formuliert), Skills-Training und arbeitsrehabilitative Maßnahmen. Die sogenannte Milieuthherapie und das Case-Management sind weitere Aspekte. „Diese Module betonen die Vernetzungs- und Koordinationsfunktion, welche ein zentraler Aspekt psychosozialer Therapien ist. Die Kombination psychosozialer Interventionen mit medikamentösen und anderen somatischen Therapien kann im Vergleich mit Einzelinterventionen zu besseren Behandlungsergebnissen führen.“¹⁷ (Gühne, 2020)

3.1.1 Konzepte der sozialarbeiterischen Diagnostik

Im Nachfolgenden werden die diagnostischen Schritte der klinischen Sozialarbeit aufgezählt und kurz erläutert.

- I. Die **Ersteinschätzung** mit den Kernfragen und dem Anlass. In der Ersteinschätzung werden verschiedene Fragen gestellt, um grundlegende wichtige Erstinformationen zu erhalten

¹⁶ (Pauls, 2013)

¹⁷ (Gühne, 2020)

- II. Die **Fokussierung des Problems oder des Anliegens** welches an den klinischen Sozialarbeiter über oder durch Klienten oder -systeme und/oder andere Instanzen herangetragen wird. Hierzu zählen unter anderem die Belastungsarten und deren Quellen, der Bereich und der zeitlichen Rahmen sowie Verlauf der Problematik.
- III. Die **Erhebung diagnostischer Daten bei unterschiedlichen Quellen** mittels Assessments wie Fragebogen, vorhandenen Unterlagen und Testverfahren. Hierbei geht es um die betroffene Person selbst, die eigene Verhaltensbeobachtung beispielsweise bei Hausbesuchen und bei Bezugspersonen. Dabei zu beachtende Beobachtungsfelder sind die Erlebnisverarbeitung und Problemlösungsstrategien, die Personen-Umwelt-Bezüge und die Interaktion, der Kontakt sowie die Beziehung.
- IV. Die **Befunderstellung durch das Ordnen und Auswerten der Daten sowie mehrdimensionale Bedingungs- und Problemanalyse**. Hier wird auf Zusammenhänge der unterschiedlichen Ebenen geschaut, ergänzt durch deren Entstehung und Aufrechterhaltung. Ebenso geht es um die Zielsetzung auf den einzelnen Ebenen.
- V. Die **Anfertigung einer handlungsrelevanten psycho-sozialen Diagnose** beinhaltet unter anderem eine kurze Benennung von Traumatisierungen, Konflikten, somatosomatische Aspekte und ggf. eine Klassifikation.
- VI. Die **kooperative Zielbestimmung und Kontakt** für die Entwicklung von realistischen Zielen im Bereich der Entwicklung und Veränderung und einer darauf individuell bezogenen Interventionsstrategie.
- VII. Die **Dokumentation und Kontrolle** der einzelnen Interventionsschritte beinhaltet zur Verlaufskontrolle verwendete spezielle Instrumente wie Schätzskalen, Fragebögen, Zielerreichungsanalyse, Checklisten sowie fortlaufende Sitzungsprotokolle.
- VIII. Die **Supervision** umfasst die Vorbereitung, die Durchführung, die Ergebnisse, die Verwirklichung und die Evaluation der Supervision.
- IX. Die **Abschlussdiagnostik /Evaluation** beschreibt in Kooperation mit dem Klienten die aufgestellten Ziele/Prognosen, die jeweiligen Zwischenziele

und die Dokumentation der Supervisionen, die Veränderungen im Vergleich mit der Ausgangssituation.¹⁸ (vgl. (Pauls, 2013)

Ziel der psychosozialen Diagnostik ist, Lebensweisen, Lebenslagen und Lebenskrisen sowie deren Veränderungen mit den dazugehörigen Kontextbedingungen zu analysieren, Bezüge miteinander zu verstehen und die fachliche Begründung der psycho-sozialen Intervention. Die Interventionen werden zwischen Fachkraft und Klient geklärt, welche zum Erreichen der Veränderungsziele notwendig sind.

3.1.2 Methodik der sozialarbeiterischen Diagnostik

Eine sicher passende und eindeutige Methode gibt es für jeden Einzelfall leider nicht. Die Gemeinwesenarbeit, die soziale Gruppenarbeit und die Soziale Einzelfallhilfe gelten als klassische Arbeitsformen der Sozialarbeit. Durch die einzelnen konkreten Interventions- und Beratungsverfahren werden die Methoden definiert, welche für die multiperspektifische Fallarbeit unabdingbar sind. Als konkrete Handlungen beinhalten Methoden die psycho-sozialen Interventionen, welche mit einem Klienten in der vereinbarten Zeit durchgeführt werden. Dies geschieht alles im methodisch-didaktischen Rahmenkonzept, in welchem die Lebenswelt- und Sozialraumanalyse eingebunden sind.

„Diese Grundrichtungen sind der theoretische Rahmen für die spezifischen methodischen Regeln, nach denen dann die einzelnen Interventionen durchgeführt werden. (vgl. Geißler&Hege1999, Kleve 1999)“¹⁹ (Pauls, 2013)

3.1.3 soziale Beratung

Soziale Beratung ist das Verständnis des sozialprofessionellen Handelns als genuine Form. Sie ist eine wertorientierte, typische, eigenständige und theoretisch fundierte Praxis, welche sich an den professionellen Prinzipien orientiert. Beratung ist lebensweltbezogen mit und in den Strukturen des

¹⁸ (Pauls, 2013)

¹⁹ (Pauls, 2013)

Klienten, sie handelt netzwerk- und ressourcenorientiert, wirkt vernetzend und bezieht somit alle Unterstützungssysteme mit ein.

Die soziale Beratung ist ein eigenständiges Profil und kann von keiner anderen Profession übernommen werden. In dessen Kontext bedient sie sich zusätzlicher Verfahren, wie zum Beispiel therapeutische Verfahren, welche ergänzend durch die Soziale Arbeit, für den ganzheitlichen Bezug genutzt werden.

In verschiedenen Beratungsformen findet sich die soziale Beratung wieder. Unter anderem in der Gemeinwesenarbeit, dem Gesundheitsbereich, der Suchtberatung und Erziehungsberatung. Ebenso vertreten ist sie in Supervisionen, Organisationsberatung. (vgl. www.dbsh.de)²⁰

3.1.4 Sozialtherapie

Die gezielte Beeinflussung des sozialen Umfelds bezeichnet im engeren Sinne die Sozialtherapie. Ein wesentlicher Teil ist das Einüben eines realitätsnahen Tagesablaufs. Verbunden damit ist eine systematische Reflexion der Abläufe des Alltags und die Fortschreibung und die Überprüfung der Diagnose bzw. Diagnostik sowie der Teilhabe des Klienten. Vor allem in psychiatrischen Krankenhäusern, im Strafvollzug und in Einrichtungen für Abhängigkeitskranke prägt die so verstandenen Sozialtherapie die Arbeit der Sozialarbeiter.²¹

Gesundheit, welche die sozialen Sachverhalte mit einbezieht, ist die Vorstellung der Sozialtherapie im weiteren Sinne. Das Verständnis von Sozialtherapie nimmt in Institutionen Einfluss auf die Gestaltung des Alltags und achtet darauf, dass gerade der Resozialisierungsbedarf des Klienten berücksichtigt wird aber auch die Funktionserfordernisse der Einrichtung. Dies ist besonders wichtig, da einige bestimmte Organisationsformen von Einrichtungen und Institutionen das soziale und psychische Wohlbefinden von Menschen eher einengen und wenig fördern. Die örtlichen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sind ein bewährtes

²⁰ (<https://www.dbsh.de/profession/haltung-der-profession/sozialprofessionelle-beratung.html>, 2022)

²¹ (<https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/l53/l5395.htm>, 2022)

Kooperationsmodell, welche sich aus einer Forderung und Anregung der Psychiatrie-Reform entwickelt haben.²²

3.2 Stationäre Psychiatrie

„Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung der Gesundheit. Während einer stationären Behandlung übernachten Patienten im Krankenhaus und erhalten ein therapeutisches Angebot, das in der Regel Einzel- und Gruppentherapien, medikamentöse Behandlung, Kunst-, Musik- oder Ergotherapie, Entspannungstrainings, Sport- und Bewegungstherapie umfasst. Die Kosten für die Behandlung übernimmt die Krankenkasse.“²³

Einige Stationen verfolgen den ganzheitlichen Ansatz und andere sind auf spezifische psychische Erkrankungen spezialisiert. Die Veranlassung einer stationären Therapie erfolgt meist durch den Psychotherapeuten, im Notfall über die Notaufnahme oder einen Arzt. Der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik kann eine Spanne von ein paar Tagen bis zu mehreren Wochen betragen.

3.2.1 Konzepte der stationären Psychiatrie

- I. Nach der ärztlich abgesprochenen Aufnahme und vor Einleitung der Therapie erfolgen **diagnostische Maßnahmen** wie Psychodiagnostik, Ressourcendiagnostik, suchtspezifische Diagnostik, Soziodiagnostik und die Somatodiagnostik.
- II. Es werden ein **Therapieplan erstellt und die Therapieziele formuliert** und definiert.
- III. **Spezifische Therapieangebote** kommen zum Einsatz.
- IV. Der **Erfolg der Therapie wird überprüft** und falls notwendig, werden die therapeutischen Maßnahmen oder der Therapieplan modifiziert.

²² (<https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/l53/l5395.htm>, 2022)

²³ (<https://www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/ambulante-oder-stationaere-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten.html>, 2022)

V. Zum Abschluss kommt es zur Einleitung von **Nachsorgemaßnahmen**.

Die Behandlungsprinzipien der stationären Psychiatrien haben sehr ähnliche Ansätze. Diese wären zum Beispiel die individuelle Behandlungsplanung, die Förderung von Autonomie und Selbstständigkeit, eine personenzentrierte Sicht, multiprofessionelle Behandlung, Angehörigenarbeit, Wiedereingliederung in das soziale Umfeld, eine enge Kooperation mit ambulanten Behandlern, der Integration Sozio-, Pharmako- und Psychotherapie und der fachübergreifenden Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gremien, welche an dem Prozess der Wiederherstellung der Gesundheit beteiligt sind. Ebenso zählt die Kontaktherstellung zu weiterführenden Behandlern dazu²⁴ (Dr. med. Christoph Mai, 2022)

3.2.2 Methodik der stationären Psychiatrie

Das Ziel der stationären Psychiatrie ist es, Klienten psychische Stabilität zu geben, um den Alltag selbstständig zu bestreiten und die Einschränkungen zu nehmen, welche durch die Krankheit entstanden sind.

Nachfolgend sind für die Anwendung diverse Behandlungsformen aufgeführt, welche individuell auf jeden Klienten, die Klinik sowie deren Behandlungsschwerpunkt zugeschnitten sind:

- Die Bezugspflege
- Die Einzel- und Gruppentherapie
- Fundierte körperliche, psychotherapeutische und psychiatrische medizinische Versorgung
- Imagination
- Soziale Beratung
- Angehörigenarbeit
- Pharmakotherapie
- Psychoedukation
- Musiktherapie

²⁴ (Dr. med. Christoph Mai, 2022)

- Ergotherapie
- Physio- und Bewegungstherapie
- Hippotherapie
- Hilfen zur Bewältigung psycho-sozialer Belastungen
- Information und Prävention
- systemische Familientherapie
- Entspannungstherapie
- ernährungsmedizinische Therapie
- Aromatherapie
- biologische Behandlungsformen
- Angstbewältigungsgruppe
- soziales Kompetenztraining
- Traumatherapie
- Verhaltenstherapie
- Nachsorgeplanung
- Case Management

4 Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Psychiatrie

Klinische Sozialarbeit versteht sich als behandelnde und Beratende Sozialarbeit. Sie ist oft in multiprofessionelle Handlungsteams integriert und findet in vielen Handlungskontexten statt und trägt dazu bei, die Gesundheit von Klienten zu fördern und zu verbessern.

Psychiatrische Erkrankungen werden aus verschiedenen Aspekten in den Fokus genommen: der Klinischen Sozialarbeit, der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie. Theoretisch ist es anerkannt und klar, dass Multiperspektivität und Koordination wichtige Begrifflichkeiten in einer Behandlung darstellen, da die Ebenen des bio-psycho-sozialen Verständnisses eine psychische Krankheit beeinflussen. Ganzheitlich hat sich dieses Verständnis aber noch nicht in der Praxis etabliert. Zwischen der Klinischen Sozialarbeit und der Psychotherapie scheint eine polytrope Kooperation zu bestehen. Aufbauend auf dem Konzept

der Psychiatrie wird ein Gesamtbild aus den unterschiedlichen diagnostischen Maßnahmen erstellt. Die Klinische Soziale Arbeit bekommt dadurch einen eigenen Behandlungsanspruch, außerhalb der Aufgabe als Case Manager. Aus diesem multiprofessionellen Behandlungsansatz lässt sich schlussfolgern, dass der Bewertung der Sozialpsychiatrie und der psychosozialen Diagnostik eine besondere Bedeutung zuzuordnen ist. Aufbauend auf dem diagnostischen Gesamtbild, wird ein Therapieplan erstellt. Aus diesem ergibt sich eine weitere Schnittstelle der Klinischen Sozialarbeit. Es sind die Therapieziele und der Weg dahin zu besprechen und gegebenenfalls zu ergänzen oder zu überarbeiten.

Die Profession der Sozialen Arbeit bzw. der Klinischen Sozialarbeit hat einen eigenen Stellenwert. Jedoch wird dieser in manchen Kliniken und Professuren eher als Konkurrenz statt als Gewinn und Ergänzung gesehen. Für Kliniken, welche die Klinische Soziale Arbeit in ihrem Behandlungsspektrum vollumfänglich ansehen, ergibt sich ein großer Mehrwert.²⁵ (vgl. (Brigitte Geißler-Piltz, 2005)

5 Klinische Sozialarbeit am Beispiel des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH

In Kapitel 4 wurde der Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit innerhalb der Psychiatrie beschrieben. Da dies eher ein allgemeiner Einblick ist, wird in diesem Kapitel spezifisch auf die Klinische Sozialarbeit des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH eingegangen.

5.1 Kurzvorstellung des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH

In Zschadraß bei Colditz betreibt die Diakoniewerk Zschadraß gemeinnützige GmbH ein Fachkrankenhaus für Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie mit insgesamt 60 Tagesklinikplätzen und 150 vollstationären Betten. Die Neurologie hat eine Kapazität von 30 Betten. 120 Betten sind dem psychiatrischen Bereich

²⁵ (Brigitte Geißler-Piltz, 2005)

zuzuordnen. Weiterhin gehört zu dem diakonischen Unternehmen eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), ein Wohnheim für Menschen mit Behinderung, „Haus Anker“ bietet eine Möglichkeit des Übergangwohnens sowie ein Seniorenpflegeheim. ²⁶ (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

Die Diakonie Zschadraß gGmbH ist ein DGPPN-zertifiziertes Ausbildungs Krankenhaus der psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Grundversorgung mit europäischen Standards. Dieses Fachkrankenhaus arbeitet integrativ mit dem Wissen der Komplementärmedizin, praktizierter Bezugspflege und -therapie sowohl evidenzbasierter Medizin und sozialpsychiatrischer Versorgung. Weiterhin zählt das europäische Naturheilverfahren dazu, ebenso auch Anwendungen fernöstlicher Erfahrungen (traditionelle chinesische Medizin, spezielle Achtsamkeitsübungen).²⁷ (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

In der ambulanten Versorgung werden neben aufsuchenden Hilfen und umfangreichen multiprofessionellen PIA-Leistungen auch störungsspezifische Spezialsprechstunden für Patienten mit Gedächtnisstörungen, chronischen Schmerzen und zur Suchtberatung angeboten. Die Ergotherapie bietet in Verbindung mit der Sozialberatung einen integrativen Rahmen, welcher Medikamente, Stress- und Schmerzmanagement, spezielle Psychotherapie und das Naturheilverfahren beinhalten. ²⁸(vgl.www.diakoniezschadrass.de)

„Integrative Psychiatrie begreift den Menschen als Mittelpunkt seiner weitreichend evolutionär verwurzelten und transformativen Stufen, d.h. als natürliches, soziales, vernunftbegabtes und vernunftgeleitetes Wesen eingebettet in die Umwelt und die zwischenmenschliche Beziehungswirklichkeit.“²⁹ (Hildeb, 2021)

²⁶ (<https://www.diakoniezschadrass.de/startseite/>, 2022)

²⁷ (<https://www.diakoniezschadrass.de/startseite/>, 2022)

²⁸ (<https://www.diakoniezschadrass.de/startseite/>, 2022)

²⁹ (Hildeb, 2021)

5.2 Stellenwert der Klinischen Sozialarbeit innerhalb des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH

Bestandteil der multiprofessionellen Versorgung im Krankenhaus ebenso der ambulanten und teilstationären Bereiche der Einrichtung ist der Sozialdienst der Diakonie Kliniken Zschadraß. Dieser leistet fachliche Hilfen für Patienten, welche soziale und persönliche Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und deren Effekt auf ihr Leben und das ihrer betroffenen Angehörigen haben. Der Sozialdienst koordiniert Versorgungssysteme und schafft zu sozialen, persönlichen, materiellen und unterstützenden Ressourcensystemen einen Zugang.³⁰ (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

Die Schnittstelle zwischen außerstationärer Umgebung im psychosozialen Netzwerk und dem Krankenhaus bilden die Sozialarbeiter als wichtige Informationsvermittler. Zur bestmöglichen Bearbeitung der Fragen und Anliegen, arbeitet das Diakoniewerk Zschadraß mit vielen internen und externen Partnern zusammen.

Der Sozialdienst berät in verschiedenen Fragen, unter anderem der Existenzsicherung, der psychosozialen Sicherung und der Rückkehr ins Arbeitsleben.³¹ (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

Begleitung und Betreuung während der Behandlung am Diakoniewerk Zschadraß, die Kontaktaufnahme zu Gruppen und Selbsthilfeangeboten im internen und externen Bereich, die Bewältigung psychosozialer Probleme und die Kontaktaufnahme zu Instituten und Fachberatungsstellen gehört ebenso zum Aufgabengebiet der Sozialarbeiter.³² (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

Die Lebenssituation und die Privatsphäre wird vom Sozialdienst geachtet, ebenso werden die individuellen Ziele gefördert und respektiert, sowie die Unterschiede und Verantwortung der Klienten. Der Sozialdienst unterliegt der Schweigepflicht.³³ (vgl.www.diakoniezschadrass.de)

³⁰ (<https://www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/sozialdienst/>, 2022)

³¹ (<https://www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/sozialdienst/>, 2022)

³² (<https://www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/sozialdienst/>, 2022)

³³ (<https://www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/sozialdienst/>, 2022)

5.3 Auswertung und Auseinandersetzung mit empirischen Daten

Patienten des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH bekamen während ihrer Behandlung einen Fragebogen, bezüglich der Patientenzufriedenheit, ausgehändigt, welcher anonym ausgefüllt werden konnte.

Eine schriftliche Befragung findet meist dann statt, wenn es einfach zu strukturierende und im hohen Maße standardisierbare Fragen sind und das Budget eher gering ist.

Vorteile einer schriftlichen Befragung sind, dass sie kostengünstig durchgeführt werden kann, es muss keine umfangreiche Feldorganisation erarbeitet werden und ist zeitlich bzw. räumlich ungebunden. Eine hohe Offenheit ist durch die Anonymität während der Befragung gegeben.

Nachteile dieser Befragungsart sind die fehlende Kontrolle während der Befragung und die damit verbundene mögliche Fehlinterpretation der Fragen durch die Klienten.

Der Fragebogen beinhaltet zuvor eine kurze Erklärung wofür er genutzt wird, wie er auszufüllen ist und an wen man sich bei Fragen wendet ebenso, wo der Fragebogen abgegeben werden soll. Der Titel der Umfrage sticht heraus und die Schrift ist einfach zu lesen. Der Fragebogen ist übersichtlich gestaltet. 4 Teilbereiche geben dem Fragebogen die notwendige Struktur. Die Bereiche gliedern sich in „Die Einrichtung“, „Medizinisch/ Therapeutische Maßnahmen“, „Behandlungsergebnisse“ und „Persönliche Anmerkungen“. Jeder dieser Bereiche weist Unterpunkte auf, damit ist eine genauere Beantwortung und Analyse gewährleistet. Die Fragen sind kurz und präzise gestellt.

Pro Jahr werden durchschnittlich 2300 Patienten im psychiatrischen Fachbereich stationär und teilstationär behandelt. Jeder Patient erhält die Möglichkeit, einen Fragebogen zu beantworten. Aus der Summe der Fragebögen wurden in dieser Arbeit 201 Fragebögen ausgewertet. Da dies nur einen Bruchteil darstellt, ist die Umfrage nicht repräsentativ.

Vor der Datenanalyse werden alle Fragebögen auf Vollständigkeit und Korrektheit überprüft. Im Folgenden werden die Fragebögen mithilfe einer statistischen Analyse Software, namens PSPP, ausgewertet. Hierfür wurden in der Variablenansicht die einzelnen Variablen (z.B. Geschlecht, Sport, Psychoedukation, etc.) erstellt. Den Antwortmöglichkeiten erfolgte die Zuordnung der Wertelabels. Beispielsweise erfolgte die Zuordnung des Geschlechts in „1“ für männlich, „2“ für weiblich und „3“ für divers. Die weiteren Fragen hatten die Zuordnung „1“ für „ausgezeichnet“, „2“ für „gut“, die „3“ steht für „teils teils“, Ziffer „4“ steht für „schlecht“ und die „5“ wurde eingesetzt für „nicht zutreffend“. Fehlende Angaben wurden mit der Zuordnung „-99“ gekennzeichnet. Dadurch konnten die Angaben schneller in die Datenansicht eingegeben werden und später die Berechnung der Analyse erleichtert werden, da die Codierung im Vorfeld eingepflegt wurde. Die Tatsächlichen Daten wurden in die Datenansicht eingegeben, nachdem die 28 Variablen erstellt wurden. Daraufhin erfolgte die Datenauswertung durch die Analysefunktion sowie die grafische Darstellung. Die grafische Darstellung ist eine deskriptivstatistische Methode. Anhand dieser Methode findet eine Visualisierung der Daten in Form von Diagrammen, einzelnen Kennwerten, Grafiken und Tabellen statt. Um auf den ersten Blick die Hauptaussagen zu verstehen, ist eine Beschreibung unabdingbar.

Die nachfolgende Darstellung veranschaulicht die Verteilung des Geschlechter in der Befragung.

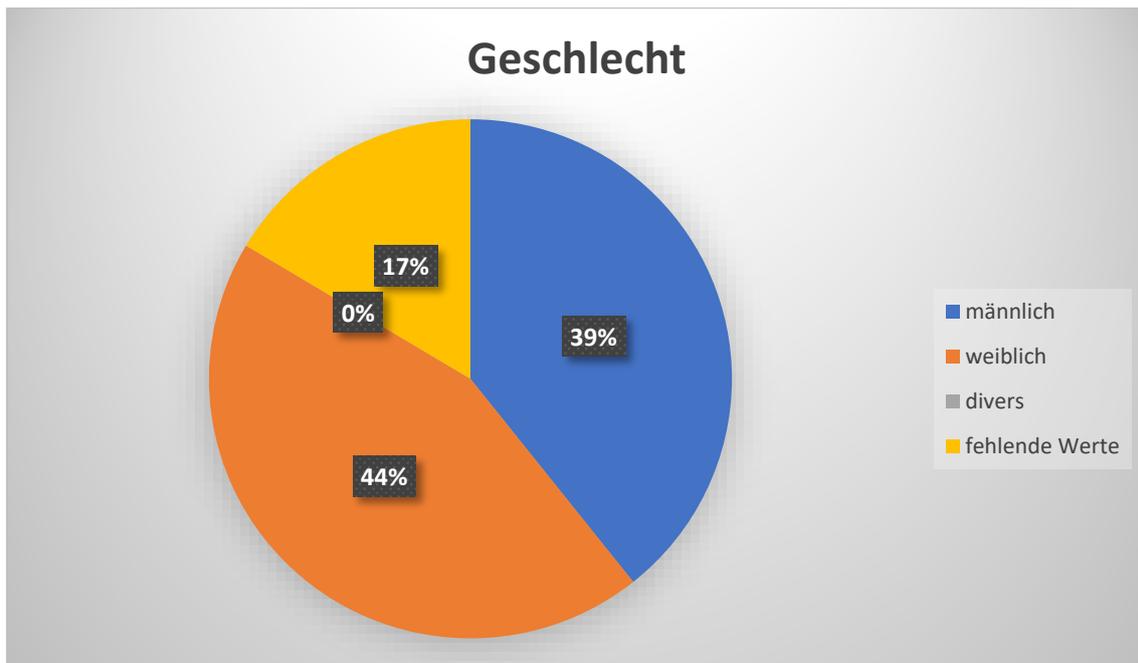


Abbildung 1 Geschlechterverteilung

Die Grafik zeigt auf, dass von den 201 ausgewerteten Fragebögen die Gewichtung zwischen männlichen (39%) und weiblichen (44%) Teilnehmern relativ ausgeglichen ist. Keiner der Teilnehmer hat sich in divers eingeordnet und 17% haben sich der Angabe zum Geschlecht enthalten.

Die nachfolgende Grafik zeigt an, welcher Altersgruppe sich die Ausfüllenden zuordnen lassen.

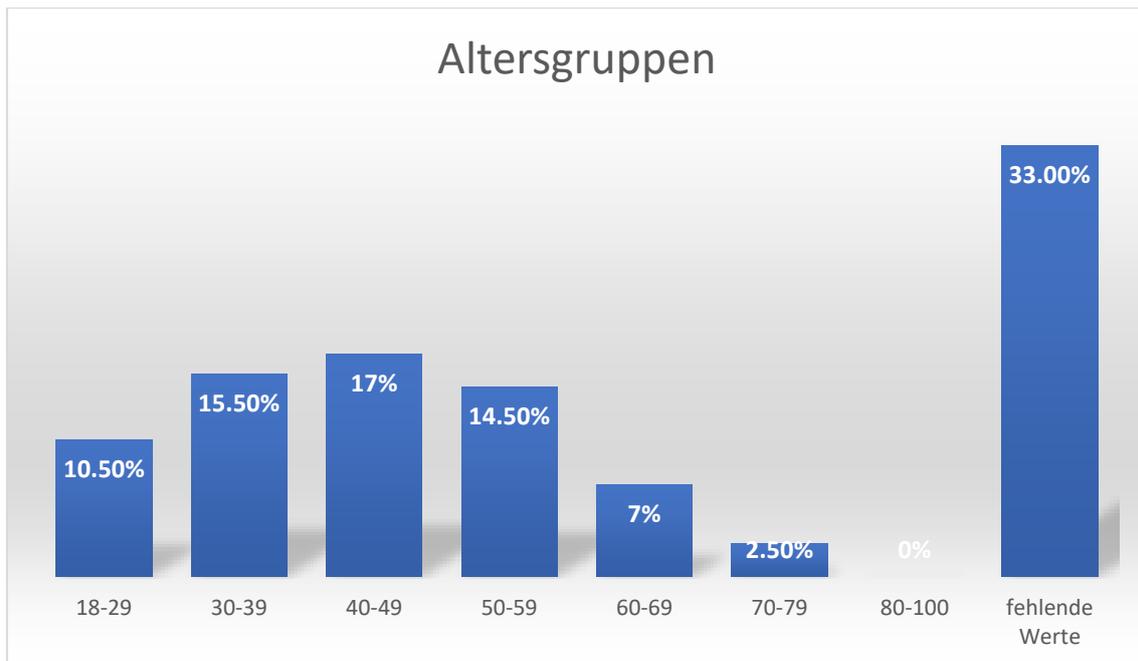


Abbildung 2 Altersgruppen

Aus dem Säulendiagramm wird ersichtlich, dass, bis auf die Hochaltrigen ab 80 Jahren, jede Altersgruppe vertreten ist. Die höchsten Werte der angegebenen Jahre betrifft die Altersspannen 30-39 Jahre, 40-49 Jahre und 50-59 Jahre. In der Befragung haben 33% keine Altersangabe gemacht.

5.3.1 Auswertung einzelner Gegenüberstellungen

Hypothesen

Hypothese 1

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Angehörigenarbeit und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Angehörigenarbeit und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Angehörigenarbeit
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,326
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	145
Angehörigenarbeit	Pearson Korrelation	,326 ^a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	145	154

Tabelle 1 Sozialberatung - Angehörigenarbeit

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

Bei Hypothese 1 gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der subjektiven Beurteilung Sozialberatung und der Angehörigenarbeit. Dies wird mit einer Signifikanz von 0,000 gezeigt. Dementsprechend bestätigt sich H1 und H0 wird widerlegt.

Hypothese 2

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Psychoedukation und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Psychoedukation und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Psychoedukation
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,335 ^a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	146
Psychoedukation	Pearson Korrelation	,335 ^a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	146	152

Tabelle 2 Sozialberatung - Psychoedukation

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

Einen Zusammenhang gibt es bei Hypothese 2 im Bereich der subjektiven Beurteilung Sozialberatung und der Psychoedukation. Die Signifikanz wird mit 0,000 angezeigt. H1 wird somit bestätigt und H0 widerlegt.

Hypothese 3

H0:

Das Geschlecht der Patienten hat keinen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Das Geschlecht der Patienten hat einen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Geschlecht
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	-,159
	Sig. (2-seitig)		,053
	N	176	150
Geschlecht	Pearson Korrelation	-,159	1,000
	Sig. (2-seitig)	,053	
	N	150	168

Tabelle 3 Sozialberatung - Geschlecht

Hypothese 3 untersuchte den Zusammenhang von der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung und dem Geschlecht. Hier besteht kein Zusammenhang und somit ist H1 widerlegt und H0 bestätigt. Es gibt auch keine Signifikanz unter 0,05.

Hypothese 4

H0:

Das Alter der Patienten hat keinen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Das Alter der Patienten hat einen Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Alter
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,005
	Sig. (2-seitig)		,957
	N	176	121
Alter	Pearson Korrelation	,005	1,000
	Sig. (2-seitig)	,957	
	N	121	135

Tabelle 4 Sozialberatung - Alter

Das Alter und die subjektive Beurteilung der Sozialberatung haben keinen signifikanten Zusammenhang. Dementsprechend wird H0 bestätigt und H1 nicht.

Hypothese 5

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Behandlung (Einzel- und Gruppentherapie) und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Behandlung (Einzel- und Gruppentherapie) und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Psycho_ Behandlung
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,238 ^a
	Sig. (2-seitig)		,002
	N	176	170
Psycho_ Behandlung	Pearson Korrelation	,238 ^a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,002	
	N	170	189

Tabelle 5 Sozialberatung – psychologische Einzeltherapie

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

		Sozialberatung	Psycho_ Gruppe
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,150
	Sig. (2-seitig)		,053
	N	176	167
Psycho_ Gruppe	Pearson Korrelation	,150	1,000
	Sig. (2-seitig)	,053	
	N	167	187

Tabelle 6 Sozialberatung – psychologische Gruppentherapie

Diese Hypothese ist in der Auswertung separiert zu betrachten. Der Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Einzeltherapie und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung ist mit einer Signifikanz von 0,002 gegeben. Dies widerlegt H0 und bestätigt H1. Wenn der Fokus auf die psychotherapeutische Gruppentherapie und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung gelegt wird, dann bestätigt sich H0 und H1 wird widerlegt, da keine Signifikanz unter 0,05 gegeben ist.

Hypothese 6

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der allgemeinen subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Therapieverlauf_ gut_aufgehoben
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,094
	Sig. (2-seitig)		,214
	N	176	175
Therapieverlauf_ gut_aufgehoben	Pearson Korrelation	,094	1,000
	Sig. (2-seitig)	,214	
	N	175	198

Tabelle 7 Sozialberatung – während des Therapieverlaufs gut aufgehoben

Hypothese 6 betrachtet den Zusammenhang der allgemeinen subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung. Hier wird H0 bestätigt, da keine Signifikanz unter 0,05 gegeben ist.

Hypothese 7

H0:

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Kontaktherstellung zu poststationären Behandlern und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

H1:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Kontaktherstellung zu poststationären Behandlern und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung.

		Sozialberatung	Kontakt_nach_ Therapie
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,422 ^a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	166
Kontakt_nach_ Therapie	Pearson Korrelation	,422 ^a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	166	180

Tabelle 8 Sozialberatung – Kontaktherstellung nach der Therapie

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

Der Zusammenhang zwischen der Kontaktherstellung zu poststationären Behandlern und der subjektiven Beurteilung der Sozialberatung ist mit einer Signifikanz von 0,000 gegeben. Somit bestätigt sich H1, während H0 widerlegt wurde.

5.3.2 Interpretation

Die Ergebnisse der Hypothesen zeigen auf, dass in den Bereichen der *Angehörigenarbeit*, der *Psychoedukation*, der *psychotherapeutischen Einzeltherapie* und der *Kontaktherstellung nach der Therapie* eine Korrelation zur *Sozialberatung* besteht. Bei diesen Variablen ist eine Signifikanz von 0,000 und 0,002 hervorgegangen, welche aufzeigen, dass sie sich gegenseitig scheinbar stark bedingen. Dies sind Variablen, die sich durch die Patienten und deren Mitwirkung sowie dem multiprofessionellen Team bedingen. Die Variablen *Geschlecht* und *psychotherapeutische Gruppentherapie* weisen eine geringere und gleiche Signifikanz zur *Sozialberatung* auf. Dies könnte daran liegen, dass das Geschlecht in dieser Zeit kein Thema der Veränderung ist und die

Gruppentherapie keine Leistung des Einzelnen darstellt. Anhand der Ergebnisse ist ersichtlich, dass die Variable der *subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung* und die des *Alters* keinen starken Zusammenhang zur *Sozialberatung* aufzeigt. Dies könnte daran liegen, dass das Alter keinen direkten Einfluss hat. Eher die Erfahrungen die jeder Patient im Laufe seines Lebens gemacht hat, dies könnte auch die Stellung der subjektiven Wahrnehmung während der Behandlung erklären.

Durch die Betrachtung der Ergebnisse und deren Zusammenhänge ist festzustellen, dass die Sozialberatung einen Einfluss auf einzelne Bereiche hat. Aus den Werten ist abzuleiten, dass eine gute Sozialberatung in Zschadraß vollzogen wird, gerade im Zusammenhang und Zusammenarbeit weiterer Methoden. Das multiprofessionelle Handlungsteam arbeitet sehr gut miteinander, um die mit dem Patienten gesteckten Ziele zu erreichen.

6 Abschließende Auseinandersetzung mit der Thematik Klinischer Sozialarbeit

Die vorangegangenen Kapitel haben sich mit der Thematik der klinischen Sozialarbeit und der Auswertung der Fragebögen beschäftigt. In diesem Kapitel geht es um das Fazit und den Ausblick der Bachelorarbeit.

6.1 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, durch eine Fragebogenanalyse herauszufinden, welche Behandlungsinhalte einen positiven Einfluss auf die subjektive Beurteilung der Sozialberatung im psychiatrischen Kontakt haben. Da im Vorfeld keine Daten bzw. Informationen ausgewertet waren, wurde dies im Rahmen dieser Arbeit erarbeitet. Die Auswertung der 201 Fragebögen erfolgte mit „PSPP“, einer Software zur Analyse für statistische Daten. Daraufhin konnten Rückschlüsse von den Ergebnissen auf die Zusammenhänge der Behandlungsinhalte gezogen werden. Besonderes Interesse bei der Auswertung bestand darin, zu erfahren, welche Behandlungsinhalte einen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung der Sozialberatung haben. Mit dieser Arbeit wird

nachgewiesen, dass die Behandlungsinhalte der Angehörigenarbeit, der Psychoedukation, der Kontaktherstellung nach der Therapie, sowie die psychotherapeutische Einzeltherapie einen positiven Einfluss auf die Sozialberatung haben. Die Ergebnisse der Fragebogenanalyse sollten einzig als Tendenzen betrachtet werden, da der Umfang nicht repräsentativ genug ist, um fundierte Analysen aufzustellen. Dennoch sind diese aufschlussreich für die künftige Planung und daher hilfreich für die Leitung des psychiatrischen Fachbereichs des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH und dessen multiprofessionellen Team. Im Zuge der Bearbeitung haben sich weitere Fragen und Vertiefungen ergeben, welche aber in der Arbeit keine Berücksichtigung finden, da dies die Rahmenbedingungen nicht hergeben. Ob diese nicht repräsentative Auswertung bestätigt wird, ist mit einer weiteren Auswertung herauszufinden.

6.2 Ausblick

Die Analyse zeigt auf, dass bestimmte Behandlungsinhalte die subjektive Beurteilung der Sozialberatung positiv beeinflussen. Durch diese Erkenntnis lassen sich noch weitere Fragen aufwerfen: Bleibt dieses Ergebnis bestehen, wenn die Auswertung repräsentativ ist? Besteht eine Korrelation zwischen allen Behandlungsinhalten oder nur spezifische? Wurden die Behandlungsinhalte von der Sozialberatung positiv beeinflusst?

Für die Beantwortung dieser Fragen ist eine detailliertere Untersuchung notwendig, welche einen größeren Rahmen bedarf.

Diese Arbeit hat gezeigt, dass die Sozialberatung ein wichtiges Konstrukt in dem multiprofessionellen Team des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH im psychiatrischen Fachbereich ist und weiter Beachtung finden muss. Die Bedeutung des Sozialdienstes sollte noch genauer untersucht werden, da diese das wichtige Grundgerüst einer Therapie ist. Auf was hat die Sozialberatung noch alles Einfluss und wie stark?

7 Nachwort

Das Schreiben dieser Arbeit habe ich als sehr lehrreich und interessant empfunden. Ich bin stolz auf das Ergebnis und froh, diese Zeit reflektieren zu können.

Da sich die Forschungsfrage im Laufe der Recherche verändert hat, musste ich kurzfristig die Herangehensweise an meine Hypothesen ändern. Meine ursprüngliche Fragestellung lautete: „Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Sozialberatung und der Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie?“ Im Laufe der Auswertung habe ich festgestellt, dass ich meine Frage mit dieser Herangehensweise nicht beantworten kann. Die Änderung habe ich abgesprochen und bei der Prüfungskommission eingereicht.

Es fiel mir schwer, mich in die deskriptive Statistik einzuarbeiten, da ich dies vorher noch nie benutzt habe. Unterstützung erhielt ich von Frau Dana Cassandra Winkler aus dem Medizincontrolling des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH. Ich habe eine Menge über die Ausführung und Verarbeitung der quantitativen Untersuchung gelernt. Außerdem habe ich gelernt, keine Angst vor einem unbekanntem Gebiet zu haben, da man genau dann am meisten neues Wissen erwerben kann.

Bei einer erneuten Durchführung der Auswertung von Fragebögen würde ich mehr Fragebögen analysieren und in das Programm einpflegen. Nur so kann ersichtlich werden, ob die bisherigen Ergebnisse diesen Stand beibehalten und somit repräsentativ sind.

8 Literaturverzeichnis

- Beate Muschalla, J. B. (2018). Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie[*] in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation* 57 (04), 233-238.
- Brigitte Geißler-Piltz, A. M. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Deimel, D. (2019). Evidenzbasierte Klinische Sozialarbeit: Gegenstand und Perspektiven. *Das Gesundheitswesen*, 81(07): 570-574.
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Dr. med. Christoph Mai, L. P. (25. 11 2022). https://www.diakonf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/B_DIAKONF_Konzept_Teil_II_FKL_Breklum.pdf.
- Geißler-Piltz, P. D.-S.-F. (2005). *Klinische Sozialarbeit Mit 2 Tabellen*. Dortmund, Hochschule Für Angewandte Wissenschaften Coburg, Soziologe, Heidelberg, Mühlum: München u.a. Reinhardt u.a.
- Gerlinde Berghofer, F. S. (2006). Das Wiener Patientenzufriedenheitsinventar (WPI) Entwicklung eines Messinstrumentes zur Patientenzufriedenheit für ambulanzpsychiatrische Einrichtungen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156, 189-199.
- Glazinski, R. (2007). Sozialmedizinische Bedeutung des Konzepts der Salutogenese für Neurologie und Psychiatrie. *Das Gesundheitswesen*, 69(3): 134-136.
- Gühne, U. W. (2020). Psychosoziale Therapien in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 993-1002.
- H. J. Berberich, D. R. (2006). Salutogenese und Sexualmedizin. *Der Urologe*, 45, 960–966.

Hildeb, S. A. (2021). *Integrative Medizin und Gesundheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

<https://www.dbsh.de/profession/haltung-der-profession/sozialprofessionelle-beratung.html>. (20. 11 2022).

<https://www.diakoniezschadrass.de/gesundheitsleistungen/sozialdienst/>. (02. 11 2022).

<https://www.diakoniezschadrass.de/startseite/>. (24. 10 2022).

<https://www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/ambulante-oder-stationaere-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten/das-versorgungssystem-behandlungsmoeglichkeiten.html>. (24. 11 2022).

<https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/l53/l5395.htm>. (25. 11 2022).

<https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/>. (14. 11 2022).

J. Huber FEBU, M. P. (2021). Empowerment für unsere Patienten. *Der Urologe* 60, 45–51.

Lorenz, S. (2022). *Patientenzufriedenheit*. In: *Die Prämedikationsambulanz*. Wiesbaden: Springer VS.

M. Rentrop, A. B. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 67(10): 456-465.

Mühlum, A. (2001). Sozialarbeit + Gesundheitsarbeit = Klinische Sozialarbeit? *Das Gesundheitswesen*, 63: 130-133.

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit*. Weinheim: Beltz Juventa.

Peter Buttner, S. B. (2020). *Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit*. Lambertus-Verlag.

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, P. D. (17. 11 2022).
<https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit>.

Scherer, K. A. (2017). *Angehörige in Der Psychiatrie*. Wunstorf, Rehburg-
Loccum, Bonn, Köln: Psychiatrie Verlag.

9 Anhang

- I. Auswertung der deskriptiven Statistik mittels „PSPP“
- II. blanko Fragebogen des Diakoniewerks Zschadraß gGmbH

Anhang I

CORRELATION

```
          /VARIABLES = Sozialberatung  
Psychoedukation /PRINT =  
          TWOTAIL NOSIG.
```

Korrelationen

		Sozialberatung	Psychoedukation
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,335a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	146
Psychoedukation	Pearson Korrelation	,335a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	146	152

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

CORRELATION

```
          /VARIABLES = Sozialberatung  
Alter /PRINT = TWOTAIL  
NOSIG.
```

Korrelationen

		Sozialberatung	Alter
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,005
	Sig. (2-seitig)		,957
	N	176	121
Alter	Pearson Korrelation	,005	1,000
	Sig. (2-seitig)	,957	
	N	121	135

CORRELATION

```

/VARIABLES = Sozialberatung
Geschlecht /PRINT =
TWOTAIL NOSIG.
    
```

Korrelationen

		Sozialberatung	Geschlecht
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	-,159
	Sig. (2-seitig)		,053
	N	176	150
Geschlecht	Pearson Korrelation	-,159	1,000
	Sig. (2-seitig)	,053	
	N	150	168

CORRELATION

```

/VARIABLES = Sozialberatung
    
```

Psychoedukation /PRINT =
 TWOTAIL NOSIG.

Korrelationen

		Sozialberatung	Psychoedukation
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,335a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	146
Psychoedukation	Pearson Korrelation	,335a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	146	152

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

CORRELATION

/VARIABLES = Sozialberatung

		Sozialberatung	Psycho_Behandlung	Psycho_Gruppe
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,238a	,150

Sig. (2-seitig)		,002	,053
N	176	170	167

Angehörigenarbeit /PRINT

= TWOTAIL NOSIG.

Korrelationen

		Sozialberatung	Angehörigenarbeit
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,326a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	145
Angehörigenarbeit	Pearson Korrelation	,326a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	145	154

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

CORRELATION

/VARIABLES = Sozialberatung

Psycho_Behandlung

Psycho_Gruppe /PRINT =

TWOTAIL NOSIG.

Korrelationen

		Sozialberatung	Psycho_Behandlung	Psycho_Gruppe
Psycho_Behandlung	Pearson Korrelation	,238a	1,000	,562a
	Sig. (2-seitig)	,002		,000
	N	170	189	182
Psycho_Gruppe	Pearson Korrelation	,150	,562a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,053	,000	
	N	167	182	187

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

CORRELATION

```

/VARIABLES = Sozialberatung
Therapieverlauf_gut_aufg
           ehoben /PRINT =
           TWOTAIL NOSIG.
    
```

Korrelationen

		Sozialberatung	Therapieverlauf_gut_aufgehoben
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,094
	Sig. (2-seitig)		,214
	N	176	175
Therapieverlauf_gut_aufgehoben	Pearson Korrelation	,094	1,000
	Sig. (2-seitig)	,214	

N	175	198
---	-----	-----

CORRELATION

```

/VARIABLES = Sozialberatung
Kontakt_nach_Therapie
/PRINT = TWOTAIL
NOSIG.

```

Korrelationen

		Sozialberatung	Kontakt_nach_Therapie
Sozialberatung	Pearson Korrelation	1,000	,422a
	Sig. (2-seitig)		,000
	N	176	166
Kontakt_nach_Therapie	Pearson Korrelation	,422a	1,000
	Sig. (2-seitig)	,000	
	N	166	180

a. Signifikant bei 0.05 Grenze

Anlage II

Hinweise für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin / Lieber Patient,

während Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik haben wir uns bemüht, Sie optimal zu behandeln und zu betreuen. Wir sind nun daran interessiert zu erfahren, ob uns das auch gelungen ist.

Mit dem folgenden Fragebogen haben Sie die Möglichkeit uns und unsere Einrichtung zu beurteilen. Mit ihrer persönlichen Rückmeldung – ganz gleich ob positiv oder negativ – helfen Sie, unsere Arbeit zu verbessern.

Vertraulichkeit ist uns wichtig. Wir möchten von Ihnen Rückmeldungen zu den verschiedenen Bereichen in der Klinik als Grundlage für Verbesserungen in der Einrichtung und Behandlung bekommen.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Punkte:

- Sie können die einzelnen Themen und Aussagen zu den unterschiedlichen Bereichen nach 4 Antwortkategorien bewerten (ausgezeichnet – gut – teils/teils – schlecht). Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an!
- Falls Sie zu einer Aussage keine Bewertung vornehmen können, kreuzen Sie bitte das Kästchen ‚nicht zutreffend‘ an.
- Falls Sie zu einer Aussage keine Angabe machen wollen, brauchen Sie gar nichts anzukreuzen.
- Bei einigen offenen Fragen haben Sie selbst die Möglichkeit, Anmerkungen zu machen.
- Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte auf Ihrer Station oder in der Patientenverwaltung ab.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Therapeutin bzw. Ihren Therapeuten oder andere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, zu denen Sie Vertrauen haben.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mühe

Prof. Brunnhuber

Ärztlicher Direktor

Geschlecht (bitte ankreuzen):	Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>
Alter:			

Teil 1 Die Einrichtung

<i>Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Abstufungen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

1.1 Ausstattung und Atmosphäre

1.1.1 Station und Patientenzimmer	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1.2 Essen

1.2.1 Abwechslung und Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1 Medizinische Versorgung in der Einrichtung

2.1.1 Mit dem Pflegepersonal war ich zufrieden	<input type="checkbox"/>				
2.1.2 Mit der ärztlichen Behandlung war ich zufrieden	<input type="checkbox"/>				

2.3 Psychotherapie

2.3.1 Die psychotherapeutische Behandlung hat mir geholfen	<input type="checkbox"/>				
2.3.2 Die gruppentherapeutischen Behandlungen haben mir geholfen	<input type="checkbox"/>				

2.4 Weitere therapeutische Angebote

2.4.1 Sporttherapie	<input type="checkbox"/>				
2.4.2 Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>				
2.4.3 Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>				
2.4.4 Psychoedukation	<input type="checkbox"/>				
2.4.5 Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>				

Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Abstufungen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
2.4.6 Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>				
2.4.7 Sozialberatung	<input type="checkbox"/>				
2.4.8 Physiotherapie	<input type="checkbox"/>				
2.4.9 Ergotherapie	<input type="checkbox"/>				

2.5 Naturheilkundliche komplementäre Angebote

2.5.1 Akupunktur	<input type="checkbox"/>				
2.5.2 Hydrotherapie	<input type="checkbox"/>				
2.5.3 Pflanzliche Arzneimittel	<input type="checkbox"/>				
2.5.4 Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/>				
2.5.5 Schlafregulierung	<input type="checkbox"/>				
2.5.6 Spaziergänge in der Natur	<input type="checkbox"/>				

2.6 Allgemeiner Therapieverlauf

2.6.1 Ich fühlte mich von Anfang an gut aufgenommen	<input type="checkbox"/>				
2.6.2 Die Organisation in der Einrichtung (Therapieablauf, Informationen etc.) war gut geregelt	<input type="checkbox"/>				

2.7 Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie

2.7.1 Der Kontakt zu nachfolgenden Behandlern wurde hergestellt (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt etc.)	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Teil 3 Behandlungsergebnisse

Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Abstufungen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
3.1 Ich habe meine Therapieziele erreicht	<input type="checkbox"/>				
3.2 Die Behandlung hat sich für mich gelohnt	<input type="checkbox"/>				

Teil 4 Persönliche Anmerkungen

4.1 Folgendes hat mir in dieser Einrichtung besonders gut gefallen:

4.2 Ich würde in dieser Einrichtung folgendes verändern:

4.3 Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und alles Gute!

10 Selbstständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Leisnig, 21.12.2022