



Christina Püschel

Wie kann Partizipation in einer Nutzerzufriedenheitsbefragung der Psychiatrie realisiert werden? *

– Praxisbericht auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung

Discussion Paper

SP I 2012–303

Mai 2012

* Basierend auf der Masterarbeit der Autorin für den
Fachbereich Public Health an der TU Berlin, 2007.
Gutachterinnen: Frau Prof. Dr. Maschewsky-Schneider,
Frau Dr. Riesberg

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Forschungsschwerpunkt

Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe

Public Health

Copyright remains with the author(s).

Christina Püschel

**WIE KANN PARTIZIPATION IN EINER NUTZERZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG IN DER PSYCHIATRIE
REALISIERT WERDEN?**

– Praxisbericht auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung.

Discussion Paper SP I 2012–303

Discussion papers of the WZB serve to disseminate the research results of work in progress prior to publication to encourage the exchange of ideas and academic debate. Inclusion of a paper in the discussion paper series does not constitute publication and should not limit publication in any other venue. The discussion papers published by the WZB represent the views of the respective author(s) and not of the institute as a whole.

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt der untersuchten Institution, Herrn Dr. Floeth und den Teilnehmern der AG Nutzerzufriedenheitsbefragung, deren Engagement, Offenheit und Vertrauen diese Arbeit erst ermöglichte, und Frau Prof. Dr. Maschewsky-Schneider, Herrn Prof. Dr. Wright und Frau Dr. Riesberg für ihre freundliche Unterstützung.

Zusammenfassung

Wie kann Partizipation in einer Nutzerzufriedenheitsbefragung in der Psychiatrie realisiert werden? –

– Praxisbericht auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung.

von Christina Püschel

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Studie zur Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung in einer Institution der komplementären Versorgung der Psychiatrie Berlins. Nach dem Aktionsforschungsansatz wurde in einer trialogisch geplanten Gruppe eine Untersuchung zur Zufriedenheit der Nutzer mit der Institution durchgeführt. Die Arbeit der Gruppe wurde mit einer teilnehmenden Beobachtung begleitet und mit der Methode der Grounded Theory ausgewertet. Dabei standen die partizipative Tätigkeit der Gruppe und ihre Bedeutung für das Qualitätsmanagement und die teilnehmenden Nutzer im Mittelpunkt der Arbeit. Für die Untersuchung der partizipativen Nutzerbefragung zeigte sich, dass das Qualitätsmanagement vielfältige Informationen mit viel Praxisnähe gewinnen konnte. Aufgrund der Befragungsergebnisse konnten Verbesserungsprojekte abgeleitet werden. Kundennähe konnte hergestellt und Konfliktkultur kommuniziert werden. Eine Erlangung von maßgeblichen Kennzahlen für eine Managementbewertung war nicht möglich. Die Einwirkungen der Selektionsfaktoren auf die Teilnehmer wurden deutlich. Eine Förderung der Mitgestaltung der teilnehmenden Nutzer an den Rahmenbedingungen der Institution wurde sichtbar. Es kam zur Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und den bezirklichen und institutionellen Versorgungsstrukturen. Ein Ausbau des Kontaktfeldes und der Kompetenzen der Nutzer wurde beobachtet. Eine Übertragbarkeit auf andere Institutionen mit ähnlicher Nutzer- und Versorgungsstruktur konnte angenommen werden. Der Einsatz eines Aktionsforschungsansatzes zur Umsetzung einer trialogischen Befragung der Nutzerzufriedenheit konnte empfohlen werden.

Abstract

How to enable participation in a user satisfaction survey in a psychiatric setting: A field report based on a qualitative study.

by Christina Püschel

This paper is based on a study examining the implementation of a participatory user satisfaction survey in an institution of complementary mental health care in Berlin, Germany. Following an action research approach, a trialogical group conducted a survey of users' satisfaction with their institution. The work of the group was supplemented by participant observation and assessed using grounded theory analysis. The focus of the study was on the group's participatory activities and their importance with regard to quality management and participating users. The study revealed the participatory user survey to enhance quality management with a wide range of information and much practical relevance. Based on the survey results, quality improvement projects could be initiated. Moreover, it was possible to create customer-oriented services and to promote conflict resolution abilities. It was not possible, however, to obtain relevant data to be used for management review purposes. The effects of the selection factors on the participants became clear. Beneficial effects of getting participating users involved in shaping the overall conditions at the institution became visible. Users sought to come to terms with their own illness, as well as with the care structure at both the district and institutional levels. An expansion of users' contact fields and competencies was observed. The approach was presumed to be transferable to other institutions with similar user and care structures. Using an action research approach for carrying out a trialogical user satisfaction survey could be recommended.

Inhalt

Vorwort	1
1 Einführung	3
2 Allgemeiner theoretischer Hintergrund	4
2.1 Patientenzufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie	4
2.2 Aktionsforschung im Gesundheitswesen	5
3 Praktische Umsetzung	7
3.1 Partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung	7
3.2 Die Teilnehmer	11
3.3 Qualität und Nutzen der Daten	13
3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	16
4 Zusammenfassende Empfehlungen zur Durchführung	22
5 Glossar	24
6 Literaturverzeichnis	26

Vorwort

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/innen, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu gewinnen. Besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hat sich die PGF bewährt, um innovative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die die Auswirkungen sozialer Determinanten von Gesundheit lindern sollen. Das hier vorgestellte Forschungsprojekt gehört zu den wenigen Beispielen der PGF in der deutschen gesundheitswissenschaftlichen Forschung.

PGF ist Teil der Partizipativen Sozialforschung, die zu den neueren Forschungsansätzen zählt. Ihr Ursprung liegt in der Aktionsforschung, die auch in Deutschland ihre Wurzeln hat. Kurt Lewin, gebürtiger Berliner aus jüdischer Familie, erarbeitete die Basis für die Verzahnung von Forschung und Handlung. Seine Arbeit liegt nur zum Teil als Original in deutscher Sprache vor, da Lewin aufgrund der Verfolgung durch die Nationalsozialisten in die USA auswanderte und dort seine Arbeit fortsetzte. Unter dem starken Einfluss der Studentenbewegung und der Kritischen Theorie (vor allem der Kritischen Psychologie) erlebte die Aktionsforschung in Deutschland Ende der 1960er- bis in die 1970er-Jahre eine Blütezeit. Sie verlor jedoch in einem konservativer gewordenen politischen Klima und unter zunehmendem Rechtfertigungsdruck seitens der herkömmlichen Wissenschaft in den 1980er-Jahren rasch an Bedeutung, so dass im deutschsprachigen Raum heute nur wenige Aktionsforscher/innen zu finden sind.

Während in Deutschland die Aktionsforschung kaum noch eine Rolle spielte, entwickelte sie sich im Ausland weiter. Es entstanden verschiedene neue Formen der Sozialforschung, beispielsweise in angloamerikanischen, skandinavischen und lateinamerikanischen Ländern, aber auch in der (deutschen) Entwicklungsarbeit.

Trotz aller Vielfalt haben die verschiedenen Formen der Partizipativen Sozialforschung zwei Merkmale gemeinsam:

1. Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft, um die Lebensumstände der Beteiligten zu verbessern.
2. Wissenschaftler/innen, Praktiker/innen und die Menschen, deren Leben im Mittelpunkt der Forschung steht, arbeiten auf gleicher Augenhöhe, um alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

International werden verschiedene Begriffe für diesen Forschungsansatz verwendet, die zum Teil auf unterschiedliche regionale oder disziplinäre Traditionen zurückzuführen sind, z.B. Community-based Participatory Research, Collaborative Research, Action Research, Interactive Research. Diese Vielfalt steht auch für den Zustand dieses relativ jungen Wissenschaftsfeldes, das noch keine Konsolidierungsphase erreicht hat.

In der Partizipativen Sozialforschung sind zwei Forschungsschwerpunkte zu finden:

- Praxisforschung, die von Praktiker/inne/n selbst (mit oder ohne Unterstützung von Wissenschaftler/inne/n) konzipiert und umgesetzt wird, um die eigene Praxis zu verbessern.
- Gemeinschaftsforschung, in deren Mittelpunkt sozial benachteiligte Menschen stehen, die von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens profitieren sollen. Forschungsziel ist, diese Menschen zu unterstützen, ihre eigene Lebenslage zu erforschen und dabei Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die diese Lage positiv verändern (oft in Zusammenarbeit mit Praktiker/inne/n).

Im Gesundheitsbereich hat sich die Partizipative Sozialforschung besonders stark etabliert, vor allem bei der Gestaltung von Maßnahmen, die im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen abzielen, um ihre Gesundheitslage positiv zu beeinflussen. Partizipative Forschungsdesigns sind aber zunehmend auch in anderen Bereichen der Gesundheitswissenschaften zu finden (z.B. in der Versorgungsforschung), mit dem Ziel, die Strukturen und Angebote des Gesundheitswesens stärker an die Bedürfnisse der Nutzer/innen anzupassen.

Die hier vorgestellte Forschungsarbeit integriert Elemente der Praxis- und der Gemeinschaftsforschung: Eine partizipative Nutzerbefragung sollte die Praxis einer psychiatrischen Einrichtung verbessern; zugleich gewannen die beteiligten Nutzer/innen neue Einsichten in ihre Lebenssituation und in ihre Einflussmöglichkeiten auf die Einrichtung, die ihren Alltag stark prägt. Wie auch viele andere Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens erhebt die Psychiatrie einen Anspruch auf eine partizipative Praxis. Unter der Bezeichnung „Trialog“ soll eine aktive Zusammenarbeit zwischen den Nutzer/inne/n von Angeboten der Psychiatrie, deren Angehörigen und den psychiatrischen Fachkräften gefördert werden. Püschel bezieht sich theoretisch und praktisch auf diesen Anspruch und zeigt im Rahmen ihres partizipativen Forschungsprojekts Grenzen und Potentiale der partizipativen Praxis auf diesem Gebiet. Die Arbeit von Püschel zeigt auch den besonderen Beitrag des partizipativen Forschungsansatzes gerade zu Fragen der Partizipation, da partizipative Forschungsprojekte die Möglichkeit bieten, Partizipationsprozesse systematisch zu gestalten und zu reflektieren, um Partizipation künftig zu stärken.

Wir hoffen, durch die Veröffentlichung dieser Arbeit auch andere Praktiker/innen und Wissenschaftlicher/innen zu inspirieren, Partizipation nicht nur als normativen Grundsatz oder Forschungsgegenstand zu betrachten, sondern auch als Leitprinzip für die Forschungstätigkeit selbst. Dann können neue Formen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung entstehen, die unter Beteiligung aller Akteure und Akteurinnen und daher auf besondere Weise zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Qualität der Arbeit im Gesundheitswesen beitragen.

Berlin, im Februar 2012

Prof. Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

Institut für Soziale Gesundheit
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

1 Einführung

Schätzungen zufolge leiden mehr als 27% der erwachsenen Europäer¹ einmal in ihrem Leben unter psychischen Störungen. Sie sind die Hauptursache für Frühverrentung und Invalidisierung (KdeG 2005: 4). Bis heute erfahren diese Menschen soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung, Verletzungen ihrer Grundrechte und Menschenwürde (KdeG 2005: 4; WHO 2005: 3). Die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll neben einer guten Primärversorgung komplementär durch gemeindenahen Dienste wirksam erfolgen (WHO 2005: 6ff.). Für diese gemeindenahen Dienste fordert die WHO, den zu „Betreuenden und ihre(n) Angehörigen eine Beurteilung ihrer (...) Bedürfnisse und eine Beteiligung an den Versorgungsprogrammen an(zu)bieten“ (WHO 2005: 8). Die Befähigung Betroffener an der Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen mitzuwirken, ist ein politisches Konzept und entspricht den Aufforderungen der Ottawa Charta (Wright 2006: 56). Dies kann durch Nutzerzufriedenheitsbefragungen mit ermöglicht werden (Aust 1994: 1).

In der vorliegenden Arbeit soll die Nutzung einer partizipativen Form der Nutzerzufriedenheitsbefragung in der komplementären Versorgung der Psychiatrie vorgestellt werden. Zielsetzung der Arbeit ist es, das Vorgehen der Gruppe transparent zu machen und damit die Umsetzung, Weiterführung und Verbesserung dieser Form der Nutzerzufriedenheitsbefragung in anderen Unternehmen zu ermöglichen.

Von September 2005 bis September 2006 wurde nach dem Aktionsforschungsansatz in einer dialogisch geplanten Gruppe eine Untersuchung zur Zufriedenheit der Nutzer mit der Institution durchgeführt. Eine dialogische Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass in ihr Nutzer, Angehörige und Professionelle auf gleicher Augenhöhe miteinander arbeiten, vgl. auch Glossar Kapitel 7. Somit kann eine Partizipation Betroffener und ihrer Angehörigen gewährt und ein gemeinsamer Diskurs gefördert werden. Eine Auseinandersetzung mit Partizipation im Versorgungsfeld der Psychiatrie ist vor dem Hintergrund der Historie dieser medizinischen Fachrichtung von grundlegender Bedeutung (Dörner/Plog 1996: 477ff.).

Bei dem Unternehmen handelt es sich um einen mittelgroßen Berliner Träger der komplementären psychiatrischen Versorgung. Komplementäre Einrichtungen stellen eine Ergänzung zur stationären Basisversorgung des Krankenhauses dar und beinhalten in der Regel betreute Wohnformen wie Betreutes Einzelwohnen oder Therapeutische Wohngemeinschaften, Tagestätten und Beschäftigungs- und Arbeitsbereiche für betroffene Menschen.

¹ Im Interesse der Lesbarkeit wird im Text ausschließlich die männliche grammatikalische Form verwendet. Gemeint sind weibliche und männliche Personen.

2 Allgemeiner theoretischer Hintergrund

2.1 Patientenzufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie

Zufriedenheitsbefragungen gehen allgemein davon aus, dass die Qualität der Behandlung umso besser ist, je zufriedener sich die Patienten zeigen. Doch dieses Verständnis kann auf die Psychiatrie nicht singulär übertragen werden, denn Unzufriedenheit kann hier ein notwendiges und heilsames Zwischenstadium des psychotherapeutischen Prozesses sein. Zwangseinweisungen, disziplinarische Entlassungen, Begrenzungen und Konfrontationen können Unzufriedenheiten erzeugen (Weigand 2005: 13). Deswegen müssen in diesem Fachgebiet Erfolgskriterien auf unterschiedlichen Ebenen definiert werden. Neben einer subjektiven Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot sind individuelle Lebensqualität, psychopathologische Dimension und soziale Integration von Bedeutung (Arolt 2003: 609). Für eine Untersuchung von Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie können auf der Grundlage vielfältiger Veröffentlichungen folgende Determinanten nach ihren Inhalten zusammengefasst werden:

Allgemein	Alter; Geschlecht; Diagnose; freiwillige und unfreiwillige Behandlung
Personenzentriert	Individualität der Behandlung; Erfüllung der Erwartungen des Patienten
Fachlich	Allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung; Zugang zur Behandlung; Behandlungsintervention; Ergebnis und Outcome; ambulante Weiterbehandlung nach der Entlassung; Information und Aufklärung über die Erkrankung; Einbeziehung von Angehörigen
Atmosphärisch	Patienten-Personal-Beziehung; Psychosoziale Unterstützung und Kontinuität der Bezugsperson; Station und Stationsatmosphäre; Rolle der Mitpatienten
Rahmenstruktur	Klinikalltag und Tagesablauf; Essen; Hausordnung; bauliche Situation

Abb. 1: Determinanten für Patientenzufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie. Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Texten von Böhm 1997: 215; Rentrop 1997: 164; Rentrop et al. 1999: 462; Spießl et al. 1999: 4ff.; Berghofer et al. 2006: 190.

Es besteht eine weitgehende Unabhängigkeit zwischen Patientenzufriedenheiten und soziodemographischen sowie klinischen Variablen (Berghofer et al. 2006: 195ff.; Schröder et al. 2006: 100). Eine bedeutende Rolle spielen Beziehungsvariablen zwischen Professionellen und Patienten: Wärme, Respekt, interpersonelle Fähigkeiten der Betreuungspersonen, zur Verfügung gestellte Zeit und Kompetenz der Professionellen werden von den Patienten wichtiger gewertet als strukturelle Aspekte, Zugang zur Behandlung und Ausstattung der Behandlungseinrichtung (Berghofer et al. 2006: 195ff.; Gutknecht 2005: 347; Schröder et al. 2006: 100). Auch bei akuter psychiatrischer Erkrankung können die Patienten über die Zufriedenheit mit der Behandlung plausible Einschätzungen geben (Spießl et al. 1999: 6). Die Betroffenen werden über die Befragungen zu Beteiligten; aus dieser Einbeziehung wird eine Vermutung der Steigerung von Motivation und Vertrauen in das Behandlungsgeschehen hergeleitet (Müller/Schanz 2002: 321). Der Zusammenhang zwischen Compliance und

Befragung wird insbesondere für Menschen mit schizophrenen Psychosen als bedeutend gewertet (Rentrop et al. 1999: 463).

Aufgrund der allgemeinen Problematik von Patientenzufriedenheitsbefragungen können auch auf diesem Fachgebiet die Befragungen allein keine Rückschlüsse auf eine objektive Qualität der Behandlung zulassen. Eine Einbettung in einen Gesamtrahmen qualitätssichernder Maßnahmen (Rentrop et al. 1999: 463) und in die Gesamtentwicklung einer Institution auf den Ebenen der Leitungsverantwortung, der Organisationsentwicklung und der Personalentwicklung muss erfolgen (Weigand 2005: 17). Ein Interesse an positiven und kritischen Rückmeldungen und an einer offenen und dialogischen Kommunikationskultur sowohl zwischen den unterschiedlichen Hierarchieebenen als auch zwischen Behandlern und Behandelten muss bestehen (Weigand 2005: 17). So bedarf es einer Auseinandersetzung mit der spezifischen Situation des Befragten und den einwirkenden Faktoren auf seine Meinungsbildung, um eine Interpretation der subjektiven Äußerungen vornehmen zu können (Aust 1994: 2). Die gängigen Verfahren weisen neben der Subjektivität von Zufriedenheit auch die Problematik der Selektivität durch ihre als relevant präjudizierten Dimensionen auf (Gerlach 2001: 94).

Viele Qualitätsmanagementsysteme fordern messbare Zahlen und "Fakten" zur Selbstbewertung (Offermann 2002: 127). Auf der Grundlage dieser Forderung wäre eine partizipative Methode, die einen interaktiven Schwerpunkt zur Förderung von Nutzermitgestaltung realisieren möchte, weitgehend kritisch zu betrachten. Doch für den Versorgungsbereich der Psychiatrie ist die Anwendung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung von besonderer Bedeutung. Eine Einbeziehung von Nutzern und Angehörigen in einen gemeinsamen Prozess mit Professionellen entspricht dem dialogischen Arbeitsansatz in der Psychiatrie (Wienberg 2002: 12). Der Dialog, Sinnbild für Partizipation in der Psychiatrie (Klafki 2006: 52), wird auch als praktische Möglichkeit der Qualitätskontrolle (Urbahn 2004: 138) und gelebte Nutzerzufriedenheit (Twellenkamp 2003: 109) verstanden. Der Einsatz einer partizipativen Methode zur Zufriedenheitsbefragung stellt somit eine Kombination aus praktischer Umsetzung des Dialogs und einer Zufriedenheitsbefragung für das Qualitätsmanagement dar. Für die psychiatrische Versorgungslandschaft ist ihr Einsatz somit von besonderer Bedeutung.

2.2 *Aktionsforschung im Gesundheitswesen*

Die Aktionsforschung wurde in den 1940er Jahren von Lewin entwickelt und sollte die Lücke zwischen Theorie und Praxis schließen (Wallerstein/Duran 2003: 29). In Deutschland gewann die Aktionsforschung im Zuge der gesellschaftspolitischen Reformbestrebungen der 1970er Jahre an Relevanz. In den 1980er und -90er Jahren verlor sie an Bedeutung (Bortz/Döring 1995: 317ff.). Methodische, wissenschaftstheoretische und forschungsstrategische Schwachstellen des Ansatzes und praktische Probleme in der Umsetzung wurden bemängelt (von Unger et. al. 2007: 17). Das explizite Ziel dieses Forschungsansatzes, Empowerment sozial benachteiligter Menschen zu fördern, entspricht dem Grundsatz der Gesundheitsförderung (Wright 2006: 66). Für die Zukunft wird eine zunehmende Bedeutung dieses Forschungszweiges erwartet (Atteslander 2003: 58).

Die Aktionsforschung hebt eine Trennung zwischen Forscher und Beforschten auf und bindet die Forschungstätigkeit in die Alltagspraxis der Beteiligten ein, um gemeinsam Veränderung herbeizuführen (Kromrey 2002: 527ff.). Die Untersuchungsthemen sind entsprechend emanzipatorisch und praxisbezogen (Bortz/Döring 1995: 318). Der Dialog, die Auseinandersetzung des Forschers mit den Betroffenen wird zur Forschungsstrategie (Kromrey 2002: 531ff.; Bortz/Döring 1995: 318). Von der Subjekt-Objekt-Relation zwischen dem Forscher als forschendem Subjekt und dem Untersuchten als beforschtem Objekt soll es zu einer Subjekt-Subjekt-Relation kommen. Der Forscher soll sich selber mit einbringen, die Beforschten zählen als Experten für die Beurteilung ihrer Situation (Kromrey 2002: 531;

Atteslander 2003: 58; Bortz/Döring 1995: 318). Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit auch in der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse soll stattfinden (Bortz/Döring 1995: 318). An die Stelle von Distanz tritt Interaktion. Eine Beeinflussung des Forschungsgegenstandes wird gezielt für Veränderung im sozialen Feld genutzt, ein Lernprozess soll in Gang gesetzt und Handlungsmöglichkeiten von Beteiligten erweitert werden (Kromrey 2002: 531ff.; Atteslander 2003: 58; Lamnek 2005: 713; Bortz/Döring 2005: 318).

Die Erhebungsinstrumente bleiben die der traditionellen Sozialforschung, dabei werden die Instrumente zu Medien innerhalb des Kommunikationsprozesses, ihre Ergebnisse werden erst im Diskurs relevant (Kromrey 2002: 534; Bortz, Döring 1995: 318; Wright 2004a: 315). Es gilt ein „relatives Wahrheitskriterium“. Eine dialogische, soziale Wahrheit leitet sich aus dem Diskurs des Forschungsprozesses der Beteiligten her, der Konsens wird zum Wahrheitskriterium. Die daraus entstehende „soziale Wahrheit“ wird als etwas Dynamisches, sich Wandelndes begriffen. Der Forschungsprozess verläuft zirkulär. Arbeiten, die die methodologischen Prinzipien in umfassender Weise umgesetzt haben, liegen allerdings kaum vor. Die Gütekriterien der traditionellen Sozialforschung können nicht aufrechterhalten werden. Transparenz von Funktionen, Zielen und Methoden, Stimmigkeit von Forschungszielen und Methoden und Selbstkontrolle des Forschers, so dass er keine bewussten Verzerrungen auf den Forschungsprozess durch Beeinflussung verursacht, sind an ihre Stelle getreten (Kromrey 2002: 532ff.).

Die Aktionsforschung versteht sich bewusst als parteiisch, sie interessiert sich für die Belange der in einer Gesellschaft benachteiligten Menschen und möchte deren soziale Unterdrückungszusammenhänge abschaffen (Kromrey 2002: 533; Bortz/Döring 1995: 318). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation basierend auf der methodischen Grundlage der Aktionsforschung vertritt den Grundgedanken, in allen Bereichen der Planung, Durchführung, Steuerung und Auswertung eine möglichst rege Teilnahme und Teilhabe von Projektmitarbeitern und der Zielgruppe zu erlangen (Wright et al. 2010: 22 ff.). Das partizipative Durchleben eines Prozesses ermöglicht Konsensfindung und stärkt damit das Vertrauen aller Beteiligten in Entscheidungen. Es verhilft zu einer effektiven Weiterentwicklung der Programme, führt zu einer Demokratisierung und zu einem sozialen Zusammenhalt zwischen den Beteiligten (Slocum 2003: 10ff.). Kritisch wird angemerkt, dass Aktionsforschung extrem aufwändig und das Ergebnis in der Regel nur so gut wie die Sachkompetenz der Mitentscheider ist. Die Methodenfrage kann zu einer Überforderung der Teilnehmer führen und die kritische Distanz des Forschers gefährden (Bortz/Döring 1995: 318).

Der partizipative Ansatz wird generell als Möglichkeit zur Qualitätssicherung verschiedener Qualitätsmanagementmodelle angesehen (Wright 2001; Wright 2004a, -b; Wright/Block 2005a: 15; Halkow 2004: 177ff.). Eine Vereinbarkeit des partizipativen Ansatzes mit den verschiedenen Qualitätsmodellen liegt vor, wenn verschiedene Aspekte berücksichtigt werden:

- Aufbau von Kapazitäten – Befähigung der Mitarbeiter, die Daten zu erheben und auszuwerten mit dem Ziel einer langfristigen Kompetenzentwicklung,
- Mitbestimmung – alle Akteure (Projekt, Wissenschaft, Zielgruppe, Kostenträger) entscheiden bei den wesentlichen Aspekten der Qualitäts- und Evaluationsmaßnahmen mit,
- Gleichstellung – alle Akteure erkennen sich als gleichberechtigte Partner an mit respektvollem, selbstbewusstem Umgang im Sinne des Empowerments,
- Zugang zur Teilnahme – Sprache und Methode ermöglicht Zugang aller Akteure,
- Empowerment – Erkenntnisse und Daten sind das Eigentum der Akteure, die Zielgruppe soll darin unterstützt werden, diese zur eigenen Mobilisierung für die Ver-

besserung ihrer gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation zu nutzen (Wright 2004a: 300ff.; Wright/Block 2005b: 2ff.).

Empowerment der Zielgruppe soll dabei als vorrangiges Ziel erkannt werden (Wright 2004a: 315ff.; Judd et al. 2001). Verbesserung von Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden steht als weitere Zielstellung im Vordergrund (Judd et al. 2001: 369). Eine möglichst starke Beteiligung der Projektmitarbeiter und Zielgruppe an den Aktivitäten der Aktionsforschung ist anzustreben (Wright 2004a: 315ff.).

Dieses Verfahren steht im Kontrast zu den gängigen Forschungsverfahren, in denen wissenschaftliche Kausalitätsprinzipien im Mittelpunkt stehen und auf Kosten von Selbstorganisation, Selbstevaluation und kollektivem Handeln, Nachhaltigkeit der Interventionsplanungsstrategie und der Eigeninitiative realisiert werden (Wright 2004a: 315ff.). Es zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus (Judd et al. 2001: 378). Es gibt keine standardisierten Interventionen, ihre Evidenz und Wirksamkeit sind orts- und prozessabhängig. Der Austausch zwischen vergleichbaren Settings, der zum Beispiel in Best-Practice-Beispielen oder Netzwerken erfolgen kann, sorgt für eine Diffusion der erprobten Innovation. Durch ein Peer-Review-Verfahren, einen systematischen Begutachtungsprozess, der die Strategien im Setting auswertet, soll eine Beurteilung der Maßnahme auf der Metaebene erfolgen und ein Eindringen externer Impulse in die Institution gesichert werden (Wright 2004a: 316ff.).

3 Praktische Umsetzung

Für die Untersuchung der Methode der "partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung" wurde das Vorgehen einer unstrukturierten, offenen, aktiv teilnehmenden Beobachtung gewählt (vgl. Abb.2). Fragestellungen wurden zur Erfassung der Methode, zu der Bedeutung der Methode für die Teilnehmer und zur Bedeutung der Methode für das Qualitätsmanagementsystem gestellt. Die Analyse des gewonnenen Materials erfolgte maßgeblich auf der Grundlage der Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996; Glaser/Strauss 1998; Strauss 1998). Aus den Ergebnissen sollten Fortentwicklungs- und Nutzungsempfehlungen sowie Implikationen für weitere Untersuchungen zu diesem Thema abgeleitet werden. Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Arbeit und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen dargestellt und diskutiert werden.

3.1 Partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung

Die partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung wurde in der untersuchten Institution dialogisch nach dem Aktionsforschungsansatz geplant. Ziel der Arbeitsgruppe war die Durchführung einer Befragung aller Nutzer über ihre Zufriedenheit mit den Leistungen der Institution und eine anschließende Rückmeldung der Ergebnisse an die Institution und an die Nutzer und ihre Angehörigen. Die Arbeitsgruppe stand allen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen offen. Die Einladung und Koordinierung der Treffen wurde durch den Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB), eine Stabstelle im Unternehmen, ausgesprochen.

An der Gruppe nahmen fünf Nutzer, der QMB sowie die teilnehmende Beobachterin in der Funktion als Professionelle teil. Angehörige und weitere Mitarbeiter nahmen trotz wiederholter Einladungen nicht teil. Die Gruppe lief somit dialogisch zwischen Professionellen und Nutzern ab. Ein Dialog ist nicht gelungen. Das Fernbleiben der Angehörigen wurde jedoch untersucht und Empfehlungen für eine mögliche Erleichterung einer Integration gewonnen (vgl. Kapitel 3.2).

Die Planung und Durchführung der Gruppenarbeit kann in der folgenden Arbeitsstruktur übersichtlich dargestellt werden. Der Zeitrahmen der Gruppenarbeit erstreckte sich über ein Jahr, die Sitzungen fanden circa einmal monatlich statt.

	Thema	Inhalt	Verantwortliche	Sitzungsanzahl
1	Vor Beginn	Auftragserteilung Einladung	Leitungsebene QMB	-----
2	Vor Erhebung	Kennenlernen/Gruppenfindung Themeneinstieg Wahl des Erhebungsinstruments Erhebungsinstrument erstellen	QMB und Gruppe	3 Sitzungen in 3 Monaten
3	Erhebungsphase	Erhebung Auszählen der Bögen	Mitarbeiter der Institution	2 Monate ohne Sitzungen
4	Auswertung	Begutachtung der Zahlen Auswertung und Interpretation Erstellung Bericht Reflexion der Arbeit	QMB und Gruppe	5 Sitzungen in 4 Monaten mit fließendem Übergang und
5	Implementierung	Vorbereiten der Präsentation: - inhaltlich und organisatorisch Durchführen der Präsentation	QMB und Gruppe	1 Präsentationstermin
6	Nachbereitung	Reflexion der Präsentation Reflexion der Gesamtarbeit Fertigstellung Abschlussbericht Verabschiedung	QMB und Gruppe	3 Termine in 3 Monaten

Abb. 2: Arbeitsverlauf der Gruppenarbeit in der durchgeführten Studie.

Die Dauer der einzelnen Sitzungen betrug zwischen 2,5 und 3,5 Stunden und wurde in zwei Arbeitsphasen unterteilt. Die Dauer dieser zwei Arbeitsphasen war in jeder Sitzung unterschiedlich lang und wurde durch eine Pause unterteilt. Die Pause betrug in der Regel ca. 20 Minuten und wurde nach Bedarf terminiert. Ein verlässliches Einhalten von Anfang und Ende der Sitzungen und der Gesamtarbeit der Gruppe sowie externe Verabredungen über Erhebungszeiträume wirkten sich als konzentrierendes Unterstützungselement für die zeitliche Strukturierung der Gruppe positiv aus. Der beispielhafte Verlauf einer einzelnen Arbeitssitzung kann zusammenfassend wie folgt dargestellt werden:

	Phase	Inhalt
0	Vorbereitung	Raumvorbereitung, Materialvorbereitung, Ankommen in der Institution, informelle Begrüßung und Austausch
1	Begrüßung	Formelle Begrüßung
2	1. Arbeitsphase	Einleitung zum Thema, Inhaltliche Arbeit
3	Pause	Informeller Austausch, Erholung, Materialvorbereitung
4	2. Arbeitsphase	Inhaltliche Arbeit, Arbeitsaufgabenverteilung, Terminplanung, Vernetzung
5	Verabschiedung	Verabschiedung, Sicherung des Heimwegs und informelle Nachgespräche

Abb. 3: Ablauf einer Arbeitssitzung in der durchgeführten Studie.

Die initiierende allgemeine Auftragserteilung für die Durchführung der Zufriedenheitsbefragung erfolgte durch die oberste Führungsebene der Institution. Inhaltliche Schwerpunktsetzungen der Befragung und Vorgehensweisen in der Erarbeitung wurden entsprechend Dialog und Aktionsforschungsansatz von der Gruppe bestimmt. So hat die Gruppe gemeinsam die zu befragenden Themen diskutiert und entschieden, den Fragenkatalog aufgestellt und die einzelnen Fragen formuliert, die Graphik des Fragebogens gestaltet und gemeinsam die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse durchgeführt, den Bericht formuliert und die Präsentation selbstständig vorgenommen. Die Arbeitsformen der Gruppe waren ein Diskurs in der Gruppe mit Protokollführung, selbstständiger Zuarbeit und die Gruppensitzungen flankierende Mailkontakte. Entscheidungsprozesse wurden gemeinsam herbeigeführt und durch die Gruppe strukturiert. Die Moderation der Gruppe und die Protokollführung wurden gemeinsam von der Gruppe festgelegt.

Die Arbeitsgruppe wählte als Instrument zur Befragung der Nutzerzufriedenheit einen standardisierten Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragestellungen zum Selbstausfüllen durch die Nutzer. Dabei stützten sie sich inhaltlich auf den Fragebogen der letzten Nutzerzufriedenheitsbefragung der Institution. Ein Begleitbrief der Geschäftsführung informierte die Befragten über Verantwortlichkeiten, Zielrichtung, Interessen, Arbeitsmethodik und Anonymität. Ausgabe und Einsammeln der Fragebögen erfolgte unter Wahrung der Anonymität durch die Mitarbeiter vor Ort. Fragen von Nutzern zur Beantwortung des Fragebogens sollten durch ein „unabhängiges Fragebogentelefon“, besetzt durch einen Mitarbeiter aus der Verwaltung, beantwortet werden. Durch die Besetzung durch einen Mitarbeiter aus der Verwaltung sollte es den anrufenden Klienten ermöglicht werden, Rückfragen zu dem Bogen an eine Person zu richten, die nicht selber von der Beurteilung betroffen ist. Somit, so war die Vorstellung der Gruppe, sollte sicher gestellt werden, dass es keine "positiven Verzerrungen" im Ergebnis geben würde, sondern dass möglicherweise unzufriedene Nutzer auch wirklich erfahren könnten, in welcher Spalte sie ihre Unzufriedenheit benennen könnten. Zur Auflockerung der Graphik des Fragebogens wurde von der Gruppe ein Maskottchen entwickelt, das den Fragebogen zierte. Das Maskottchen war ein Wurm und stellte eines der Lieblingszeichentiere eines Gruppenteilnehmers dar.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete selbstständig folgende Schwerpunktthemen für die Befragung:

- Betreuungsdauer der Betroffenen,
- Bedeutung, Nutzung und Zufriedenheit mit den verschiedenen Betreuungsangeboten,
- Zufriedenheit mit der Wohnsituation/dem vom Träger vermieteten Wohnraum,
- Zufriedenheit mit und Präsenz in der Betreuung von Vereinbarungen und Verträgen,
- Eigenschaften des Betreuungspersonals mit Auswirkungen auf die Arbeit,
- Raum für eigene Meinungen und weitere Anmerkungen.

Die Gruppe erarbeitete sich diese Schwerpunktthemen und die dazu gehörigen Fragen selbstständig in der Gruppenarbeit. Es schienen ihnen die Fragestellungen am dringlichsten, bei denen sie eine mögliche Unzufriedenheit vermuteten. Dabei wurden um alle Themen längere Diskussionen gemeinsam geführt und gemeinsam aus dem praktischen Erleben des Alltags berichtet. Bemerkenswert ist, dass die Gruppe, ohne über das entsprechende theoretische Fachwissen zu verfügen, die auch unter 2.1 genannten zentralen Themen, die die Theorie beschreibt, gefunden hat. Die bedeutende Rolle der Beziehungsvariablen findet sich vorrangig wieder. Dagegen hat sich die Gruppe entschieden, die allgemeinen Daten nicht abzufragen, um damit eine möglichst hohe Anonymität zuzusichern. Im theoretischen Kontext findet sich auch hier eine weitgehende Unabhängigkeit zwischen den Variablen, so dass eine Schwerpunktverschiebung zugunsten der Anonymität sich auch

theoretisch begründen lassen würde. Es lässt sich dadurch vermuten, dass die Gruppe über eine große Erfahrung und eine hohe Umsicht verfügt und konzentriert gemeinsam gearbeitet hat. Es spiegelt wider, dass sich die theoretischen Ergebnisse auch in der Praxis der Betroffenen wiederfinden.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von Mitarbeitern der Verwaltung per Hand ausgezählt und in Tabellenform dargestellt. Diese händischen Auszählungsergebnisse wurden an die Gruppe zurückgegeben, so dass sie die Zahlen gemeinsam betrachten und interpretieren konnte.

Die Institution stellte zur Durchführung der Gruppenarbeit verschiedene Ressourcen zur Verfügung. Aus finanziellen Ressourcen wurde den Mitgliedern der Gruppe das Fahrgehalt erstattet, jedes Treffen mit einer Kaffeetafel bereichert, entstehende Materialkosten und die Kosten für die Bewirtung bei der Ergebnispräsentation übernommen. Personelle Ressourcen standen in Form von Mitarbeitern für Wegebegleitung, Hintergrundarbeit wie Auszählen von Fragebögen oder Besetzung des „unabhängigen Fragebogentelefon“, und dem QMB, der moderierend, beratend und fachlich unterstützte, zur Verfügung. Räume wurden der Gruppe an den gewünschten Orten zur Verfügung gestellt. Es fanden elf Treffen in den Räumen der Geschäftsstelle und eines in den Räumen einer Tagesstätte der Institution statt. Da die Geschäftsstelle sehr zentral lag, wurde diese gerne von der Gruppe als Treffpunkt gewählt, nur als einer der Teilnehmer absehen konnte, dass er den Weg nicht bewältigen konnte, wurde der Treffpunkt verlegt. Die Präsentation der Ergebnisse der Befragungsauswertung wurde im Kulturraum der Institution durchgeführt, was die Teilnahme und Bewirtung einer großen Anzahl von Teilnehmern ermöglichte.

Die Präsentation der Ergebnisse in der Institution erfolgte durch eine dreistündige Veranstaltung, zu der die Geschäftsführung, alle Mitarbeiter, Nutzer und ihre Angehörigen eingeladen worden waren. Sie wurde von der Arbeitsgruppe vorbereitet und von ihr gemeinsam vorgetragen. Interaktive Sequenzen, in denen das Publikum um seine Einschätzung und Beurteilung gebeten wurde, sollten eine Rückkoppelung mit den Einschätzungen des Publikums zu den Daten und Interpretationen ermöglichen. Zusätzlich verfasste die Gruppe einen Bericht, der zusammen mit den anonymisierten Daten während der Präsentation ausgeteilt wurde. Der Bericht wurde im weiteren Verlauf um die Inhalte der Präsentation, die Beiträge des Publikums und Erläuterungen zu Zielstellungen und Methodik der Arbeit der AG erweitert. Dieser Bericht wurde auf der Internetseite der Institution eingepflegt. Parallel wurde ein zweiter Bericht dazugestellt. Dieser Bericht wurde selbstinitiativ von einem Mitarbeiter auf der Grundlage der gleichen Befragungsdaten erstellt, da dieser der Meinung war, dass die von der Gruppe erstellten Ergebnisse so nicht gültig seien. Er interpretierte die Ergebnisse erneut und stellte sie auf der Grundlage der Daten dar. Die Gruppe und der betroffene Mitarbeiter wollten den Bericht neben dem Gruppenbericht veröffentlichen und beide nebeneinander stehen lassen.

Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe ist in fünf Kapitel gegliedert - Einführung, Fragebogen, Auswertungsdaten, Bericht zu den ausgewerteten Daten und Bericht über die Präsentation - und umfasst in der Endfassung 38 Seiten. In dem Bericht werden der Entstehungszusammenhang, die Intention und der Methodenhintergrund einfach und praxisbezogen erklärt. Im Einführungstext ist eine kritische Auseinandersetzung mit den Fragen der Objektivität, Reliabilität und Validität der Arbeit zu finden. Eine kritische Reflexion der eigenen Arbeit erfolgt. Nach der Darstellung der kompletten, anonymisierten Originaldaten wird im weiteren Bericht die Interpretation der Gruppe vorgestellt. Die Gruppe konzentrierte sich nicht auf generelle Dimensionen zur Beurteilung guter Arbeit sondern wendete sich Bereichen zu, die für sie interessant waren und/oder als problematisch angesehen wurden. Eine Vielzahl konstruktiver Fragen zu Ergebnissen und Interpretationen wurde aufgeworfen. Anschließend wurden im Bericht die Inhalte der Präsentation inklusive der Protokolle aus den interaktiven Sequenzen der Präsentation vorgestellt. Auf der Grundlage

der Ergebnisse erfolgte durch die Gruppe in der Diskussion eine Ableitung von Verbesserungsprojekten für die Institution und die Empfehlung der Weiterführung dieser Form der Befragung.

Neben der fachlichen Thematik war für die Gruppenarbeit die Gestaltung der Arbeitsatmosphäre in der AG vermutlich von zentraler Bedeutung. Die Atmosphäre war wahrscheinlich maßgeblich beim Erlangen von Verbindlichkeit in der Arbeitsgruppe, bei der Äußerung von negativ kritischen Ansichten und bei einer „Kommunikation auf gleicher Augenhöhe“ im Sinne von Trialog und Aktionsforschung.

3.2 *Die Teilnehmer*

Durch ihre Teilnahme an der partizipativen Nutzerbefragung konnten die Nutzer neben der Mitgestaltung des Fragebogens vielseitige Rückmeldungen über Bedarf, Bedürfnisse und Zufriedenheit geben. Die verbale Rückmeldung im Rahmen der Gruppenarbeit ermöglichte eine umgehende Rückkoppelung durch den anwesenden QMB als Vertreter der Führungsebene. Neben dem formellen Rahmen der Sitzungen wurde auch das informelle Pausengespräch für Anmerkungen genutzt. Die Teilnehmer konnten in dem Diskurs der Gruppe ihre Anregungen und Wünsche formulieren und durchdenken. Sie erhielten direkte Einblicke in Hintergründe, Entscheidungen oder Positionierung der Institution. Sie machten sich im Rahmen der Gruppenarbeit inhaltlich stark für ihre Interessen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Form und Inhalte der Kommunikation die aktive, persönliche Rückmeldung und das Gefühl einer Mitgestaltung bei den Nutzern förderte. Diese Förderung kann im Sinne des Empowerments interpretiert werden.

Strukturell investierten die teilnehmenden Nutzer in die Gruppen- und Hausarbeit regelmäßig und intensiv Zeit und Energie. Neben einem Jahr Laufzeit der Gruppe mit annähernd monatlichen Treffen erledigten die Nutzer teilweise umfangreiche Aufgaben in Eigenarbeit. Als wesentliche motivationale Bestandteile für den Einsatz der Ressourcen der Teilnehmer zur Übernahme von Aufgaben konnten ausreichende inhaltliche und strukturelle Ressourcen, eine klare Auftragsformulierung, eine Identifikation mit der Gruppenarbeit, eine Wahlmöglichkeit bei der Übernahme der Aufgaben und die Übernahme ungewünschter Aufgaben durch professionelle Kräfte im Sinne einer Gruppenfürsorge interpretiert werden. Im Umkehrschluss steht zu vermuten, dass eine Belastung der Teilnehmer zum Beispiel durch ungewollte Aufgaben, zu lange Termindauer oder zu umfangreiche Terminanzahl zu Abbruch und Selektion führen könnte.

Im Kontext der Gruppenarbeit fand eine persönliche Auseinandersetzung der Nutzer mit dem Versorgungssystem, den Mitarbeitern, den Angehörigen, der eigenen Erkrankung und dem Krankheitsverständnis statt. Es steht zu vermuten, dass eine wesentliche Grundlage für diese persönliche Auseinandersetzung eine angstfreie, freundliche und wertschätzende Gruppenatmosphäre und eine Gruppenidentität mit dem Gefühl der Vertrautheit ist. Dass sich diese erst im Gruppenprozess bildete, wird dadurch deutlich, dass über das Thema Angehörige aus einer sehr persönlichen Sichtweise erst in der achten Sitzung gesprochen wurde und es auch in dieser Sitzung erst zu einem „duzen“ aller Nutzer untereinander kam. Die Bezeichnung „wir“ wurde dagegen schon in der ersten Sitzung genutzt und bildete vermutlich eine Grundlage für ein wachsendes Zusammengehörigkeitsgefühl. Die Bildung einer Gruppenidentität spiegelte sich auch in Vernetzungstätigkeiten der Teilnehmer außerhalb der AG Nutzerbefragung wider, von der sie in der Gruppenarbeit berichteten. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme an der Gruppe für die Nutzer einen Ausbau ihres Kontaktfeldes und eine Auseinandersetzung mit ihrer jeweiligen Erkrankung, Situation und Versorgungsmöglichkeit förderte.

Eine Teilnahme an der AG ermöglichte den Nutzern ihre vorhandenen Kompetenzen zu üben oder zu erweitern, um wie sie sagen: „für das nächste Mal (zu) lernen“ (Beobachtungsprotokoll, 2135). Es kann davon ausgegangen werden, dass es somit zu einem Aufbau von

Kapazitäten im Sinne der Aktionsforschung (vgl. Wright 2004: 300ff.; Wright/Block 2005b: 2ff.) gekommen ist. Dabei erfolgte dieser Aufbau außerhalb eines für die Nutzer vermutlich gewohnteren, individuellen therapeutischen Kontexts, nämlich im Rahmen der Umsetzung einer notwendigen Aufgabe für die Managementbewertung der Institution. Den Aussagen der Teilnehmer war zu entnehmen, dass sie die Aufgabe entsprechend zu schätzen wussten und als Form der Integration verstanden. Zeitgleich wirkte sich der Erwerb von Kompetenzen auch auf die Partizipationsfähigkeiten der Teilnehmer aus, denn sie stellt eine Grundlage zur Gruppenteilnahme. Die Form der Kommunikation konnte als wertschätzend, akzeptierend und „auf gleicher Augenhöhe“ im Sinne des Dialogs beurteilt werden.

Im Selbstbild werteten die Teilnehmer ihre Mitarbeit als inhaltlich und strukturell sinnvoll. Die Teilnahme an der Arbeitsgruppe wurde von den teilnehmenden Nutzern als eine Herausforderung erlebt und geschätzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeit in den Augen der teilnehmenden Nutzer eine sehr hohe Wertigkeit hatte und mit Stolz auf die Arbeit besetzt ist.

Zusammenfassend steht zu vermuten, dass diese Wertigkeit gefördert wurde durch

- die Anwesenheit des QMB,
- die Verortung in den Räumen der Geschäftsstelle,
- die informellen Kurzkontakte mit Geschäftsführung und Leitungsebene,
- die Zugänglichkeit von Informationen,
- die regelmäßige Bewirtung,
- die gemeinsam erarbeitete Präsentation,
- den Bericht mit gemeinsamer Autorenschaft und namentlicher Nennung und
- die Aufmerksamkeit einer begleitenden Forschungstätigkeit.

Es ist zu vermuten, dass diese Wertigkeit Aktivität, Einsatz und Verbindlichkeit steigerte. Es kann angenommen werden, dass diese „Lebendigkeit“ als Indikator für die weitere Teilnahme am Gruppenprozess und der Arbeit gewertet werden kann. In der Gruppenarbeit zeigten die Nutzer Begeisterung. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies ein intrinsisches Motiv für die Mitarbeit darstellt.

Durch die regelmäßige Bewirtung, die Verortung und durch die Beachtung, die die Arbeit im Rahmen der Institution erfuhr, konnte den teilnehmenden Nutzern für ihr Engagement Anerkennung und Wertschätzung von Seiten der Institution vermittelt werden. Die aktive Haltung, die Partizipation und das Engagement der teilnehmenden Nutzer lässt die Vermutung zu, dass sie sich in ihrem Selbstbild eher als aktiven Dienstleistungsbezieher der Institution, denn als passive Fürsorgeempfänger erlebten. Es kann vermutet werden, dass dieses Selbstbild in der Folge auch das Selbstbewusstsein förderte und dass durch die gemeinsame Arbeit ein wesentlicher Schritt in Richtung Partizipation und Empowerment ermöglicht wurde. Diese Auswirkungen sind für die Gruppe der Teilnehmer und damit unter den Gesichtspunkten Selektion und Limitation zu verstehen. Es steht jedoch zu vermuten, dass die teilnehmenden Nutzer durch ihren täglichen Kontakt zu anderen Nutzern und ihre öffentliche Funktion im Rahmen der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung als Multiplikatoren und Vorbilder für andere Nutzer verstanden werden können.

Die Analyse der Beobachtungsprotokolle zeigte, dass nach der Herstellung des Erstkontaktes die Förderung von Verbindlichkeit für die weitere Partizipation wesentlich ist. Es konnte vermutet werden, dass diese Verbindlichkeiten durch verschiedene Faktoren gefördert werden könnten:

- angenehme Atmosphäre in der Gruppe,

- Förderung von Gruppenidentität,
- Gestaltung der Arbeitsinhalte und -strukturen im Rahmen der Ressourcen der Mitglieder, ggf. Unterstützung bei Bewältigung, z.B. Fahrgeldunterstützung oder Wegebegleitung,
- Möglichkeiten zur Reflektion der eigenen Situation,
- Anerkennung und Wertschätzung der Gruppentätigkeit innerhalb der Gruppe, der Institution und von Seiten der nicht teilnehmenden Nutzer,
- zeitlich begrenzte Termin- und Gruppengestaltung, damit die Tätigkeitsbelastung überschaubar bleibt,
- flankierende Mailkontakte zum Kontakthalten,
- Verteilung von Arbeitsaufgaben,
- Nutzung von Protokollen,
- subjektive Aufwandsentschädigung zur Wertschätzung der Tätigkeit der Nutzer durch die Institution, hier in Form regelmäßiger Bewirtung der Gruppe.

Es konnte beobachtet werden, dass mit wachsender Gruppenidentität auch die Verbindlichkeit in der Gruppe anstieg und es begleitend zur Gruppenteilnahme auch zu einer Vernetzung der Nutzer außerhalb der Gruppe kam.

Die Gruppe der Angehörigen war im Rahmen der Untersuchung nur im Publikum der Präsentation vertreten. Als Selektionskriterien für die Angehörigen ergaben sich aus der Sicht der Betroffenen ergänzende Faktoren wie Kontaktabbruch, räumliche Distanz, körperliche Immobilität oder Tod der Familienmitglieder und unzureichende Werbung für die Mitarbeit an der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung.

Auch bei der Teilnahme der Professionellen zeigte sich eine hohe Selektion, die vornehmlich mit dem Faktor Zeit begründet wurde, und zu einer Unterrepräsentanz der Mitarbeiterschaft führte und in der Folge zu einem nicht gemeinsam abgeschlossenen Diskurs.

Den Nutzern, die nicht an der Gruppe teilnahmen, war es möglich, sich über die Fragebogenbeantwortung oder im Rahmen der Präsentation mitzuteilen. Hier kam es vermutlich vornehmlich durch die Hochschwelligkeit der Instrumente nur zu einer limitierten Teilnahme der Nutzer.

Als zentrale, miteinander gekoppelte Selektionsfaktoren zeigen sich für die Nutzer, Angehörigen und Mitarbeiter die drei Faktoren: Zeit, Ressourcen und Interesse. Für die drei Gruppen kann vermutet werden, dass ein intervenierendes Handeln gegenüber den Selektionskriterien die Partizipation fördern kann. Die Institution muss mögliche Selektionskriterien für diese Gruppe analysieren und die weitere Einbindung fördern.

3.3 *Qualität und Nutzen der Daten*

In der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung wurde die Gestaltung des Fragebogens durch die Teilnehmer der AG vorgenommen. Diese waren vornehmlich als Laien wissenschaftlicher Methoden einzuschätzen und wurden durch einen Mitarbeiter mit methodischen Kenntnissen zum wissenschaftlichen Arbeiten, hier dem QMB, in ihrer Arbeit unterstützt. Es zeigte sich, dass die Einhaltung und Qualität wissenschaftlicher Standards durch den gemeinsamen Diskurs und damit durch das Verständnis der Laien geprägt wurde. Trotz der Anregung wurde im Diskurs die Durchführung eines Pretests abgelehnt, im Nachgang jedoch die Notwendigkeit der Durchführung verstanden und für das nächste Mal festgelegt. Eine hohe Rücklaufquote der Fragebögen dagegen wurde von Beginn an bewusst angestrebt. Um auf mögliche Verständnisprobleme mit dem Fragebogen zu reagieren, wurde für

den Zeitraum der Befragung ein unabhängiges Beratungstelefon eingerichtet, das beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich sein sollte, aber praktisch nicht genutzt wurde.

Inhaltliche Zusammenhänge, die für die Institution hintergründig von Bedeutung sein konnten, aber den teilnehmenden Nutzern nicht als vordergründig relevant erschienen, wurden nur nach ausgiebigen Argumentationen in den Fragebogen aufgenommen. Übliche statistische Fragestellungen regulärer Studien fanden weniger Beachtung.

Die Auswertung der Daten erfolgte per Hand, was partiell zu Übertragungsfehlern und fehlerhaften Zahlen führt, von der Gruppe aber wegen der subjektiven Sicherung der Anonymität geduldet wurde. Es lässt sich vermuten, dass das händische Auswertungsvorgehen aufgrund der geringen notwendigen Vorkenntnisse die Partizipation aller Teilnehmer förderte (vgl. auch Zugang zur Teilhabe in der Aktionsforschung bei Wright 2004: 300ff.; Wright/Block 2005b: 2ff.). Jedoch wurde die Qualität der Daten durch fehlerhaftes Vorgehen reduziert.

Es kann vermutet werden, dass das Einhalten wissenschaftlicher Standards für die Durchführung der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung – entsprechend dem Aktionsforschungsansatz – in Abhängigkeit von den Fähigkeiten und Interessen der Gruppe stand. Dabei könnte vermutlich eine Ablehnung oder ein Interesse der Teilnehmer an inhaltlichen Fragestellungen auch als eine der Befragung vorgeschaltete Relevanzprüfung gewertet werden. Die Nutzer waren vornehmlich daran interessiert, nach möglichen Problemfeldern zu fragen. Der QMB als Vertreter des Qualitätsmanagementsystems (QM-System) konnte so bereits vor der Durchführung der Befragung durch die AG über mögliche Problemfelder und Zufriedenheiten einen ersten Eindruck erhalten.

Als vordergründige Schwerpunkte in der Fragebogengestaltung der Gruppe zeigten sich die Beurteilungen der Betreuungsangebote und des Betreuungspersonals. Es kann angenommen werden, dass die Gruppe mit dem Schwerpunkt „Beurteilung des Betreuungspersonals“ auf die bedeutende Rolle der Beziehungsvariablen zwischen Nutzer und Professionellen in der Psychiatrie reagierte (vgl. Kapitel 2.1).

Als hintergründiger Schwerpunkt konnte ein Bemühen um valide Daten vermutet werden. Trotz dieser Bemühungen ist anzunehmen, dass nicht allen Nutzern ein selbstständiges, anonymes Ausfüllen möglich war und authentische Daten nur bedingt gewonnen werden konnten. Es kann vermutet werden, dass die Teilnehmer der AG mit ihren Bemühungen um Anonymität auf eine von ihnen gefühlte Abhängigkeitssituation der Befragten gegenüber der Institution reagierten.

Bei einer Rücklaufquote von ca. 31% wurden von der AG zusätzlich maßgebliche Verzerrungen durch Falschantworten, zu komplexe Fragestellungen und durch den geringen Rücklauf vermutet. Des Weiteren ergaben sich aus der Sicht der AG fehlerhafte Interpretationen. Die Teilnehmer bewerteten ihr eigenes Vorgehen bei der Datenauswertung für den Bericht an das Qualitätsmanagementsystem als "sehr scharf". Nach Ansicht einiger Mitarbeiter waren Auswertungen fehlerhaft und vorgenommene Vergleiche nicht haltbar. Aus diesem Grunde kam es nach der Präsentation zu Unmutsäußerungen von Mitarbeitern, in deren Folge der Bericht korrigiert werden sollte. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Nutzer ihren unausgesprochenen Auftrag darin sahen, mögliche Schwachstellen zu entdecken und deswegen sehr kritisch in ihrem Vorgehen waren.

Die Teilnahme der Nutzer in der Auswertungsphase ermöglichte dem QMB als Vertreter des QM-Systems Einblicke in das mögliche Frageverständnis und die Beantwortungen der Befragten zu erhalten. Diese Einblicke konnten möglichen Fehlinterpretationen entgegen wirken und die Sichtweisen der Fachkraft QMB erweitern. Die interaktiven Sequenzen in der AG und bei der Ergebnispräsentation mit den teilnehmenden Mitarbeitern, Nutzern und Angehörigen ermöglichten dem QMB, Rückfragen zu stellen und Einblicke in individuelle Einschätzungen und Praxiserfahrungen zu erhalten.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass im gesamten Prozess der partizipativen Nutzerbefragung der QMB als Repräsentant des Qualitätsmanagementsystems eine Fülle von Informationen über die Zufriedenheit der Nutzer mit der Institution erhielt. Die Inhalte können folgenden Kategorien zugeordnet werden:

- Rückmeldungen aus der Praxis,
- Vergleiche mit der erlebten Praxis anderer Institutionen,
- Vergleiche der Einrichtungen der Institution untereinander,
- Rückmeldungen über die öffentliche Darstellung der Institution,
- Veränderungswünsche und konzeptionelle Anregungen zur Weiterentwicklung der Institution,
- persönliche Betroffenheiten.

Diese Informationen können nach ihrer Form unterschieden werden. Die "direkten Informationen" konnten durch die Themenwahl der Gruppe bei der Erstellung des Fragebogens, durch die Daten der ausgefüllten Fragebögen, durch den Abschlussbericht, durch die Rückmeldungen des Plenums in der Präsentation oder direkte Aussagen der Nutzer gewonnen werden. Die "erweiterten Informationen" wurden durch abschweifende Inhalte im Gruppengespräch oder als vertiefende Informationen mit vertraulich gekennzeichneten Inhalten, so genannte „Nähkästchenplaudereien“, oder in Pausengesprächen an den QMB herangetragen. "Indirekte Informationen" konnten aus dem Verhalten und den Interessen der Gruppenteilnehmer erschlossen werden, zum Beispiel der Wunsch nach Doppelung von Fragethemen oder das Engagement der Gruppenmitglieder. Diese könnten vom QMB als Hinweise auf Interesse, Bedarf und Bedürfnisse gewertet werden.

Die Varianz der Informationen kann nach ihrer Form, den Datentypen und den Datenlieferanten geordnet und in einer Tabelle übersichtlich dargestellt werden. Dabei werden die Vielfältigkeit der Datentypen und der hohe Anteil der Arbeitsgruppe als Datenlieferant deutlich.

Form	Datentypen	Datenlieferanten
Direkte Information	1) Themenwahl der Fragen 2) Gruppengespräche zum Thema 3) Interpretation der Daten 4) schriftlicher Bericht der Arbeitsgruppe 5) Formulierung des Abschlussberichts 6) Daten aus dem Fragebogen 7) Rückmeldung in der Präsentation	1-5) Arbeitsgruppe 6) Nutzer, die den Fragebogen ausgefüllt haben 7) Teilnehmer an der Präsentation
Erweiterte Information	1) Themenangrenzende Gruppengespräche 2) „Nähkästchengeplauder“ 3) Pauseninformationen	1-3) Arbeitsgruppe
Indirekte Information	1) Aktivitätsgrad der Teilnehmer in der AG 2) Dopplung von Fragethemen 3) Aktivitätsgrad der Teilnehmer in der Präsentation	1-2) Arbeitsgruppe 3) Teilnehmer an der Präsentation

Abb. 4: Darstellung der gewonnenen Datentypen in der durchgeführten Studie.

Es kann vermutet werden, dass auf der Grundlage dieser breiten Basis von verschiedenartigen Informationen der in der Gruppenarbeit anwesende QMB als Repräsentant und Vertreter des Qualitätsmanagementsystems differenzierte Auskünfte darüber erhält, wie die tägliche Praxis in der Institution von den Nutzern wahrgenommen wird, welcher Bedarf und welche Änderungswünsche bestehen und wo eine erneute Überprüfung notwendig ist. Die Vielfältigkeit der Datenquellen und die breite Basis der Informationen lassen vermu-

ten, dass sie zu einer Steigerung der Validität der Gruppenarbeitsergebnisse führen könnten.

Die Teilnahme an der Arbeitsgruppe, dem Fragebogen und der Präsentation zeichnete sich durch eine hohe Selektion aus. So kann vermutet werden, dass auch die erhaltenen Informationen und Rückmeldungen als selektiv angesehen werden müssen. Es kann jedoch angenommen werden, dass Teilnehmer der AG und Präsentation als Multiplikatoren für Rückmeldungen und Erfahrungen fungieren und somit als Mittler zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern agieren konnten. Es kann somit vermutet werden, dass das QM-System einerseits nur eine selektive Rückmeldung über die Zufriedenheit der Nutzer erhalten hat. Dieser selektiven Einsicht wurde jedoch durch die mögliche Multiplikatorenfunktion der Teilnehmer ein Radius ermöglicht, der über die direkte Betroffenheit der Anwesenden weit hinausging.

Zur Durchführung der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung muss das Qualitätsmanagement der Institution aufgrund der partizipativen Arbeit mit den Nutzern einen Anteil ihrer Arbeit in die Förderung der Gruppenarbeit und den Aufbau der Ressourcen der Gruppe investieren. Die Zielgruppe benötigt Verbindlichkeit, konnte Verbindlichkeit aber selber nur bedingt gewähren, weswegen mit Unsicherheiten gearbeitet werden musste. Auch der Umgang mit dem selbstständigen Arbeiten musste flexibel gehandhabt werden, da die Aufgaben nicht immer in der gedachten Form erledigt wurden. Bei einer Bewertung dieser Verhaltensweisen muss neben der Freiwilligkeit auch der psychiatrische Hintergrund der Gruppenmitglieder mitbedacht werden. Ein verlässlicher Umgang mit Belastungen oder eine Entlastung der eigenen Lebenssituation zur gesunden Bewältigung von Lebensanforderungen können, wie auch das Erlangen von Verbindlichkeiten, therapeutische Inhalte in der Betreuungsarbeit sein. Eine Reduktion der Belastung durch Absage oder Nicht-Erledigen einer Aufgabe muss unter Umständen als therapeutischer Erfolg in der Betreuung gewertet werden.

Durch die Präsentation, den schriftlichen Bericht der Gruppe, die Multiplikatorenfunktion der Teilnehmer und die Auftragsübernahme des QMBs erfolgte die Implementierung der Befragungsergebnisse in der Institution. Aufgrund der Ergebnisse der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung wurden vom Qualitätsmanagementsystem Verbesserungsprojekte eingeleitet. Aus der partizipativen Nutzerbefragung 2003/2004 waren eine trialogische AG und ein Wohnprojekt für Menschen in Krisen entstanden. Aus der Untersuchung 2005/2006 wurden ein Interesse an der Förderung der bezirklichen Vernetzung der Institution, ein Fortbildungsbedarf für die Mitarbeiter und die Einrichtung eines trialogischen Beirats abgeleitet.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Basierend auf der diesem Text zugrunde liegenden Forschungsarbeit können folgende Ergebnisse abschließend zusammengefasst und anschließend diskutiert werden:

1. Teilbereich – Analyseschwerpunkt „Falldarstellung“:

In welcher Form erfolgt die partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung, unter welchen Rahmenbedingungen und wie ist die Durchführung?

Die partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung wurde nach den Richtlinien der Aktionsforschung und des Trialogs angelegt. Die Rahmenbedingungen wurden durch die Institution gestaltet. Die Institution stellte Ressourcen zur Verfügung, wie z.B. Räumlichkeiten, Bewirtung, Fahrgeldunterstützung. Zur Durchführung bedurfte es der unterstützenden Funktion eines Mitarbeiters mit wissenschaftlichen und fachspezifischen Kenntnissen, der auch Moderatorenaufgaben übernahm. Die Funktion des unterstützenden Mitarbeiters übernahm hier der QMB, die Einbindung in das QM-System wurde dadurch gesichert. Der trialogische Rahmen konnte nicht ausreichend umgesetzt werden: Angehörige waren in

der Gruppe nicht vertreten, Mitarbeiter unterrepräsentiert. Für die Durchführung der gesamten Arbeit und der einzelnen Arbeitseinheiten konnte eine aufeinander aufbauende Verlaufsstruktur erkannt werden. Die Förderung von Informationsfluss, kritikförderlicher Kultur und Partizipation durch Reduktion von Selektion haben sich als zentrale Schlüsseleigenschaften für die Durchführung gezeigt.

2. Teilbereich – Analyseschwerpunkt „Nutzer“:

Inwiefern ermöglicht die partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung dem Teilnehmer, sich in der Mitgestaltung des Versorgungssystems zu engagieren?

Im Rahmen der Durchführung der Befragung war es dem jeweiligen Nutzer, der an der Gruppenarbeit teilnahm, möglich, persönliche Rückmeldungen an den QMB und damit an die Institution zu geben. Im Sinne des Empowerments wurde im Prozess der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung die Mitgestaltung der Nutzer auch über diesen Rahmen hinaus gefördert. Veränderungen und Verbesserungsprojekte sind durch die Nutzer angeregt und ihre Umsetzung angestrebt worden. Auch die Teilnehmer der Befragung und die Ergebnispräsentation konnten Rückmeldungen geben. Darüber hinaus steht zu vermuten, dass die Gruppenteilnehmer in der Institution als Multiplikatoren auf die nicht teilnehmenden Nutzer wirkten. In der Folge könnte vermutet werden, dass die in der Gruppe gelebte Kultur der Kritik sich durch diese Multiplikatoren in der Einrichtung möglicherweise fortsetzte. Dies konnte aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit jedoch nicht ausreichend untersucht werden.

Lassen sich Auswirkungen auf die an der Gruppe teilnehmenden Nutzer beobachten und wenn ja, welche?

Auf die an der Gruppe teilnehmenden Nutzer ließen sich verschiedene Auswirkungen, die in einem möglichen Zusammenhang mit der Gruppenarbeit standen, beobachten. So wurde eine Stärkung der Persönlichkeit im Sinne des Empowerments, eine Identifizierung mit der geleisteten Tätigkeit für die Befragung, ein Gefühl von Stolz, ein Erwerb und Erhalt von Fähigkeiten und eine Erweiterung des Kontaktfeldes wahrgenommen. Eine Förderung der Identifikation mit der Institution konnte vermutet werden. Diese beobachteten Auswirkungen wurden von den Gruppenteilnehmern in einem Rückmeldebogen bestätigt.

3. Teilbereich – Analyseschwerpunkt „Qualitätsmanagement“:

Welche Auswirkungen hat die partizipative Arbeit auf die Durchführung der Nutzerzufriedenheitsbefragung?

In der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung kam es durch die Teilnehmer der AG zu einer Schwerpunktsetzung nach ihren Interessen. Dies erfolgte im Fragebogen, in der Auswertung, der Präsentation der Ergebnisse und der Berichterstellung. Durch die Schwerpunktsetzung kam es zu einer Hinwendung zu der von den Nutzern erlebten, individuellen Betreuungspraxis der Institution. Es kam zu einer Reduktion wissenschaftlicher Forschungskriterien, vermutlich aufgrund der Mitarbeit von wissenschaftlichen Laien. Interpretationen der Daten wurden durch die Gruppe vorgenommen. Ein Verständnis zwischen Antwortinterpretationen des QMB und den Nutzern, die die Fragen auch selber beantwortet hatten, konnte durch den Diskurs gefördert werden. Aus der Sicht der Gruppe kam es zu Verzerrungen und fehlender Validität und Objektivität. Aus der Sicht der Mitarbeiter kam es zu „Unmut“ über die aus ihrer Sicht fehlerhaften Auswertungsergebnisse. Ein Zusammenhang zur reduzierten Einbindung dieser Personengruppe in die AG wurde vermutet. Weiterhin kam es zu einem vielfältigen Austausch an Informationen, Einschätzungen und Wünschen zwischen Institution und Nutzern. Eine verstärkte Zugänglichkeit der Institution für ihre Nutzer und damit eine verstärkte Kundennähe im Sinne der praktischen Umset-

zung der Leitlinien und der Ausrichtung eines Qualitätsmanagementsystems wurde durch die partizipative Nutzerzufriedenheitsbefragung ermöglicht.

Welche Art der Information über die Nutzerzufriedenheit erhält das Qualitätsmanagementsystem der Versorgungseinrichtung?

Es sind zwei Berichte mit der Auswertung und Interpretation der Daten entstanden. Ein Bericht ist durch die AG entstanden. Dieser wies aus der Sicht der AG inhaltliche, strukturelle und wissenschaftliche Schwächen auf. Ein zweiter Bericht wurde ergänzend von einem Mitarbeiter erstellt. Es kann angenommen werden, dass die Mitarbeiter ihre Sichtweise im ersten Bericht nicht ausreichend repräsentiert sahen. Der Qualitätsmanagementbeauftragte, als Repräsentant des Qualitätsmanagementsystems, erhielt als Teilnehmer der Gruppe vielfältige und verschiedenartige Informationen über die Zufriedenheit der Nutzer, ihre Wünsche, Anregungen und die von ihnen wahrgenommene Betreuungspraxis. Diese Information erhielt er im Rahmen der Gruppenarbeit, Befragung, Präsentation und Berichte. Dabei war die Sichtweise der Mitarbeiter und Angehörigen aufgrund des reduzierten Dialogs nicht ausreichend repräsentiert. Auf der Grundlage der Diskussionen und Daten konnte das Qualitätsmanagementsystem konkrete Verbesserungsprojekte ableiten.

Abb. 5: Beantwortung der Forschungsfragen für die durchgeführte Studie.

Trotz bewusster Bemühungen um Senkung der Zugangsschwellen zeigte sich für die Gruppe der Nutzer sowohl für die Gruppenteilnahme als auch für die Beantwortung des Fragebogens eine hohe Selektion. Dies lag vermutlich vornehmlich in der Hochschwelligkeit beider Vorgehen begründet. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Nutzern der Institution um eine Gruppe von Menschen mit heterogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten handelt. Einige Nutzer konnten an der Gruppe teilnehmen und auch den Fragebogen beantworten. Andere Nutzer waren beim Ausfüllen des Fragebogens auf die Hilfe der Mitarbeiter angewiesen. Ein unabhängiges Beantworten war ihnen nicht möglich; für diesen Personenkreis wird in der Literatur von einem Einsatz eines schriftlichen Befragungsinstruments abgeraten (Atteslander 2003: 175). Durch den alleinigen Einsatz eines Fragebogens zum Selbstausfüllen konnte die Zufriedenheit aller Nutzer somit nur limitiert ermittelt werden.

Um ein repräsentatives Bild über die Zufriedenheit dieser heterogenen Nutzergruppe zu erhalten, müsste die Arbeitsgruppe neben dem Fragebogen noch weitere Methoden zur Erhebung der Zufriedenheit ergänzend entwickeln und nutzen.

Für eine wiederholte Durchführung der Methode sollte die Institution auch die Selektionsfaktoren zur Gruppenteilnahme, zum Beispiel im Sinne eines Peer-Review-Verfahrens, analysieren und die Einbindung aller drei Personengruppen – Nutzer, Angehörige und Mitarbeiter – fördern. Eine arbeitsfähige dialogisch zusammengesetzte Gruppengröße sollte angestrebt werden. Auch sollte der Ansatz der Aktionsforschung mit „relativem Wahrheitskriterium“ (Kromrey 2002: 532) ausreichend in der Institution kommuniziert werden. Die dialogische, soziale Wahrheit aus dem Diskurs des Aktionsforschungsprozesses (Kromrey 2002: 532ff.) erschien möglicherweise ungewohnt. Für eine erneute Durchführung der Methode müsste der Ansatz der Aktionsforschung in der Institution ausreichend und rechtzeitig kommuniziert werden, um eine Umsetzung und Akzeptanz der Methode zu ermöglichen.

Zu einer möglichen Frage nach der Qualität der Antworten aufgrund von eventuellen akuten psychiatrischen Erkrankungen der Nutzer weisen wissenschaftliche Untersuchungen zu Zufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie nach, dass eine Plausibilität der Antworten auch in der akuten Erkrankungsphase vorliegt. Aufgrund der Beteiligung der Institution an der regionalen Pflichtversorgung kann von einer regulären Nutzerstruktur für diese Institution ausgegangen werden. Diese reguläre Nutzerstruktur ähnelt in ihrer Zusammensetzung vermutlich der Zusammensetzung in der regulären stationären Versor-

gung. Eine Übertragbarkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse zur Plausibilität auf die untersuchte Institution steht somit zu vermuten.

Im Rahmen der partizipativen Nutzerbefragung konnte der Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten der teilnehmenden Nutzer beobachtet und von den Nutzern bestätigt werden. Der Ausbau von Fähigkeiten konnte für die Nutzer außerhalb eines rein therapeutischen Settings, aber dennoch in einem geschützten Rahmen, erfolgen. Diese Förderung entspricht einem Aufbau von Kapazitäten im Sinne der Aktionsforschung. Sie stellte damit eine praktische Umsetzung des Empowerments dar.

Die untersuchte Gruppe zeigte ein starkes Bedürfnis nach Sicherung der Anonymität der Befragten und ein großes Interesse an dem Themenschwerpunkt „Meinungsverschiedenheiten“ zwischen Mitarbeitern und Nutzern. Es konnte angenommen werden, dass die Gruppe damit auf eine gefühlte Abhängigkeit zwischen Anbietern und Nutzern reagierte. Es konnte aber auch vermutet werden, dass die Gruppe mit dieser inhaltlichen Schwerpunktsetzung auf die bedeutende Rolle der Beziehungsvariablen zwischen Nutzern und Professionellen in der Psychiatrie reagierte. Diese bedeutende Rolle der Beziehungsvariablen würde die Ergebnisse anderer Patientenzufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie widerspiegeln. Auch das aus der Theorie bekannte Spannungsverhältnis der Zufriedenheit zwischen Bedürfnissen und deren Erfüllung im therapeutischen Setting wurde von den Nutzern selber benannt. Es zeigte sich somit, dass zentrale, aus der Theorie bekannte Themenschwerpunkte der Nutzerzufriedenheitsbefragungen in der Psychiatrie von der Gruppe in ihrer praktischen Auseinandersetzung selber gefunden wurden. Dies könnte als ein Hinweis dafür gewertet werden, dass es im Rahmen der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung zu einer intensiven Auseinandersetzung der Teilnehmer mit der Thematik kommen konnte. In Folge dieser ernsthaften Auseinandersetzung wäre damit auch die mögliche Wertung der Rückmeldungen durch diese Gruppe als besonders aussagekräftig zu vermuten, da im Umkehrschluss auch hier von einer ernsthaften Auseinandersetzung ausgegangen werden könnte.

Für reguläre Zufriedenheitsbefragungen wird kritisch auf die Selektivität durch ihre als relevant präjudizierten Dimensionen hingewiesen. In der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung wurde die Schwerpunktsetzung durch einen institutionsspezifischen Diskurs vorgenommen. Die vermutete intensive Auseinandersetzung der Teilnehmer könnte als Sicherung der inhaltlichen Qualität der selbstgewählten Schwerpunkte gewertet werden. Es kann somit vermutet werden, dass das Wesen der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung dieser kritisch beurteilten Selektivität regulärer Patientenzufriedenheitsbefragungen konstruktiv begegnet.

Weiterhin konnte beobachtet werden, dass die Durchführung des partizipativen Untersuchungsvorgehens einerseits nach Ansicht der Gruppe und Mitarbeiter zu Verzerrungen und fehlerhaften Ergebnissen führte. Andererseits konnten durch den Diskurs auch Fehlinterpretationen der Mitarbeiter mit wissenschaftlichem Hintergrund vermieden werden, dadurch dass die Laien ihr abweichendes Verständnis der Fragen und Ergebnisse transparent machten. Es kann somit angenommen werden, dass die Partizipation von wissenschaftlichen Laien bei der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung förderliche und hinderliche Auswirkungen auf die Qualität der Daten hat. Eine Gewichtung dieser Auswirkungen konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden. Die gewonnenen Daten können somit im Sinne der Aktionsforschung als Grundlage für den Diskurs mit einem „relativen“ Wahrheitskriterium, dargestellt durch den Konsens gewertet werden. Für eine Bewertung der Ergebnisse und der Schlussfolgerungen für Verbesserungsprojekte muss das Qualitätsmanagement diesen relativen Umgang mit den Daten und wissenschaftlichen Standards und die daraus resultierenden Verzerrungen mit bedenken. Dabei wird der partizipative Ansatz generell als Möglichkeit zur Qualitätssicherung verschiedener Qualitätsmanagementmodelle angesehen.

Die durch die Befragung gewonnenen Daten in der vorliegenden Form wären vermutlich aufgrund ihres „relativen Wahrheitskriteriums“ für Benchmarking und Metaanalyse ungeeignet. Für ein Benchmarking wäre eine Modifikation im Vorgehen denkbar. Zum Beispiel könnten für die Fragebogengenerstellung Kriterien vorab festgelegt werden. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass eine Festlegung der Randkriterien den Diskurs des Aktionsforschungsansatzes in den Hintergrund drängen könnte. Dies könnte auch Änderungen in den Ergebnissen insbesondere auf der Prozessebene nach sich ziehen. Es steht zu vermuten, dass der Aktivitätsgrad der AG-Teilnehmer bei der Erstellung des Fragebogens und möglicherweise auch in der weiteren Mitarbeit sinken könnte. Die eigene Tätigkeit könnte von den AG-Teilnehmern bei intensiven externen Vorgaben als „Zuarbeit“ gewertet werden, da die eigene Kreativität und Auseinandersetzung in den Hintergrund gedrängt werden könnte. Die Teilnahme könnte an intrinsischer Wertschätzung verlieren und in der Folge könnte das Interesse an der Teilnahme sinken. Einer solchen möglichen Entwicklung müsste auf der Prozessebene rechtzeitig begegnet werden, um den dialogischen Diskurs weiterhin zu ermöglichen.

Die Arbeitsgruppe thematisierte mögliche Fehler bei ihrer Auswertung. Eine fehlerhafte Auswertung ist jedoch vermutlich der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse und dem Diskurs nicht zuträglich. Durch eine Änderung des Auswertungsvorgehens bei einer erneuten Durchführung könnte die Institution vorbeugend intervenieren. Stärker strukturierende und kleinschrittigere Vorgaben, die sich auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der teilnehmenden Laien einstellen, könnten zu einer Erhöhung der Datenqualität führen. Auch der Einsatz eines Computerprogramms zur Vermeidung von handschriftlichen Übertragungsfehlern und zur Durchführung von Berechnungen wäre eine mögliche Arbeitsentlastung. Dabei müsste jedoch die Zusicherung der Anonymität trotz des Einsatzes von EDV-Technik ausreichend kommuniziert werden, um Vorbehalte abzubauen und eine hohe Responserate zu sichern. Weiterhin müsste darauf geachtet werden, dass die gemeinsame Auswertung trotz Einsatz von EDV-Technik niedrigschwellig zugänglich bleibt, indem nur einfache Operationen durchgeführt und erklärt werden.

In einer Institution mit einer vermutlich hohen gefühlten Abhängigkeit der Nutzer kann angenommen werden, dass ein Engagement der Institution für die Verbesserung der Kommunikation und des Umganges zwischen den Beteiligten von zentraler Bedeutung für die Zufriedenheit sein kann. Eine direkte, offene Kommunikation könnte eine zeitnahe Benennung von Unzufriedenheiten ermöglichen. Eine umgehende Suche nach Lösungen unter den Betroffenen würde dadurch gefördert werden. Dies könnte in der Folge die Zufriedenheit der Nutzer und in der Wechselwirkung auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter fördern.

Durch den partizipativen Aktionsforschungsansatz dieser Methode kommt es zu einer Verschiebung von der Gewinnung quantitativer Kennzahlen nach wissenschaftlichen Standards für das Qualitätsmanagement hin zu einer verstärkten Prozessorientierung und Förderung der Kommunikation zwischen den Beteiligten. Es kann vermutet werden, dass diese Prozessorientierung die Auseinandersetzung zwischen Nutzern, Angehörigen und Mitarbeitern fördert und damit längerfristig die Zufriedenheit der Nutzer mit dem Angebot kontinuierlich verbessern könnte.

Kritische Rückmeldungen im Fragebogen könnten in diesem Zusammenhang auch als positive Indikatoren gewertet werden. Sie könnten ein Hinweis darauf sein, dass die Nutzer angstfrei negative Kritik äußern konnten. Der Kritiker symbolisiert in der Regel sein Interesse und seinen Wunsch an einer weiteren Zusammenarbeit, wenn die negative Kritik nicht als letzte Rückmeldung vor einem geplanten Kontaktabbruch beurteilt werden muss.

Eine längerfristige Förderung der Prozess- und Kommunikationsorientierung ist auch durch die Multiplikatorenfunktion der Teilnehmer zu vermuten. Es konnte beobachtet werden, dass die Teilnehmer ihre Erfahrungen in der Gruppe in ihr Umfeld hineintrugen.

Die positive Rückmeldung der Nutzer über ihr Gruppenerleben lassen auch eine positive Betrachtung der Institution durch diese Teilnehmer vermuten. In der Folge lässt sich annehmen, dass sie diese positive Betrachtung und die in der Gruppe erlebte Form der Auseinandersetzung auch in ihr Umfeld rückmelden. Diese Rückmeldungen könnten möglicherweise längerfristig auch die Zufriedenheit der Personen mit ihrem Umfeld beeinflussen.

Weiterhin kann vermutet werden, dass die Prozessorientierung längerfristig auch die Validität der Daten verbessert. Valide Daten setzen eine Ehrlichkeit bei der Beantwortung voraus. Diese Ehrlichkeit benötigt aber unter anderem, dass der Antwortende für die Beantwortung keine negativen Konsequenzen fürchten muss. Neben der Zusicherung von Anonymität, der vermutlich in der Regel mit Skepsis begegnet wird, kann dies auch durch eine angemessene Kontaktgestaltung ermöglicht werden, denn zufriedene Nutzer sind eben nur dann wirklich zufrieden, wenn sie ihre mögliche Unzufriedenheit auch äußern können.

Weiterhin könnte eine Prozess- und Diskursorientierung auch kontinuierliche Rückmeldungen zur Zufriedenheit außerhalb einer Befragung fördern und eine kontinuierliche Verbesserung ermöglichen. Somit könnte angenommen werden, dass die Prozessorientierung und Kommunikationsförderung der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung zur längerfristigen Förderung der Zufriedenheit der Nutzer und zur Transparenz über diese Zufriedenheit beitragen könnte. In der Wechselwirkung ist eine Förderung der Zufriedenheit der Mitarbeiter und Angehörigen zu vermuten.

In der Folge der Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung kann angenommen werden, dass die Institution die kritischen Äußerungen ernst nehmen und darauf reagieren sollte. Es ist zu vermuten, dass eine Implementierung der Ergebnisse und ein Nachgehen der aufgeworfenen Fragen und Anregungen der Nutzerbefragung zwingend notwendig sind. Dabei ist eine Transparenz gegenüber den Nutzern über die entstandenen Verbesserungsprojekte zu empfehlen, da diese Transparenz wahrscheinlich die Wertschätzung und Ernsthaftigkeit einer solchen Befragung und damit das Engagement der Teilnehmer und die Realisierung der Methode zukünftig fördert.

Die Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung legt entsprechend dem Aktionsforschungsansatz als Forschungsstrategie ihre Schwerpunkte auf den Diskurs und die Subjekt-Subjekt-Kontaktgestaltung. Der Aktionsforschungsansatz erfüllt somit eine wesentliche Zielstellung des Trialogs. Der Einsatz der Methode entspricht durch die Förderung des Trialogs der praktischen Umsetzung der Institutionsleitlinien, da diese die Förderung des Trialogs beinhalten. Auch eine Förderung von Kundennähe könnte durch den Diskurs im Trialog und im Aktionsforschungsansatz der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung vermutet werden. Eine Umsetzung der Leitlinien und Förderung der Kundennähe entspräche der Erfüllung von Zielstellungen von Qualitätsmanagementsystemen und einer Förderung von Demokratisierung in der psychiatrischen Versorgung.

Da es sich bei der untersuchten Institution um eine Einrichtung handelt, die maßgeblich an der komplementären, psychiatrischen Versorgung mehrerer Berliner Bezirke mitbeteiligt ist und den gängigen Gesetzmäßigkeiten, Forderungen der Kostenträger und dem Pflichtversorgungsauftrag unterliegt, kann vermutet werden, dass ihre Versorgungs- und Nutzerstruktur exemplarisch für die Berliner Versorgungslandschaft stehen könnte. Eine Übertragbarkeit der partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung auf eine Einrichtung mit ähnlichen strukturellen und inhaltlichen Bedingungen und ähnlichen Nutzerstrukturen im Fachbereich der Psychiatrie kann vermutet werden.

Der Einsatz eines Aktionsforschungsansatzes zur Umsetzung einer trialogischen Befragung der Nutzerzufriedenheit in der komplementären Versorgung der Psychiatrie kann aufgrund der Ergebnisse der Forschungsfragen und der Diskussion empfohlen werden. Diese Empfehlung muss dabei in Abhängigkeit der inhaltlichen Ausrichtung der Institution

und der möglichen Änderungen im Sinne der Empfehlungen (vgl. Kapitel 4) verstanden werden.

4 Zusammenfassende Empfehlungen zur Durchführung

Auf Grundlage der Ergebnisse wurden folgende Empfehlungen für eine mögliche Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung in der Psychiatrie zusammengestellt. Dabei handelt es sich um eine chronologische Reihenfolge im Vorgehen, deren Darstellung und Zusammenfassung somit eine möglichst gelungene Durchführung unterstützen soll.

Empfehlungen zur Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung in der Reihenfolge eines chronologischen Ablaufes einer möglichen Durchführung:

- Die Auftragserteilung zur Durchführung sollte durch die Leitungsebene der Institution erfolgen.
- Die Methodik sollte in ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem eingebunden sein.
- Eine kritikförderliche Kultur in der Institution mit Prozess- und Kommunikationsorientierung zwischen Mitarbeitern und Nutzern, aber auch über Hierarchieebenen innerhalb der Institution hinweg sollte angestrebt oder gepflegt werden.
- Der Ansatz der Aktionsforschung sollte in der Institution rechtzeitig und ausreichend kommuniziert werden, um eine Umsetzung und Akzeptanz der Methode zu ermöglichen.
- Eine arbeitsfähige, dialogische Gruppe sollte durch Förderung von Partizipation und Senkung von Selektionsfaktoren für alle drei Herkunftsgruppen gebildet werden.
- Die Gruppe sollte durch eine Fachkraft mit Kenntnissen zur Moderation, Gruppenleitung, wissenschaftlichem Arbeiten, Institution und Zielgruppe unterstützt werden.
- Ein grober Zeitverlauf mit ausreichend Flexibilität und Raum für die Eigengestaltung der Gruppe, Pausen und Ausweichzeiten sollte vorab geplant werden.
- Gruppenexterne Ankertermine wie z.B. der Ergebnis-Präsentationstermin sollten zur Unterstützung der zeitlichen Begrenzung der Arbeit verabredet werden.
- Die Kontaktgestaltung in der Gruppe sollte im Sinne des Dialogs, der Aktionsforschung und einer kritikförderlichen Kultur erfolgen.
- Die Verbindlichkeit innerhalb der Gruppe und das Herstellen einer Gruppenidentität sollte kontinuierlich gefördert werden, z.B. durch Protokollführung, Maskottchen etc.
- Die Gruppenarbeit sollte durch die Institution anerkannt und gewertschätzt werden und die Wertschätzung transportiert werden, z.B. durch Haltung der Gruppenleitung, Bewirtung etc.
- Die Teilnehmer sollten für die Übernahme angemessener Aufgaben Auswahlmöglichkeiten erhalten, damit sie ihre Interessen und Ressourcen berücksichtigen können.
- Ergänzende Aufgaben sollten durch gruppenexternes Fachpersonal angefertigt werden, um die Gruppe zu entlasten, z.B. Eingabe von Fragebögen in die EDV.

- Die Einhaltung wissenschaftlicher Standards sollte durch die Fachkraft im Diskurs gefördert werden, z.B. die Durchführung eines Pretests.
- Die Anonymität für die Befragung insbesondere in Verbindung mit einer EDV-gestützten Auswertung sollte in der Gruppe und im Anschreiben des Fragebogens thematisiert werden.
- Eine hohe Informationsdichte über die Zufriedenheit der Befragten sollte erlangt werden. Niedrigschwellige, dialogische Instrumente wie z.B. „Gruppengespräche im Wohnbereich mit Ergebnisprotokoll“ oder „Befragung der Mitarbeiter über eine vermutete Zufriedenheit von Nutzern“ könnten das Instrument „schriftliche Befragung mittels Fragebogens“ ergänzen.
- Ein Auswertungsvorgehen in strukturierenden Schritten sollte durch eine Fachkraft unterstützend begleitet werden.
- Die Auswertung sollte mit dem Einsatz von EDV unterstützt werden. Dabei sollten aber nur Operationen vorgenommen werden, die eine Mitarbeit wissenschaftlicher Laien auf „gleicher Augenhöhe“ im Sinne der Aktionsforschung und des Dialogs weiterhin ermöglichen.
- Die Form der Ergebnispräsentation und Berichterstellung sollte in der Gruppe gemeinsam erarbeitet und durch sie vorgetragen werden.
- Die Gruppenarbeit sollte mit einem wertschätzenden Abschiedstreffen beendet werden.
- Eine Ableitung von Verbesserungsprojekten sollte regulär vorgenommen und den Teilnehmern rückgemeldet werden, um die Zweckmäßigkeit der Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung transparent zu halten.
- Für die Ableitung von Verbesserungsprojekten durch das QM-System sollte eine adäquate Bewertung der Ergebnisse mit „relativem Wahrheitskriterium“ vorgenommen werden.
- Eine Auswertung zur Durchführung der Methode, z.B. durch Feedbackrunden in der Arbeitsgruppe sollte zur Erfassung der institutionsbezogenen Gegebenheiten und zur Ableitung von notwendigen Änderungen im wiederholten Vorgehen durchgeführt werden.
- Ein mehrmaliges Durchführen der Methode, um eine schrittweise Implementierung und einen Ausbau von Kapazitäten im Sinne der Aktionsforschung zu ermöglichen, ist zu empfehlen.

Abb. 6: Empfehlungen zur Durchführung einer partizipativen Nutzerzufriedenheitsbefragung auf der Grundlage der Studie.

Benchmarking: Mit dem Ziel, die Besten zu ermitteln und Vorbilder zu erzeugen, werden gewünschte Ergebnisse, z.B. von Dienstleistungsprozessen, im Wettbewerb verglichen. Durch die Transparenz werden Perspektiven erweitert und ein reales Bild der Möglichkeiten hergestellt. Benchmarking ist ein dauerhafter Vorgang zur Optimierung von Strukturen, Prozessen und auch Kundenzufriedenheit im Rahmen eines Qualitätsmanagements (Niehoff/Braun 2003: 37; Hummel/Malorny 2002: 102 ff.).

Empowerment: Mit diesem Schlüsselbegriff der Gesundheitsförderung wird die Zielsetzung benannt, Menschen zu befähigen, sich für eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebensbedingungen, Lebensweise und ihres Lebensstils einzusetzen (Niehoff/Braun 2003: 79; BZgA 2007: 348f.). Auch Qualitäts- und Evaluationsverfahren sollen dabei genutzt werden, so dass der gesundheitliche Zustand sich durch individuelles und kollektives Handeln selbstständig verbessern kann (Wright 2004a: 301).

Grounded Theory: Gehört zu den qualitativ inhaltsanalytischen Techniken (Lamnek 2005: 622 und 513 ff.) und wurde von Glaser, Strauss und Corbin entwickelt (Glaser/Strauss 1998; Strauss/Corbin 1996; Strauss 1998). Das analytische Vorgehen bei der Grounded Theory ist ein zirkuläres Forschungsvorgehen (Flick 2005: 258). Ziel des "Theoretischen Kodierens" ist es, mit kodierenden und sequentiell vorgenommenen Interpretationen Theorien über einen Gegenstand zu entwickeln (Flick 2005: 214).

Kernkategorien: In der Analysearbeit nach der Grounded Theory wird im Prozess des selektiven Kodierens eine Kernkategorie ausgewählt (Strauss/Corbin 1996: 94). Die Auswahl wird durch den Einsatz verschiedener Techniken bestimmt. Sie muss "abstrakt genug [...sein], alles zu erfassen, was in der Geschichte beschrieben wird" (Strauss/Corbin 1996: 98).

Nutzer: Die Begrifflichkeit der Nutzer hat durch die Gesundheitsreform 2000 und die Gutachten des Sachverständigenrats Einzug in die wissenschaftliche Diskussion erhalten. Die Begrifflichkeit des Nutzers zeichnet sich durch Neutralität aus (Schaeffer 2004: 17ff.). Dabei kann als Nutzer je nach Interessenlage Patient, Versicherter, Bürger oder unter ökonomischen Aspekten Kunde oder Konsument untergruppiert werden (SVR 2000/2001: 40).

Partizipation: Partizipation kann als Mitwirkung und Mitentscheidung oder Teilnahme und Teilhabe verstanden werden (Stark 2004: 170; Wright 2004a: 300). Dazu gehören die Benennungen von Wünschen, Bedürfnissen und Kritiken wie auch die Beteiligung an Entscheidungen zur Umsetzung von Angeboten (BZgA 2007: 356f.). Prozesse und Daten, die im Rahmen von partizipativen Qualitätsentwicklungs- und Evaluationsmaßnahmen gewonnen werden, sind Eigentum der Beteiligten und müssen als solches von anderen Akteuren behandelt werden (Wright 2004a: 301).

Peer-Review-Verfahren: Hierbei handelt es sich um einen systematischen Begutachtungsprozess, der durch Steuerungsgruppen mit Mitgliedern aus vergleichbaren Settings durchgeführt wird. Nach definierten Kriterien soll in diesen Gremien die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahme geprüft und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden.

Somit sollen eine Beurteilung der Maßnahme auf der Metaebene und ein Eindringen externer Impulse in die Institution sichergestellt werden (Wright 2004a: 316ff.).

Komplementäre Dienste und Einrichtungen in der Psychiatrie: Sie ergänzen das ambulante, stationäre und teilstationäre Versorgungsangebot in der Psychiatrie nach dem Grundsatz der gemeinde- und möglichst familiennahen Versorgung durch ihr Angebot an Wohnheimen, Tagesstätten, Betreutem Einzelwohnen, Therapeutischen Wohngemeinschaften u.a. (Schlitt 1997: 569f.).

Pflichtversorgung, regional: Die regionale Versorgungspflicht in der Psychiatrie gewährleistet, dass Verantwortung und Koordination innerhalb des Versorgungsgebietes sichergestellt werden (Dörr 2005: 17).

Trialog: Oberbegriff für einen partnerschaftlichen Diskurs zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen (Wienberg 2002: 12), deren gemeinsames Thema Hintergrund, Entstehung, Umgang und Lebensgestaltung mit der Erkrankung ist (Rath 2002: 29). Er wird als Sinnbild für Partizipation und Mitbestimmung verstanden (Klafki 2006: 52). Zielsetzung ist die Entwicklung einer demokratischeren Psychiatrie (Bombusch et al. 2004: 11ff.). Von der historisch gewachsenen Objekt-Subjekt-Beziehung mit dem Professionellen als handelndes Subjekt und dem Betroffenen als Objekt der Intervention soll sich durch den Trialog eine gleichberechtigte Subjekt-Subjekt-Beziehung entwickeln (Wienberg 2002: 3). Derzeit wird nach einem "Multilog" gestrebt, in dem psychiatrisches Handeln als gesamtgesellschaftliche Verantwortung begriffen wird (Bombusch et al. 2004: 14).

Total Quality Management: Konzept zur Implementierung einer Managementmethode, die die Qualität in den Mittelpunkt ihrer internen Ausrichtung stellt und nach außen die strikte Orientierung auf die Bedürfnisse der Kunden fokussiert, um somit langfristige Geschäftserfolge zu erzielen (Niehoff/Braun 2003: 267; Hummel/Malorny 2002: 5f.). Branchenübergreifende Instrumente des Qualitätsmanagementsystems orientieren sich am Wesen des freien Marktes. Das Gesundheitswesen ist aber nur eingeschränkt den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft unterworfen (Wright/Block 2005a: 13). Aus diesem Grunde wäre eine lineare Übertragung der Instrumente aus den Wirtschaftswissenschaften auf den Gesundheitssektor kritisch zu betrachten (Riemann 2004: 104).

6 Literaturverzeichnis

- Arolt, V. (2003): Psychiatrische Erkrankungen. In: Schwartz et al. (Hg.): Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer, 605–613.
- Atteslander, P. (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Walter de Gruyter
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. WZB Discussion Paper P94-201. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Berghofer, G./Schmidl, F./Rudas, S. (2006): Das Wiener Patientenzufriedenheitsinventar: Entwicklung eines Messinstrumentes zur Patientenzufriedenheit für ambulante psychiatrische Einrichtungen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156/7–8, 189–199.
- Björas, G./Haglund, B.J.A./Rifkin, S.B. (1991): A New Approach to Community Participation Assessment. *Health Promotion International*, 6/3, 199–206.
- BzGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007) (Hg.): Gesundheitsförderung konkret. Band 5, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: BZgA.
- Böhm, A. (1997): Pilotstudie zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Eine Untersuchung an 200 depressiven und schizophrenen Patienten. Dissertation an der Technischen Universität München.
- Bombusch, J./Hansen, H./Blume, J. (2004): Die Reise zur dialogischen Psychiatrie. In: Bombusch, J. /Hansen, H./Blume, J. (Hg.): Dialog praktisch. Neumünster: Paranus Verlag, 11–18.
- Bortz, J./Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer Verlag
- Cheatham, A./Shen, E. (2003): Community Based Participatory Research with Cambodian Girls in Long Beach, California. In: Minkler, M./Wallerstein, N. (Hg.): Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco: Jossey-Bass, 316–331.
- Coulter, A. (2003): Die Rolle des Patienten in der Bewertung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern. In: Kranich, C./Vitt, K.D. (Hg.): Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 62–79.
- Dörner, K./Plog, U. (1996): Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1. Auflage der Neuausgabe.
- Dörr, M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Ernst Reinhardt Verlag, UTB Verlag.
- FaF, Für alle Fälle e.V. (2006): Evaluation und Praxisprojekt. Personenzentrierte Hilfe aus der Sicht der NutzerInnen: Januar 2006 bis Juni 2008. URL: www.faelle.org [Zugriff am 10.08.2006.]
- Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung, eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowolts Enzyklopädie.
- Gerlach, F. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Glaser, B.G./Strauss, A.L. (1998): Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gutknecht, H. (2005): Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten – Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiatrische Praxis* 2005/ 32, 342–348.

- Halkow, A. (2004): Mut zum Dialog! Partizipative Evaluationsstrategien und ihre Potenziale für die Gesundheitsförderung. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 177-196.
- Hart, E./Bond, M. (2001): Aktionsforschung – Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Hummel, T./Malorny, C. (2002): Total Quality Management. München: Carl Hanser Verlag.
- Judd, J./Frankish, J.C./Moulton, G. (2001): Setting Standards in the Evaluation of Community-based Health Promoting Programmes- A Unifying Approach. *Health Promotion International* 16/4, 367-380.
- KdEG (Kommission der Europäischen Gemeinschaften) (14.10.2005) (Hg.): Grünbuch: Die psychiatrische Gesundheit der Bevölkerung verbessern- Entwicklung und Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. URL: http://ec.europa.eu/energy/green-paper-energy/doc/2006_03_08_gp_document_de. [Zugriff am 15.09.2006]
- Klafki, H. (2006): Meine Stimmen- Quälgeister und Schutzengel: Texte einer engagierten StimmenhörerIn. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Kromrey, H. (2002): Empirische Sozialforschung. Opladen: UTB für Wissenschaft.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Modestin, J./Hanselmann, F.F./Rüesch, P./Grünwald, H./Meyer, P. (2003): Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 154 3/2003, 127-138.
- Müller, M.J./Schanz, B. (2002): Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Psychiatrische Pflege* 2002/ 8, 319-322.
- Nickel, S./Trojan, A. (2002): Qualitätssicherung in der stationären Versorgung: Zum Stellenwert der Patienten- und Mitarbeiterorientierung für Qualität und Innovation im Krankenhaus. In: Flick, U. (Hg.): Innovation durch New Public Health. Göttingen: Hogrefe, 224-242.
- Niehoff, J.-U./Braun, B. (2003): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Noak, R.H. (1999): Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma Rainer Bohn Verlag, 168-174.
- Offermann, C. (2002): Selbst- und Qualitätsmanagement für Pflegeberufe. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Paulus, P. (2004): Schulische Gesundheitsförderung. In: Franzkowiak, P./Kaba-Schönstein, L./Lehmann, M./Sabo, P./BzGA (Hg.): Blickpunkte Gesundheit: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Band 6. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 200-202.
- Pfaff, H.W. (1999): Organisationsdiagnose im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma Rainer Bohn Verlag, 135-139.
- Rath, I. (2002): Angehörige – Parias am Rande der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, Band 16, Nr.1/2/2002, 29-33.
- Rentrop, M. (1997): Pilotstudie zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Gegenüberstellung der Befragungsergebnisse aus vier Kliniken. Dissertation der Technischen Universität München, München.
- Rentrop, M./Böhm, A./Kissling, W. (1999): Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung – Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur, Fortschritt Neurologie. *Psychiatrie* 67, 456-465.

- Riemann, K. (2004): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: BzGA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 193-198.
- Rosenbrock, R. (2004): Herausforderung und Chancen für die Gesundheitsförderung. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 59-73.
- Rosner, S./Schlawin, H. (1997): Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charité und dem Krankenhaus Eisleben. Dissertation an der medizinischen Fakultät der Humboldt Universität zu Berlin.
- Russo, J./Scheibe, F./Lorenz, A.K. (2007): Aus eigener Sicht. Kurzfassung des Berichtes der ersten Phase, herausgegeben von: FaF, Für alle Fälle e.V. (Hg.), URL: www.faelle.org [Zugriff am 24.02.2007]
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schlitt, U. (1997): Komplementäre Dienste und Einrichtungen für psychisch Kranke/seelisch Behinderte. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Berlin: Kohlhammer, 569-570.
- Schröder, A./Ahlström, G./Larson, B.W. (2006): Patients' Perceptions of the Concept of the Quality of Care in the Psychiatric Setting: A Phenomenographic Study. *Journal of clinical nursing*, 2006, 93-102.
- Schulz, A.J./Israel B.A./Parker, E.A./Lockett, M./Hill, Y.R./Wills, R. (2003): Engaging Women in Community Based Participatory Research for Health. In: Minkler, M./Wallerstein, N. (Hg.): Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco: Jossey-Bass, 293-315.
- Schwartz, F.W./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (2003): Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer.
- Slocum, N. (2003): Participatory Methods Toolkit: A Practitioner's Manual, United Nations University – Comparative Regional Integration Studies. URL: <http://www.development-gateway.org>, www.unu.edu/hq/library/collection/PDF_files/Cris/PMT.pdf [Zugriff am 07.09.2006]
- Spießl, H./Spießl, A./Cording, C. (1999): Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis* 26, 3-8.
- Stark, W. (2004): Partizipation – Mitwirkung und Mitentscheidung der BürgerInnen. In: BzGA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 170-172.
- Strauss, A.L./Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Strauss, A.L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der soziologischen Forschung. München: Fink Verlag, UTB für Wissenschaft
- SVR (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Kurzfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseit.htm> [Zugriff am 23.10.2006]
- Twellenkamp, G. (2003): Nutzerkontrolle durch Angehörige. In: Vieten, B./Güntert, B. (Hg.): Qualitätsmanagement im psychiatrischen Arbeitsalltag- vom Unterschied zwischen Etikett und Inhalt. Regensburg: S. Roderer Verlag, 108-111.
- Uebele, G. (2006): Wehrt euch – beschwert euch: Das Projekt Förderstelle unabhängiger Beschwerdemöglichkeiten stellt sich vor. *Soziale Psychiatrie*, 2006/1, 50-51.

- Unger, H. von/ Block, M./Wright, M.T. (2007): Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum – Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. WZB Discussion Paper SPI 2007-303. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Urbahn, T. (2004): Rückblick auf dreizehn Jahre Dialog mit den Augen eines Psychiaters. In: Bombosch, J./Hansen, H./Blume, J.: Dialog praktisch. Neumünster: Paranus Verlag, 135-140.
- Wallerstein, N./Duran, B. (2003): The Conceptual, Historical, and Practice Roots of Community Participatory Research and Related Participatory Traditions. In: Minkler, M./Wallerstein, N. (Hg.): Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco: Jossey-Bass, 27-52.
- Weigand, H. (2005): Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagement. *Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 4/2005, 13-17.
- Wienberg, G. (2002): Vom Objekt zum Subjekt. FH Fulda 2002, PDF-Text-Download von www.ibrp-online.de (Stand 05.08.2002) [Zugriff am 10.08.2006.]
- WHO (World Health Organisation) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, 1-5. URL: www.euro.who.int/aboutWHO/Policy/200108 [Zugriff am 18.01.2006.]
- WHO (World Health Organisation) (2005): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Europäische Ministerielle WHO Konferenz psychische Gesundheit, EUR/04/-5047810/7, Helsinki. URL: www.who.dk/dokument/mnh/gdoc07.pdf [Zugriff am 23.10.2006.]
- Wright, M.T. (2001): Die Evaluation der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe – Organisationen. *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz*, 1/2001, 84-87.
- Wright, M.T. (2004a): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: Rosenbrock, R. et al. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Essen: BKK Bundesverband, 297-346.
- Wright, M.T. (2004b): Wie kann die innovative Präventionsarbeit im Nichtregierungssektor evaluiert werden? Die AIDS-Hilfen als Beispiel. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 127-133.
- Wright, M.T./Block, M. (2005a): Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. WZB Discussion Paper SPI 2005-304. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Wright, M.T./Block, M. (2005b): Qualität von unten nach oben entwickeln: Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation. http://www.ges/heitberlin.de/download/Wright-kongressbeitrag_2005.pdf. [Zugriff am 14.08.2006.]
- Wright, M.T. (2006): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. *Jahrbuch für kritische Medizin* 43, 55-73.
- Wright, M. T./Block, M./Unger, H. von/Kilian, H. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Wright, M.T. (Hg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans-Huber Verlag, 13-32.

Discussion Papers des Forschungsschwerpunkts Bildung, Arbeit und Lebenschancen 2012-2011

Forschungsgruppe **Public Health**

- Michael Haas** **SPI 2012-302**
Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter. Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen.
- Uwe H. Bittlingmayer/Holger Ziegler** **SPI 2012-301**
Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften?
- Katrin Falk/Josefine Heusinger/Kerstin Kammerer/Meggi Khan-Zvorničanin/Susanne Kümpers/Michael Zander** **SPI 2011-301**
Arm, krank und ausgeschlossen im Alter? Studien zu Inklusion und Selbstbestimmung im sozial benachteiligten Quartier – der Fall Berlin-Moabit [vergriffen]
- Jane Springett/Michael T. Wright/Brenda Roche** **SPI 2011-302**
Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action.
- Susanne Hartung** **SPI 2011-303**
Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Auf der Suche nach Erklärungsmodellen für Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit

Abteilung **Ausbildung und Arbeitsmarkt**

- Philip Wotschack /Franziska Scheier/Philipp Schulte-Braucks/Heike Solga** **SPI 2011-501**
Mehr Zeit für Weiterbildung
Neue Wege der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung
- Paula Protsch** **SPI 2011-502**
Zugang zu Ausbildung
Eine historisch vergleichende Perspektive auf den segmentierten Ausbildungsmarkt in (West-)Deutschland

Abteilung **Ungleichheit und soziale Integration**

- Kent Weaver** **SPI 2011-201**
The Politics of Automatic Stabilization
Mechanisms in Public Pension Programs
- Britta Grell** **SPI 2011-202**
Unemployment Compensation in the United States
Provisions and Institutional Changes since the 1980s

Britta Grell Family Dissolution and Public Policies in the United States Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s	SPI 2011-203
Britta Grell Old-Age Provisions in the United States Changes in the Retirement System since the 1980s	SPI 2011-204
Martin Ehlert Shifted Labor Market Risks? The Changing Economic Consequences of Job Loss in the United States and West Germany	SPI 2011-205
Markus Wörz Unemployment Compensation in Germany Provisions and Institutional Changes since the 1980s	SPI 2011-206
Markus Wörz Family Dissolution and Public Policies in Germany Social Provisions and Institutional Changes since the 1980s	SPI 2011-207
Markus Wörz Old-Age Provisions in Germany Changes in the Retirement System since the 1980s	SPI 2011-208
Markus Wörz Financial Consequences of Falling Ill Changes in the German Health Insurance System since the 1980s	SPI 2011-209
Max Haller Die sozialen Klassen im ethnisch heterogenen Milieu Ein soziologischer Ansatz zur Erklärung der Unterschiede der Einkommensverteilung in den Ländern der Welt	SPI 2011-210
Jens Alber/Jan-Paul Heisig Do New Labour Activation Policies Work? A Descriptive Analysis of the German Hartz Reforms	SPI 2011-211
Yan Hao Equitable Access to Land as a Means of Poverty Reduction in Rural China	SPI 2011-212