

Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische

Soziologie und Rehabilitationswissenschaften

Leitung: Professor Dr. Dr. Hermann Faller

Am Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie

der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. Peter Heuschmann

**Prozessqualität von Mutter-Kind-Maßnahmen aus Sicht der
Mütter - eine qualitative Inhaltsanalyse von
Erfahrungsberichten aus dem Internet**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Johanna Jokinen

aus Würzburg

Würzburg, Januar 2014

Referent: Professor Dr. Dr. Hermann Faller

Korreferent: Professor Dr. Michael Schmidt

Dekan: Professor Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 28.05.2014

Die Promovendin ist Ärztin.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1. Einführung | 1 |
| 1.2. Mütterspezifische Belastungen | 2 |
| 1.3. Mutter-Kind-Maßnahmen | 3 |
| 1.4. Qualitätssicherung in der Rehabilitation | 5 |
| 1.5. Prozessqualität | 7 |
| 1.6. Ziel und Fragestellung | 10 |
| 2. Material und Methoden | 12 |
| 2.1. Material | 12 |
| 2.2. Qualitative Inhaltsanalyse | 14 |
| 2.2.1. Kategorienbildung und -überprüfung | 15 |
| 2.2.2. Interrater-Reliabilität | 18 |
| 2.2.3. Software | 21 |
| 2.2.4. Statistische Auswertung | 21 |
| 2.3. Kategoriensystem | 21 |
| 3. Ergebnisse | 27 |
| 3.1. Deskription und Analyse der von den Müttern beschriebenen Prozessmerkmale | 28 |
| 3.1.1. Nennungshäufigkeiten der kodierten Prozessmerkmale | 28 |
| 3.1.2. Verteilung der Kodierungen auf negative und positive Kategorien | 45 |
| 3.1.3. Zusammenfassung | 51 |
| 3.2. Bewertung der Prozesse durch die Patientinnen | 52 |
| 3.2.1. Auswertung der Bewertungskategorien | 52 |
| 3.2.2. Auswertung der Fazit-Kategorien | 54 |
| 4. Diskussion | 55 |
| 4.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse | 55 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 4.2. Methodenkritik | 61 |
| 4.3. Schlussfolgerung | 65 |
| 5. Zusammenfassung | 67 |
| Literaturverzeichnis | 69 |
| A. Anhang | 74 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 2.1. Darstellung des Kodierprozesses | 17 |
| 2.2. Darstellung der Parallelkodierung | 18 |
| 2.3. Darstellung eines Ausschnitts des Kategoriensystems | 24 |
| 3.1. Häufigkeiten auf der Ebene der Oberbereiche | 32 |
| 3.2. Ergebnisse der Bewertungskategorien | 53 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| 2.1. Interrater-Reliabilitäten | 20 |
| 2.2. Interrater-Reliabilitäten der Bewertungskategorien | 20 |
| 3.1. Verteilung der Kodierungen auf die Oberbereiche | 29 |
| 3.2. Häufigkeiten in den Phasen mit max. einer Zählung pro Bericht . . . | 31 |
| 3.3. Tabelle zu den häufigsten Kategorien | 34 |
| 3.4. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Vorbereitung“ | 35 |
| 3.5. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Anreise“ | 36 |
| 3.6. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Planung der Behandlung“ . . | 37 |
| 3.7. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Durchführung der Behandlung“ | 39 |
| 3.8. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Abschluss der Behandlung“ . | 40 |
| 3.9. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Organisation der Behandlung“ | 41 |
| 3.10. Tabelle zu den Kategorien in der Phase „Hoteleigenschaften“ | 43 |
| 3.11. Tabelle zu den Kategorien des Oberbereichs „Moderatoren“ | 44 |
| 3.12. Nennungen pos. und neg. Kategorien auf Ebene der Oberbereiche 1 . | 45 |
| 3.13. Nennungen pos. und neg. Kategorien auf Ebene der Oberbereiche 2 . | 46 |
| 3.14. Nennungen pos. und neg. Kategorien auf Ebene der Oberbereiche 3 . | 47 |
| 3.15. Unterbereiche mit den prozentual meisten positiven Nennungen . . . | 48 |
| 3.16. Unterbereiche mit den prozentual meisten negativen Nennungen . . . | 49 |
| 3.17. Kategorien mit den prozentual meisten positiven und negativen Nennungen | 50 |
| 3.18. Zusammenfassung der quantitativen Analyse | 51 |
| 3.19. Nennungshäufigkeiten der Bewertungskategorien | 52 |
| 3.20. Ergebnisse Fazit-Kategorien | 54 |

1. Einleitung

„Mir hat die Kur nichts gebracht, für mich persönlich war es ein Misserfolg. Mir geht es jetzt noch schlechter als vor der Kur. Diese Klinik müsste von unten nach oben erst mal neu durchgeplant werden.“
(Bericht Nr. 29; Absatz 66)

1.1. Einführung

Die bisher durchgeführte Qualitätssicherung im Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen¹ setzt in erster Linie auf Verfahren, in denen von Experten definiert wird, was eine gute Maßnahme ausmacht und wie der optimale Ablauf gestaltet sein soll. In dieser Arbeit wird die Prozessqualität aus einem anderen Blickwinkel betrachtet. Unabhängig von theoriegeleiteten Fragebögen oder Checklisten soll versucht werden, die Qualität aus der Sicht der Patientinnen² möglichst unvoreingenommen zu erfassen und zu analysieren.

Innerhalb eines Projektes der gesetzlichen Krankenkassen zur externen Qualitätssicherung bei Mutter-Kind-Maßnahmen an der Universität Würzburg wurden die drei Aspekte Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität von Mutter-Kind-Maßnahmen näher untersucht, um ein Qualitätssicherungsverfahren angelehnt an das QS-Reha[®]-Verfahren (vgl. GKV-Spitzenverband, 2012) für den Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen zu entwickeln (vgl. Neuderth et al., 2013). Für den Bereich der Prozessqualität wurde in diesem Rahmen ein ereignisorientierter Patientenfragebogen entwickelt. Zur Ergänzung dieses Fragebögen und um die Sicht der Patientinnen mit in das Projekt einzubeziehen und damit dem Anspruch an eine stärkere Patientenorientierung gerecht zu werden, soll in dieser Arbeit untersucht werden, welche Prozessmerkmale den teilnehmenden Patientinnen besonders wich-

¹Zur Vereinfachung wird im Weiteren der Begriff „Mutter-Kind-Maßnahmen“ verwendet

²Da in dieser Studie nur Erfahrungsberichte von Patientinnen analysiert wurden, wird in dieser Arbeit einheitlich von „Patientinnen“ gesprochen.

tig sind. Das Ziel dieser Studie ist nicht, Hypothesen zu überprüfen, sondern durch ein induktives Vorgehen ein möglichst unverzerrtes Abbild der Prozesswahrnehmung der Patientinnen zu erstellen. Als Datengrundlage wurden im Internet veröffentlichte Erfahrungsberichte von Müttern gewählt. Die Erfahrungsberichte werden mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse und einem induktiv gebildeten Kategoriensystem in Hinblick auf beschriebene Prozessmerkmale ausgewertet.

1.2. Mütterspezifische Belastungen

Das gesellschaftliche Bild der glücklichen Mutter, welches die Vorstellung vermittelt, dass Frauen allein durch die Tatsache des Mutterseins automatisch glücklich sein müssten, wird durch Studien nicht bestätigt. Im Gegensatz zu dieser verbreiteten Annahme zeigt z.B. die Studie von Klepp (2004), dass Mütter mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren ihre subjektive Lebensqualität besonders in den Bereichen „Physisch“, „Psychisch“ und „Soziale Beziehungen“ als schlechter einschätzen als die weibliche Normpopulation. Die Mutterrolle ist mit vielfachen Belastungen assoziiert, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken. Insbesondere viele verschiedene Rollenanforderungen erzeugen Leistungsdruck bei den Frauen. Frauen sollen als Mutter, Geliebte und im Job erfolgreich sein (vgl. Collatz, Fischer & Thies-Zajonc, 1998). Besonders die geringe Anerkennung der Rolle als Hausfrau, deren Arbeit mit einem hohen emotionalen Einsatz und gleichzeitiger intellektueller Unterforderung einhergeht (vgl. Ochel, 1992; zitiert nach Sieverding, 1995), führt nicht selten zu Überforderung und Erschöpfung (vgl. Collatz et al., 1998). Besonders belastend wird dies wahrgenommen, wenn Frauen das traditionelle Hausfrauenbild ohne eigene Überzeugung ausüben, obwohl sie den Wunsch nach einer Berufsausübung hegen (vgl. Sieverding, 1995). Eine Erwerbstätigkeit geht bei Frauen und Müttern mit einer besseren physischen und psychischen Gesundheit einher (vgl. Verbrugge, 1983). Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit ist bei den berufstätigen Müttern wie auch bei Hausfrauen abhängig von der eigenen Einstellung. Mütter, die ihre Berufstätigkeit negativ sehen, schätzen ihre Gesundheit als schlechter ein (vgl. Waldron & Herold, 1986). Es wird deutlich, dass die unterschiedlichen Rollenideale und Erwartungen einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mütter haben. Wenn die Belastungen aus den verschiedenen Rollenanforderungen nicht kompensiert werden können, kommt es vermehrt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Besonderen Herausforderungen sind alleinerziehende Frauen ausgesetzt. Sie sind häufiger armutsgefährdet (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008), häufiger auf Sozial-

hilfe angewiesen und schlechter ausgebildet. Ihre psychische Gesundheit ist schlechter als die von verheirateten Müttern und sie zeigen teilweise ein riskanteres Gesundheitsverhalten (vgl. Lange & Saß, 2006). Sperlich und Collatz (2006) konnten zeigen, dass alleinerziehende Frauen in vielen Bereichen signifikant stärker belastet sind als Mütter in Partnerschaften. Dies gilt besonders für die alleinige Verantwortung für die Kinder, Einsamkeit und die finanzielle und berufliche Situation. Bei dieser Studie an Müttern in Mutter-Kind-Maßnahmen wurde außerdem eine 1,63-fach erhöhte psychische Symptombelastung bei den alleinerziehenden Müttern festgestellt. Auch in anderen Studien konnte eine höhere Morbidität festgestellt werden (vgl. Cairney, Boyle, Offord & Racine, 2003; Wang, 2004).

Insgesamt stellt die Mutterschaft für viele Frauen eine belastende und krankheitsauslösende Situation dar (vgl. Collatz et al., 1998). Collatz und Koppelin (1996) stellten in ihrer Untersuchung bei 10% bis 15% der untersuchten Frauen Erschöpfungszustände und Burn-out-Symptome fest. Die Lebensphase der Kindererziehung stellt somit einen Abschnitt dar, der für Frauen mit besonderen Belastungen und einem erhöhten Risiko für physische und psychische Morbidität verbunden ist.

1.3. Mutter-Kind-Maßnahmen

In den Nachkriegsjahren wurde die sogenannte „Müttergenesung“ durch die Elly-Heuss-Knapp-Stiftung (Müttergenesungswerk) etabliert. Müttern im Nachkriegsdeutschland sollte die Möglichkeit der Kräftigung geboten werden (vgl. Elly Heuss-Knapp-Stiftung, 2012). Gesetzlich sind Mutter-Kind-Maßnahmen seit dem 1. Januar 1989 im Sozialgesetzbuch (§24 und §41 SGB V³) verankert. Die Regeldauer der Maßnahme beträgt drei Wochen in einem Mindestintervall von vier Jahren. Eine vorzeitige erneute Mutter-Kind-Maßnahme ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend notwendig ist und dies durch einen Gutachter bestätigt wird (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2012).

Wie bereits dargelegt, sind Mütter vielfachen Belastungen ausgesetzt, die mit einer gesundheitlichen Schwächung und einer Vielzahl von somatischen und psychischen Symptomen einhergehen können. Nach Collatz und Koppelin (1996) erfüllen 10% aller Mütter die Indikation für eine Mutter-Kind-Maßnahme. Das von ihnen 1998 beschriebene mütterspezifische Leitsyndrom fasst die typischen Symptomkonstellationen zusammen, die bei Teilnehmerinnen von Mutter-Kind-Maßnahmen häu-

³SGB = Sozialgesetzbuch

fig gefunden werden können (vgl. Collatz et al., 1998). Es kennzeichnet sich durch schwere Erschöpfungszustände und eine Multimorbidität, die sich auf anhaltender Überforderung aufbaut. Andere Untersuchungen zeigen, dass die Patientinnen ausgeprägte Eingangsbelastungen aufweisen. Meixner et al. (2001) zeigte, dass bis zu 87% der Patientinnen in Mutter-Kind-Maßnahmen im IRES-Fragebogen⁴ gegenüber einer Normstichprobe auffällige Belastungen aufweisen. In dieser Untersuchung waren lediglich 3% der Mütter in allen Dimensionen im unauffälligen Bereich. In ihrem Review zum „Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen“ kommen Herwig und Bengel 2005 zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie zeigten, dass bis zu 80% der Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen klinisch relevante psychische Belastungen aufweisen (vgl. Herwig, 2005). Auch die Patientinnen selbst schätzen ihre Gesundheit subjektiv häufig als beeinträchtigt ein. In der Untersuchung von Strittmatter, Bengel, Brombacher und Landerer (1997) beurteilten 65% der befragten Frauen ihre gesundheitliche Verfassung als „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“. Die angegebene Lebenszufriedenheit lag bei 70% der Mütter im unteren Bereich. Als besondere Belastungssituationen geben die Teilnehmerinnen in dieser Studie besonders häufig eine Mehrfachbelastung durch Kinder, Familie, Haushalt und Beruf an. Außerdem werden ständiger Zeitdruck, Unzufriedenheit mit der Rolle als Hausfrau und Erziehungsschwierigkeiten genannt (vgl. Strittmatter et al., 1997).

Die Begutachtungsleitlinie der GKV⁵ (2012) nennt verschiedene Mütter- bzw. Väter-spezifische Kontextfaktoren, die neben den umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren zur Indikationsstellung einer Vorsorgemaßnahme herangezogen werden sollen. Dazu zählen beispielsweise Mehrfachbelastungen durch Beruf, Kindererziehung und Pflege Angehöriger, mangelnde Erziehungskompetenz, beeinträchtigte Mutter-Kind-Beziehung oder mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung (z.B. alleinerziehend) (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2012).

Die Mutter-Kind-Maßnahmen als medizinische Vorsorgeleistungen dienen nach § 23 SGB V unter anderem dem Ziel „eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,“ „einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,“ oder „Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden“. Forschungsergebnisse zeigen, dass diese durch den Gesetzgeber vorgegebenen Ziele in Mutter-Kind-Maßnahmen erreicht werden können. So konnten Meixner et al. (2001)

⁴IRES = Indikatoren des Reha-Status (Gerdes & Jäckel, 1992)

⁵GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

in ihrer Studie zeigen, dass sowohl in der Selbsteinschätzung der Patientinnen als auch in der Fremdeinschätzung durch die Behandler in den Bereichen des somatischen, funktionalen und psychosozialen Status signifikante Verbesserungen nach der Mutter-Kind-Maßnahme erreicht werden. Eine Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz und des psychischen Befindens der Mütter zeigte sich in der Arbeit von Bruns und Collatz (2006). Hier konnte ausserdem eine Reduzierung der mütterspezifischen Belastung ein halbes Jahr nach der Maßnahme festgestellt werden. Auch in der Studie von Arnhold-Kerri, Sperlich und Collatz (2003) konnte sechs Monate nach der Maßnahme eine bleibende Reduzierung der allgemeinen Belastung sowie eine Verbesserung der Erziehungskompetenz und somit ein guter Transfer der Behandlungsziele in den Alltag nachgewiesen werden.

Bedeutsam ist eine Verbesserung der psychischen Gesundheit nicht nur für die Mütter selbst. Arnhold-Kerri et al. (2003) fanden eine Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten und der Lebensqualität der an der Maßnahme teilnehmenden Kinder. In einer weiteren Studie konnten Arnhold-Kerri, Otto und Sperlich (2011) den Einfluss des elterlichen Kompetenzgefühls und des psychischen Befindens der Mutter auf die kindliche gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen. Eine Förderung der Bewältigungsressourcen der Mütter hat demnach auch einen positiven Effekt auf deren Kinder.

1.4. Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Qualität wird nach Donabedian (1966, 1980) in drei verschiedene Dimensionen eingeteilt. Er unterscheidet hierbei die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezeichnet die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, Prozessqualität bezieht sich auf die Güte des Ablaufs einer Maßnahme und Ergebnisqualität in wie fern das angestrebte Ziel erreicht worden ist.

Der Gesetzgeber hat im §135a Absatz 2 SGB V die Erbringer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dazu verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen sowie ein internes Qualitätsmanagement einzuführen. Um diese Vorgaben umzusetzen wurden in den letzten Jahren verschiedene Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Ein einheitliches, von allen durchgeführtes Verfahren existiert nicht. Neben mehreren kleineren Projekten und verschiedenen Zertifizierungsmöglichkeiten wurde jeweils ein Verfahren zur Qualitätssicherung von den gesetzlichen Krankenkassen und der deutschen Rentenversicherung entwickelt. Inzwischen wird

von beiden Kostenträgern unter dem Begriff „Harmonisierung“ eine Abstimmung beider Verfahren angestrebt (vgl. Jäckel & Glattacker, 2006).

Die deutsche Rentenversicherung begann in den neunziger Jahren mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts (vgl. Kowski & Koch, 2002). Dieses wurde als externes Qualitätssicherungsverfahren in der stationären Rehabilitation angewandt und inzwischen auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt (vgl. Klosterhuis, 2010). Die Reha-Qualitätssicherung besteht aus vier Dimensionen mit spezifischen Inhalten und zugehörigen Erhebungsinstrumenten und -verfahren. Zu den Dimensionen gehören die Qualität der rehabilitativen Versorgung, die Qualität aus Sicht des Rehabilitanden, die Qualität der Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung und die Qualitätssicherung vor Ort durch Visitationen (vgl. Klosterhuis, 2010). Es kommen unterschiedliche Verfahren zur Erhebung und Sicherung der Qualität zur Anwendung. Dazu gehören das Peer-Review-Verfahren, die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Rehabilitanden-Befragungen, Strukturfragebögen und Reha-Leitlinien (vgl. Klosterhuis, 2008). In den letzten Jahren wurde das Qualitätssicherungsverfahren kontinuierlich weiterentwickelt, um verschiedene Instrumente ergänzt oder überarbeitet und der Einsatz des Verfahrens weiter ausgedehnt (vgl. Klosterhuis et al., 2010).

Die gesetzlichen Krankenkassen setzen seit 2004 das QS-Reha[®]-Verfahren ein, welches für Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach §111 SGB V verpflichtend ist. Im QS-Reha[®]-Verfahren werden die drei Dimensionen der Qualität (Struktur, Prozess, Ergebnis) sowie die Patientenzufriedenheit erfasst. Entwickelt wurde das Verfahren ab dem Jahr 2000 in Zusammenarbeit der Spitzenverbände der Krankenkassen und Universitätskliniken Freiburg und Hamburg. Als Grundlage diente das „Qualitätsprofilkonzept“, welches ebenfalls in der Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde. Ursprünglich an den Indikationen muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen erprobt, wurde das QS-Reha[®]-Verfahren seither auf weitere Indikationsbereiche ausgeweitet und deckt einen Großteil der stationären Rehabilitationen ab (vgl. Farin, Follert, Gerdemann & Jäckel, 2005; GKV-Spitzenverband, 2012).

Die Dimensionen der Qualität werden im QS-Reha[®]-Verfahren durch unterschiedliche Instrumente erfasst. Zur Untersuchung der Strukturqualität werden die Daten durch einen Erhebungsbogen zur Selbstauskunft der Einrichtung erhoben. Zusätzlich erfolgen Telefoninterviews und in einem Teil der Einrichtungen Visitationen. Die Überprüfung der Prozessqualität erfolgte anfangs durch ein Peer-Review-Verfahren. Mediziner beurteilten anonymisierte Patientenakten in Bezug auf Behandlungsprozesse. Hierzu erhielten sie eine Checkliste und ein Manual. Von einer Einrichtung

wurden hierbei 20 zufällig ausgewählte Behandlungsdokumentationen ausgewählt, die anhand der Checkliste auf 52 Qualitätsmerkmale, die in sieben Bereiche unterteilt waren, überprüft wurden (vgl. Farin et al., 2005). Nach einer Überarbeitung wird die Prozessqualität inzwischen durch Selbstangaben der Kliniken, durch Visitationen und anhand von Patientenfragebögen erfasst (vgl. Farin, Jäckel & Schallaster, 2009). Die Ergebnisqualität und die Patientenzufriedenheit werden anhand von Patientenfragebögen ermittelt. Hierzu dienen im Bereich der Ergebnisqualität verschiedene Fragebögen, die bei Entlassung und sechs Monate danach sowohl krankheitsspezifische als auch weitere Dimensionen abfragen. Zusätzlich hierzu werden die behandelnden Ärzte zu der Ergebnisqualität befragt. Zusammengefasst werden die Ergebnisse in einer Qualitätssynopse, die einen Vergleich der Kliniken und eine Abbildung der jeweiligen Stärken und Schwächen ermöglicht (vgl. Farin et al., 2005).

Das QS-Reha[®]-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen wird inzwischen umfassend zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation eingesetzt. Im Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen wird das Verfahren zur Zeit noch nicht durchgeführt. Zur Entwicklung entsprechender Verfahren für die externe Qualitätssicherung in Mutter-Kind-Einrichtungen wurden von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zwei Projekte in den Jahren 2004 und 2006 ausgeschrieben. Beide Projekte wurden am Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg durchgeführt und 2009 abgeschlossen. Mit einem Einsatz des Verfahrens wird voraussichtlich im Jahr 2014 begonnen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2012).

Da zur Zeit kein einheitliches Qualitätssicherungsverfahren für den Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen existiert, die Einrichtungen aber verpflichtet sind, sowohl interne als auch externe Qualitätssicherung durchzuführen, erfolgt von Klinik zu Klinik entsprechend der jeweiligen Leistungsträger eine unterschiedliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

1.5. Prozessqualität

Die Prozessqualität steht im Ablauf zwischen der Strukturqualität und der Ergebnisqualität. Während die Strukturqualität die Qualität der vor Anlauf eines Prozesses vorhandenen strukturellen Merkmale erfasst, wie z.B. die Art der Räumlichkeiten und des Personals, wird mit der Ergebnisqualität erfasst, in wie weit das angestrebte Ziel einer Maßnahme erreicht wurde. Übertragend bezieht sich die Strukturqualität somit auf die vorhandene Infrastruktur einer Maßnahme; die Ergebnisqualität auf

einen Abgleich zwischen einem Soll- und Ist-Zustand. Die Prozessqualität bezeichnet die Güte des Prozesses zwischen diesen beiden Polen. Sie erfasst, in wie weit und wie effektiv die vorhandenen Strukturen genutzt werden können, um das angestrebte Ergebnis zu erreichen. Die Zuordnung von Merkmalen zur Struktur- oder Prozessqualität ist fließend und nicht immer eindeutig. So findet sich in der Literatur teilweise eine weitere Unterteilung in strukturnahe Prozessmerkmale. Hierzu werden zum Beispiel konzeptionelle Grundlagen, internes Qualitätsmanagement und interne Kommunikation sowie Personalentwicklung gezählt (vgl. Petersen et al., 2006).

In den unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren wird die Prozessqualität meist durch mehrere verschiedene Instrumente erfasst. Bei vielen Verfahren liegt oder lag der Schwerpunkt hierbei vornehmlich auf der Peer-Review-Methode. Bei dieser Methode werden Entlassungsberichte, Patientenakten oder Therapiepläne von geschulten Fachleuten (in der Regel von Ärzten) meist mit Hilfe einer Checkliste in Hinblick auf mögliche Mängel im Ablauf der Maßnahme untersucht. Bei dem QS-Reha[®]-Verfahren wurde die Prozessqualität anfangs ebenfalls anhand des Peer-Review-Verfahrens erfasst, nach einer Überarbeitung des Verfahrens wird inzwischen darauf verzichtet. Kritik an dem Peer-Review-Verfahren begründet sich zum einen darin, dass es einen hohen zeitlichen Aufwand erfordert (vgl. Neuderth, 2004). Außerdem könnte es den Dokumentationsaufwand steigern, da die Berichtsverfasser den Eindruck bekämen, ausführlichere Berichte schreiben zu müssen. Kritik an der Validität des Verfahrens bezieht sich auf die Möglichkeit, dass durch das Verfahren eher die Qualität der Berichte als der Prozess selbst erfasst wird (vgl. Kawski, Dorenburg, Beckmann & Koch, 2000). Neuderth (2004) zeigte zudem, dass die Zuverlässigkeit des Peer-Review-Verfahrens nicht gesichert ist. Die von ihr untersuchte Interrater-Reliabilität bei Peer-Review-Dokumenten von Kliniken zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung lag je nach Berechnungsverfahren unter einem Wert von 0,5 und damit nicht auf einem zufrieden stellenden Niveau.

Das Peer-Review-Verfahren zur Erfassung der Prozessqualität basiert auf theoretischen Vorüberlegung von Experten. So werden zwar in Patientenfragebögen die Einschätzung und die Bewertung der Patienten erfragt; welche Bereiche jedoch abgefragt werden, bestimmen im Vorfeld die Entwickler dieser Fragebögen. Es werden also nur ausgewählte Bereiche der Patientensicht erfasst.

Projekt zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen an der Universität Würzburg

Bisher gab es von gesetzlichen Krankenkassen kein standardisiertes Verfahren zur externen Qualitätssicherung im Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen. Die Universität Würzburg wurde durch den Spitzenverband der Krankenkassen im Jahre 2006 mit der Entwicklung und Erprobung eines umfassenden Qualitätssicherungsprogramms für Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation durch Mutter-Kind-Maßnahmen beauftragt. Ziel des Projektes war es, ein Verfahren zur patientenorientierten Messung der Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln und damit Rückmeldungen an die Einrichtungen sowie Einrichtungsvergleiche, Förderung interner Qualitätssicherung und Transparenz zu ermöglichen. Wesentliche Basis hierfür stellt die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)(vgl. DIMDI, 2005). Zur Erfassung der Qualitätsdimensionen kamen unterschiedliche Methoden zum Tragen. Die Strukturqualität wurde durch einen modular aufgebauten Strukturhebungsbogen, der an die entsprechenden Einrichtungen versandt wurde, erfasst (vgl. Saube-Heide et al., 2013). Die Ergebnisqualität wurde mit Hilfe standardisierter Fragebögen ermittelt. Mittels dieser erfolgte eine Einschätzung der Ergebnisqualität durch den Arzt bzw. Therapeuten und der Patientin selbst (vgl. Lukaszik et al., 2013). Als Grundlage zur Erhebung der Prozessqualität wurde ein idealtypischer Ablauf einer Mutter-Kind-Maßnahme definiert und als „Soll-Standard“ festgelegt. Die Kriterien dieses „idealen Prozesses“ wurden in einem Workshop mit Klinikvertretern erarbeitet und mit bestehenden Anforderungsprofilen abgeglichen. Der Ablauf des idealen Prozesses gliedert sich in verschiedene Phasen (vgl. Musekamp et al., 2014). Eine genauere Beschreibung befindet sich im Anhang der Arbeit und ist nachzulesen bei Neuderth et al. (2013). Basierend auf dem idealen Prozess wurden für die Datenerhebung zur Prozessqualität prozessnahe Merkmale im Strukturhebungsbogen, ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem sowie ereignisorientierte Items in den Patientenfragebögen herangezogen. Der Patientenfragebogen orientierte sich hierbei an dem Konzept der ereignisorientierten Patientenbefragung (vgl. Klein, 2004; Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 2011). Als qualitative Datenquelle dienten die Ergebnisse dieser Arbeit neben anderen Studien dem Projekt als Grundlage zur Entwicklung der Erhebungsmethoden zur Prozessqualität (vgl. Neuderth et al., 2013; Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 2011).

1.6. Ziel und Fragestellung

Das Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, welche Aspekte der Prozessqualität den Müttern, die an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilgenommen haben, wichtig sind. Außerdem sollen Aussagen darüber getroffen werden, welche Bereiche der Prozessqualität eher gut oder eher mäßig bewertet werden. Die Betrachtung der Prozessqualität aus der Sicht der Mütter könnte Aspekte der Prozessqualität in den Vordergrund rücken, die bisher aus Expertensicht keine oder nur eine untergeordnete Rolle bei der Bewertung der Prozessqualität gespielt haben. Insgesamt soll erreicht werden, dass die Qualitätssicherung im Bereich der Prozessqualität um das Wissen ergänzt werden kann, wie die Mütter den Ablauf solch einer Maßnahme wahrnehmen.

Die erste Hauptfragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf die Prozessqualität aus der Sicht der Mütter. Zudem sollen auch etwaige globale Bewertungen verschiedener Bereiche (z.B. Kinderbetreuung, Freizeitangebot) und das Fazit der Patientinnen miterfasst werden.

Die erste Hauptfragestellung lautet folglich:

1. Welche Prozessmerkmale werden von den Müttern beschrieben?

Bei dieser Hauptfragestellung sollen Aspekte der Prozessqualität erfasst werden, die in den Berichten durch die Mütter beschrieben werden. Es geht hierbei nicht um die Erfassung etwaiger Bewertungen dieser Aspekte. Im Sinne des Konzepts der ereignisorientierten Patientenbefragung soll explizit das Stattfinden, das Teilweise-Stattfinden oder das Nicht-Stattfinden von Prozessmerkmalen erfasst werden (vgl. Klein, 2004). Dies geschieht zunächst unabhängig zur jeweiligen subjektiven Bewertung der Berichtsverfasserin. Nach Identifikation der beschriebenen Prozessmerkmale, soll geprüft werden, ob sich auf Grund der Nennungen Anhaltspunkte für die Wichtigkeit und die Qualität der Prozesse aus Patientinnen-Sicht finden lassen.

Die zweite Hauptfragestellung unterteilt sich in zwei Bereiche:

2. Wie werden die Prozesse bewertet?
 - a) Welche bewertenden, globalen Eindrücke werden von den Müttern beschrieben?
 - b) Wie zufrieden sind die Patientinnen mit der Maßnahme in der jeweiligen Einrichtung insgesamt?

Mit der zweiten Fragestellung werden nicht neutrale, subjektive und bewertende Aussagen der Mütter entweder zu einem Teilbereich oder der gesamten Maßnahme erfasst, um Aussagen über die Zufriedenheit der Patientinnen treffen zu können.

2. Material und Methoden

Es wird ein Vorgehen gewählt, welches möglichst unvoreingenommen die Sicht der Mütter erfasst und nicht durch bereits bestehende Überlegungen zum idealen Ablauf einer Maßnahme die Ergebnisse verzerrt. Hierfür sind insbesondere qualitative Untersuchungsdesigns geeignet, deren Ziel es ist, besonders offen für nicht-erwartungskonforme Aspekte zu sein (vgl. Frommer & Rennie, 2006). Eine Methode, die diese Bedingungen erfüllt, ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Eine induktive Kategorienbildung nach dieser Methode erlaubt es, das vorliegende qualitative Material unvoreingenommen zu erfassen und in quantitative Daten umzuwandeln. Um repräsentative Daten zu erhalten, muss eine möglichst große Zahl an Müttern in die Untersuchung einbezogen werden. Außerdem muss darauf geachtet werden, dass das Material nicht von vornherein durch Erwartungen der Untersucher beeinflusst ist. Als Material bieten sich Erfahrungsberichte von Müttern an, die an Mutter-Kind-Maßnahmen teilgenommen haben. Eine Vielzahl solcher Berichte sind im Internet veröffentlicht worden. Die große Anzahl an Berichten und die Tatsache, dass die Mütter keinerlei bindende Vorgaben für das Verfassen ihrer Berichte haben, führt dazu, dass die oben erwähnten Bedingungen an das Material erfüllt sind.

2.1. Material

Bei dem Textmaterial handelt es sich um Erfahrungsberichte, die von Müttern verfasst wurden, die bereits an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilgenommen haben. Diese Berichte stammen aus einem Internetforum, welches dem Erfahrungs- und Informationsaustausch der Mütter dient (Mutterkind-Kur.de, 2007). Die Berichte sollen anderen Müttern als Entscheidungshilfe bei der Wahl einer geeigneten Klinik dienen. Bei dem Internetforum handelt es sich um ein vergleichsweise streng moderiertes Forum. Das bedeutet, dass nur registrierte Mitglieder in der Lage sind, Berichte zu lesen bzw. neue Berichte zu verfassen. Neumitglieder müssen sich im Forum vorstellen, ansonsten erfolgt nach vier Wochen eine automatische Löschung

des Accounts. Die Erfahrungsberichte werden vor Veröffentlichung von der Moderatorin gelesen und von ihr für alle Forenmitglieder zugänglich gemacht. So soll einem Missbrauch vorgebeugt und die Authentizität der Berichte gewahrt werden. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Berichte zum überwiegenden Teil tatsächlich von Müttern verfasst worden sind und nicht z.B. von Klinikpersonal etc. Außerdem verhindert die Kontrolle der Berichte eine zu unsachliche Schilderung der Klinik, da ausdrücklich betont wird, dass keine zu negativen und beleidigenden Berichte veröffentlicht werden.

Die Website gibt eine gewünschte formale Gliederung der Berichte vor, jedoch hält sich nur ein geringer Teil der Verfasserinnen an diesen Aufbau. Gewünscht werden die Beschreibung der folgenden Bereiche: Klinikdaten, Lage und Umgebung, Ankunft, Zimmer, Klinik an sich, Kinderbetreuung, Anwendungen Kinder, Anwendungen Mutter/Vater, Sonstiges, Fazit. Generell handelt es sich um sehr heterogene Berichte, die sich sowohl vom Aufbau als auch von der Länge her erheblich unterscheiden. Die Länge variiert von einer viertel Seite bis zu neun Seiten. Jede Mutter schreibt in ihrem eigenen Stil, was dazu führt, dass einige Berichte zum größten Teil rein subjektive Bewertungen enthalten, andere wiederum aus einer Aneinanderreihung von Fakten bestehen. Einige Berichte sind in Tagebuchform geschrieben, andere als Ratgeber für Mütter, die vorhaben, an Mutter-Kind-Maßnahmen teilzunehmen.

Nach Abruf der Berichte aus dem Internet am 15.6.2007 standen anfangs insgesamt 163 Berichte zur Verfügung, von denen beim ersten Durchsehen auf Grund doppelter Veröffentlichungen und nicht verwertbaren Materials (z.B. nur Bilder und keine schriftlichen Beschreibungen) fünf nicht weiter berücksichtigt wurden.

Die restlichen 158 Berichte wurden tabellarisch erfasst. Außerdem wurden allgemeine Daten ermittelt, wie der Verfasser des Berichtes (Mutter/Vater), die Kinderzahl, das Kindesalter, die Klinik, das Datum der Maßnahme, das Verfassungsdatum und ob es sich um eine Beschreibung einer Wiederholungsmaßnahme handelt.

Bereits in diesem Stadium wurde beschlossen, sich auf die Berichte von Müttern zu konzentrieren und die drei vorhandenen Berichte von Vätern unberücksichtigt zu lassen, um eine einheitlichere Datenbasis zu erhalten. Dadurch reduzierte sich das Material auf 155 Berichte zu Beginn der qualitativen Inhaltsanalyse. Während des Kodiervorgangs wurden weitere sieben Berichte aussortiert, bei denen es sich um Beschreibungen von Kinderrehabilitationsmaßnahmen handelte.

Bei den 147 Berichten, die letztendlich für eine Auswertung zur Verfügung standen,

betrug die durchschnittliche Anzahl der teilnehmenden Kinder 1,74 pro Mutter. In 78 Berichten nahm die Mutter mit mehr als einem Kind an der Maßnahme teil. Bei 55 der beschriebenen Mutter-Kind-Maßnahmen war nur ein Kind mit dabei. In 14 Berichten fehlt die Angabe der teilnehmenden Kinder.

Ein genaues Alter der Kinder ist in 111 Berichten angegeben, weiteren sieben sind ungefähre Altersangaben zu entnehmen. In 100 (68%) Berichten sind Kinder unter sieben Jahren dabei, lediglich bei 18 Berichten nahmen nur Kinder älter als sechs Jahre teil. 13 Mütter berichteten über Wiederholungsmaßnahmen, die meist in der gleichen Klinik stattfanden (31% in einer andere Klinik, in einem Bericht keine Angabe hierzu).

2.2. Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ermöglicht eine systematische, nachvollziehbare und überprüfbare Methode der Textauswertung. Durch ein regelgeleitetes Analysieren des festgelegten Materials werden Schritt für Schritt Textstellen durch Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion in ein Kategoriensystem eingeordnet. Dadurch wird eine Zusammenfassung des Materials sowie eine inhaltliche Strukturierung erreicht. Durch die Reduktion der Texte auf die wesentlichen Inhalte und die Filterung nach bestimmten Kriterien im Bezug auf die Fragestellung wird eine Auswertung des Textmaterials geschaffen, die objektiv, nachvollziehbar und wiederholbar ist. Durch die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien wird zudem eine Übertragung des qualitativen Materials in quantitative Daten erreicht, welches die Möglichkeiten der üblichen skalenentsprechenden statistischen Auswertungsmethoden eröffnet.

Für diese Arbeit wurde ein induktives Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. Bei der induktiven Inhaltsanalyse wird anders als bei der deduktiven Herangehensweise die Kategorienbildung nicht vorab vorgenommen, sondern sie erfolgt induktiv beim Durchgehen des Materials. Diese Vorgehensweise soll die Verzerrung des Materials durch die Meinungen des Forschers vermindern und eine möglichst gegenstandsnahe Erfassung gewährleisten. Auch bei einem induktiven Ansatz muss vorab festgelegt werden, auf welche Fragestellung hin das Material durchgegangen werden soll. Es muss also ein Selektionskriterium bestimmt werden, nach dem die Textstellen ausgewählt werden. Bei der ersten Übereinstimmung des Textes mit dem Selektionskriterium wird nun die erste Kategorie gebildet. Bei einem weiteren Zutref-

fen des Kriteriums wird entschieden, ob diese Textstelle einer neuen Kategorie bedarf oder ob sie in die bereits erstellte Kategorie fällt. Auf diese Art wird ein größerer Teil des Gesamtmaterials durchgegangen, bis nur noch vereinzelte Kategorienneubildungen nötig sind. An dieser Stelle muss überprüft werden, ob die Kategorien der Fragestellung entsprechen. Dies setzt voraus, dass das Selektionskriterium gut gewählt wurde und das Abstraktionsniveau stimmt. Wenn das Abstraktionsniveau bei einzelnen Kategorien abweicht, kann dies dazu führen, dass diese Kategorien in anderen Kategorien doppelt erfasst werden und so das quantitative Ergebnis verfälschen. Wenn z.B. die beiden Kategorien „Bei Unpünktlichkeit wurden Therapiestunden gestrichen“ und „Sanktionierung von Unpünktlichkeit“ gebildet werden würden, so wäre das Abstraktionsniveau der zweiten Kategorie höher und eine entsprechende Textstelle würde in beide Kategorien fallen. Deshalb ist darauf zu achten, dass alle gebildeten Kategorien auf einem Abstraktionsniveau liegen. Wenn bereits zu Beginn ein hohes Abstraktionsniveau gewählt wird, riskiert man den Verlust eventuell wichtiger Informationen. Eine weitere Abstraktion kann auch im Nachhinein durch das Zuordnen der Kategorien zu Unter- und Oberbereichen erreicht werden und hat den Vorteil, dass die erste Kodierung möglichst nah am Text bleibt. Nachteil hierbei ist die gegebenenfalls große Anzahl an gebildeten Kategorien. Eventuelle Nachbesserungen des Abstraktionsniveaus oder des Selektionskriteriums bedingen einen erneuten Durchgang des schon bearbeiteten Materials. Wenn dieser Schritt erfolgt ist, kann der restliche Teil des Materials bearbeitet werden.

2.2.1. Kategorienbildung und -überprüfung

Für die induktive qualitative Inhaltsanalyse werden durch theoretische Überlegung Regeln erstellt, nach denen die Kodierung erfolgen soll. Nach Mayring (2008) sollen die Analyseeinheit, die Fragestellung, die Kodiereinheit und die Kontexteinheit festgelegt werden. Durch eine Parallelkodierung eines Teils des Materials durch zwei Personen werden die Kodierregeln überprüft und eine möglichst gute Objektivität und Reliabilität erreicht.

Analyse- und Kontexteinheit

Für diese Arbeit wurde als Analyse- und Kontexteinheit jeder einzelne Bericht gewählt, das heißt, jede Patientin steht bei der Analyse für sich.

Identifizierung relevanter Textstellen

Die Filterung relevanter Textstellen orientiert sich eng an den Fragestellungen der Arbeit. Kodiert werden erstens Textstellen, in denen die Patientinnen ereignisorientierte oder strukturnahe Prozessmerkmale beschreiben. Bezüglich der zweiten Hauptfragestellung zur Bewertung der Prozesse werden zudem Textstellen kodiert, die entweder bewertende globale Eindrücke oder Hinweise auf die Gesamtzufriedenheit mit der Einrichtung beinhalten.

Kodiereinheit

Die Kodiereinheit umfasst mindestens einen Satzteil, möglichst einen ganzen Satz. Wenn der Inhalt über mehrere Sätze geht, so wird die Kodiereinheit auf diese erweitert. Wenn im Satz selbst das Thema wechselt und in keinem Bezug zum eigentlichen, die Fragestellung betreffenden Teil steht, so wird dieser Teil nicht miterfasst, sondern gegebenenfalls davon getrennt kodiert. Ist in mehreren aufeinander folgenden Sätzen der gleiche Inhalt zu finden, so wird die Kodiereinheit auf all diese Sätze ausgeweitet und die Kodierung erfolgt gesammelt. Tritt die Wiederholung erst später im Text erneut auf, wird sie zunächst auf dem normalen Wege generalisiert und später bei der ersten Reduktion gegebenenfalls gestrichen.

Bei der Reduktion werden Mehrfachnennungen zusammengefasst. Bewertungen, die eventuell nur in einem Teil der Nennungen erkennbar sind, werden übernommen.

Kategorienbildung

Die Kategorienbildung erfolgt induktiv und zunächst möglichst nach am Text. Das Abstraktionsniveau wird zu Beginn möglichst niedrig gehalten, um zu vermeiden, dass hier bereits eine zu weite Entfernung vom Text geschieht, die eine spätere Auswertung erschwert.

Bei der Kategorienbildung wird entschieden, ob es sich hierbei um ereignisorientierte bzw. strukturnahe Prozessqualität handelt oder um subjektive Eindrücke bestimmter Strukturen. Bei letzterem bildet die genannte Struktur die Kategorie und die Bewertung beinhaltet die positive bzw. negative Meinung der Patientinnen. Wenn es also heißt: „Das Essen war ungenießbar“, dann bildet „Essen“ die Kategorie und die Bewertung ist negativ. Diese bewertenden Kategorien werden im weiteren Verlauf „Bewertungskategorien“ genannt.

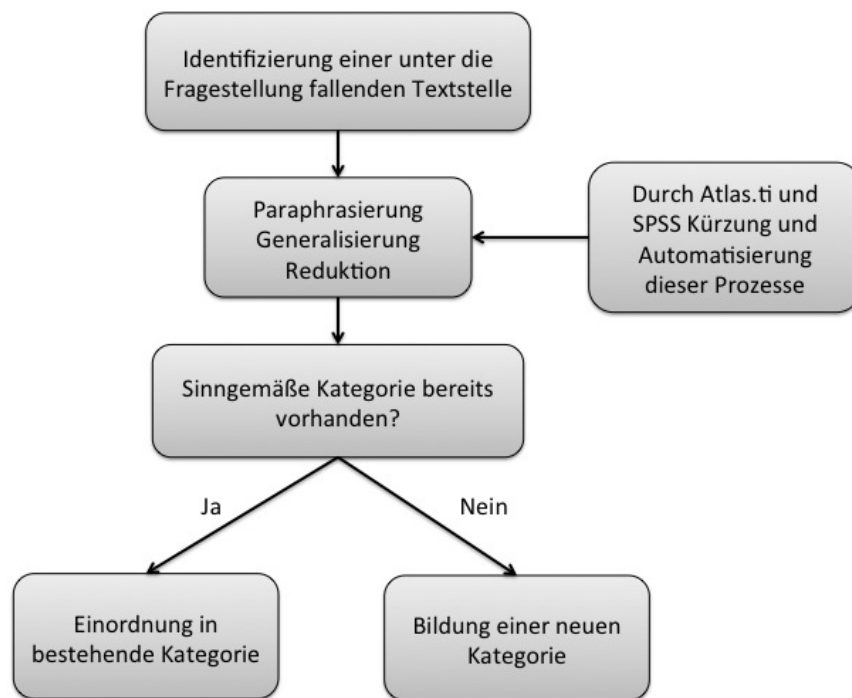


Abbildung 2.1.: Darstellung des Kodierprozesses

Kategorieneinordnung

Bei jeder neu auftauchenden Textstelle, die unter eine der Fragestellungen fällt, wird geprüft, ob bereits eine Kategorie existiert, in die eine sinnergebende Einordnung möglich ist. Eine Hilfe hierfür stellt ein übergeordnetes Themenverzeichnis dar, durch die eine Reduzierung der zu prüfenden Kategorien erreicht wird. Zusätzlich werden den Kategorien positive und negative Ankerbeispiele angefügt, die eine richtige Einordnung erleichtern sollen. Wenn die Textstelle in keine der bereits gebildeten Kategorien einzuordnen ist, so erfolgt die Bildung einer neuen Kategorie gemäß den Regeln zur Kategorienbildung. Eine Veranschaulichung des Kodierungsvorgangs zeigt Abbildung 2.1.

Überprüfung der Kodierregeln

Für die Überprüfung der Kodierregeln wurden die ersten 20 Berichte von zwei Personen kodiert. Danach wurden die gebildeten Kategorien und die Zuordnungen von Textstellen verglichen und aufgetretene Abweichungen in der Kodierung der beiden Personen besprochen. Im ersten Durchgang wurden 65% der Textstellen von beiden gleich kodiert. Die Kodierregeln wurden in Hinblick auf möglichst präzise

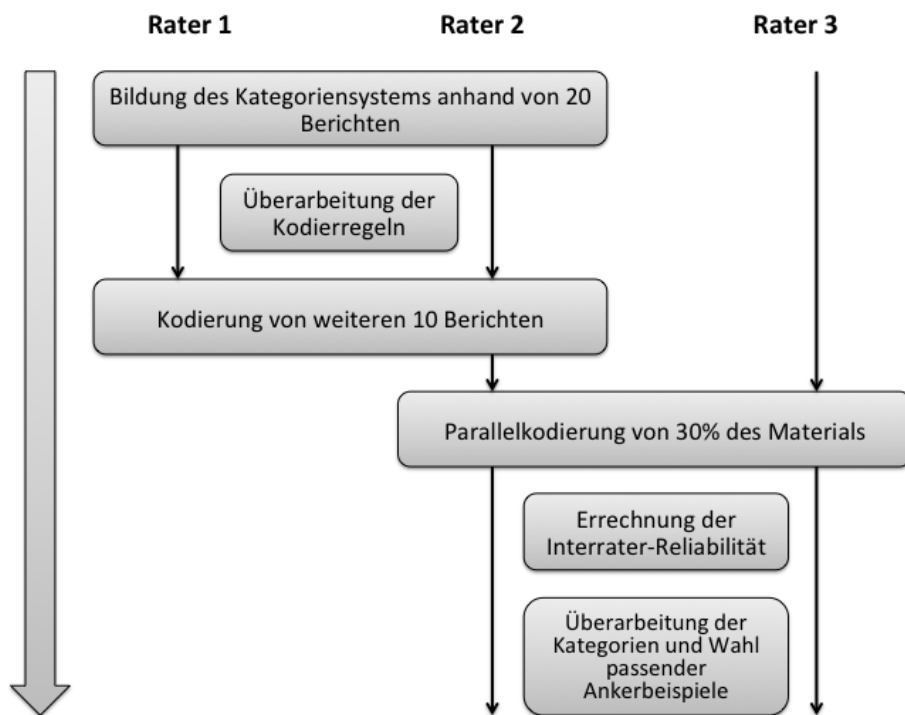


Abbildung 2.2.: Darstellung der Parallelkodierung

Anweisungen überarbeitet. Im Anschluss wurden weitere zehn Berichte von beiden Personen kodiert, um die Anpassung der Kodierregeln zu überprüfen. Hier wurde eine Übereinstimmung von 85% erreicht. Nachdem die Kodierregeln auf diese Weise überprüft und überarbeitet wurden, erfolgte die eigentliche Analyse des Materials. Bereits kodierte Berichte wurden erneut dem Kodierprozess unterzogen.

2.2.2. Interrater-Reliabilität

Reliabilität bezeichnet das Maß, wie präzise ein Verfahren ein Merkmal erfasst. Zur Überprüfung der Reliabilität wurde ein Teil des Materials durch zwei Personen kodiert und deren Übereinstimmung geprüft. Für diese sogenannte Interrater-Reliabilität wird als statistisches Maß Cohen's Kappa verwendet. Cohen's Kappa überprüft die Konkordanz unter Einbezug der per Zufall zu erwartenden Übereinstimmung zweier Rater und gilt bei qualitativen Verfahren als bewährte Möglichkeit, die Reliabilität zu überprüfen. Es kann einen Wert zwischen -1 und 1 einnehmen. Hierbei bedeutet ein Wert von 1 eine perfekte Übereinstimmung beider Rater. Die Einschätzung des Kappa-Wertes erfolgt in der Literatur uneinheitlich. Ab etwa einem Wert über 0,6 kann je nach Kontext von einer guten Übereinstimmung ge-

sprochen werden, Werte größer als 0,75 gelten als sehr gut (vgl. Wirtz & Caspar, 2002).

Durchführung

Für die Berechnung der Interrater-Reliabilität wurden nach der Erstellung des Kategorienschemas und der Überprüfung der Kodierregeln weitere 44 Berichte, also 30% des Materials, durch zwei Personen unabhängig voneinander kodiert. Die Kodierungen wurden mittels Cohen's Kappa auf ihre Reliabilität überprüft. Hierbei wurden lediglich Kategorien berücksichtigt, die zumindest von einem Rater mindestens fünf Kodierungen erhielten, da bei niedrigeren Zahlen eine Berechnung von Cohen's Kappa nicht zuverlässig ist.

Ergebnisse

Insgesamt erfolgt die Berechnung für 50 Kategorien. Hiervon erreichen 37 (74%) Kategorien eine sehr hohe Übereinstimmung ($x \geq 0,8$). Vier (8%) Kategorien zeigen eine gute Übereinstimmung ($0,6 < x < 0,8$) und neun (18%) Kategorien eine akzeptable Übereinstimmung ($x \leq 0,6$) (siehe Tabelle 2.1).

Bei den Bewertungskategorien werden etwas schlechtere Werte für die Übereinstimmung erreicht. Bei insgesamt zehn Kategorien erreichen fünf eine sehr gute Übereinstimmung, eine Kategorie weist eine gute Übereinstimmung auf und bei weiteren vier Kategorien ist eine akzeptable Übereinstimmung gegeben (siehe Tabelle 2.2).

Insgesamt erreicht das Kategoriensystem bei der Anwendung eine hohe bis sehr hohe Reliabilität. Kategorien mit einer nicht zufriedenstellenden Interrater-Reliabilität wurden überprüft, gegebenenfalls deutlicher formuliert und mit besseren Ankerbeispielen versehen. Bei den Bewertungskategorien muss im Folgenden berücksichtigt werden, dass die Reliabilität etwas geringer ausfällt als bei den Prozessmerkmalen. Das Fazit hingegen erreicht eine sehr gute Reliabilität mit einem Kappa-Wert von 1,0.

Tabelle 2.1.: Interrater-Reliabilitäten für ausgewählte Kategorien

| Kategorien | Cohen's Kappa | Anzahl Kodierungen |
|--|---------------|--------------------|
| Abholung vom Bahnhof | 1,000 | 16/16 |
| Zimmererhalt direkt nach Ankunft | 1,000 | 19/19 |
| Auswahl des Mittagessens möglich | 1,000 | 28/28 |
| Eingehen auf Wünsche und Besonderheiten beim Essen | 1,000 | 13/13 |
| Kind/Mutter erkrankten während der Maßnahme | 1,000 | 14/14 |
| Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | 1,000 | 10/10 |
| Schulunterricht gewährleistet | 1,000 | 8/8 |
| In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig draußen | 0,955 | 23/22 |
| Mindestens eine getrennte Mahlzeit | 0,433 | 6/16 |
| Therapieplan individuell auf Patientin abgestimmt | 0,369 | 6/7 |
| Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | 0,353 | 8/2 |
| Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | 0,095 | 14/1 |

Die dritte Spalte zeigt die Anzahl der Kodierungen pro Rater unabhängig von eventueller Übereinstimmung. Eine Tabelle mit allen 50 Kategorien befindet sich im Anhang.

Tabelle 2.2.: Interrater-Reliabilitäten der Bewertungskategorien

| Kategorien | Cohen's Kappa | Anzahl Kodierungen |
|---|---------------|--------------------|
| Bewertung des Therapieplans | 0,558 | 3/7 |
| Bewertung der ärztliche Betreuung | 0,546 | 14/10 |
| Bewertung der Therapien | 0,689 | 16/12 |
| Bewertung der psychologischen Betreuung | 0,543 | 7/9 |
| Bewertung der Veranstaltungen | 0,453 | 5/3 |
| Bewertung der Kinderbetreuung | 0,879 | 33/33 |
| Bewertung des Personals | 1,000 | 26/26 |
| Bewertung der Auswahl und Anzahl der Freizeitangebote | 0,824 | 13/10 |
| Bewertung des Sportangebots | 0,847 | 8/8 |
| Bewertung des Essens | 0,830 | 37/37 |

Die dritte Spalte zeigt die Anzahl der Kodierungen pro Rater unabhängig von eventueller Übereinstimmung.

2.2.3. Software

Die Kodierung wurde mittels des Software-Programms Atlas.ti vorgenommen. Dieses Programm, welches speziell für qualitative Inhaltsanalysen gedacht ist, erlaubt die schnelle Kodierung großer Materialmengen und ein unkompliziertes Zurückverfolgen der Kategorien zu den kodierten Textstellen. Bei der Verwendung des Programms erfolgt die Zuordnung einer Textstelle zu einer Kategorie ohne vorhergehende dokumentierte Paraphrasierung und Generalisierung. Diese beiden Schritte müssen hierbei durch die kodierende Person während des Kodierungsprozesses „im Kopf“ erfolgen. Im Anschluss an den Kodiervorgang wurden die Daten zur statistischen Auswertung direkt in SPSS übertragen, was mittels der Exportfunktion von Atlas.ti direkt möglich ist. In SPSS erfolgte der Schritt der Reduktion, bei der Mehrfachkodierungen einer Kategorie innerhalb des gleichen Berichtes zu einer Kodierung zusammengefasst wurden.

2.2.4. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS und EXCEL. Es wurden die Häufigkeiten für die einzelnen Kategorien bestimmt und nachfolgend die Häufigkeiten für die Unterbereiche und Phasen durch Addition der Werte in den zugehörigen Kategorien. Außerdem wurden die Häufigkeiten der Kodierungen von Kategorien mit negativer bzw. positiver Richtung für die Unterbereiche und die Oberbereiche bestimmt. Um Verzerrungen durch Berichte zu vermeiden, in denen extrem viele Nennungen bestimmter Kategorien vorhanden sind, wurden die Häufigkeiten „Nennungen pro Phase“ und „Nennungen von positiven bzw. negativen Kategorien in einer Phase“ zusätzlich mit der Bedingung bestimmt, dass nur eine Nennung pro Bericht und Phase möglich ist. Das bedeutet, dass unter dieser Bedingung in einem Erfahrungsbericht zwar viele unterschiedliche Kodierungen von Kategorien einer Phase vorhanden sein können, jedoch pro Phase diese Nennungen nur maximal einmal gezählt werden.

2.3. Kategoriensystem

Nach der Kodierung aller berücksichtigten 147 Berichte bestand das Kategoriensystem aus 154 induktiv am Text gebildeten Einzelkategorien. Es wurden zehn Bewertungskategorien gebildet. Häufig beschreiben zwei Kategorien den gleichen Sachver-

halt. Die eine erfasst hierbei den positiven Fall, also z.B. dass etwas stattgefunden hat und die andere Kategorie kodiert für den negativen Fall, wenn etwas nicht stattgefunden hat (siehe hierzu auch Tabelle 3.3). Unter anderem dadurch kommt die große Anzahl an Kategorien zustande.

Unterteilung in Oberbereiche

Die Bildung der Kategorien erfolgte zunächst ohne weitere Unterteilung oder Zuordnung induktiv am Text. Im nachhinein wurden die Kategorien anschließend in Ober- und Unterbereiche in Anlehnung an die Phasen des idealen Prozesses sortiert, welche durch eine Expertengruppe innerhalb des Projektes der Universität Würzburg zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für den Bereich der Mutter-Kind-Maßnahmen beschrieben worden waren¹. Dadurch entstand ein Kategoriensystem mit folgenden neun Oberbereichen:

1. Vorbereitung
2. Anreise
3. Planung der Behandlung
4. Durchführung der Behandlung
5. Abschluss
6. Organisation der Behandlung
7. Hoteleigenschaften
8. Moderatoren
9. Fazit

Die Oberbereiche 7 bis 9 wurden neu hinzugefügt und entstammen nicht der ursprünglichen Beschreibung des idealen Prozesses. Sie enthalten Kategorien, die nicht unter die regulären sechs Phasen des idealen Prozesses eingeordnet werden konnten. Der Oberbereich „Hoteleigenschaften“ wurde für das Kategoriensystem als siebte Phase ergänzt und im Folgenden werden die Oberbereiche 1 bis 7 dementsprechend als Phasen bezeichnet. Die Oberbereiche „Moderatoren“ und „Fazit“ sind inhaltlich nicht deutlich der Prozessqualität im eigentlichen Sinne (und im Sinne des idealen

¹Eine detaillierte Darstellung des idealen Prozesses befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit

Prozesses) zuzuordnen und werden bei anschließenden Analysen häufig gesondert betrachtet und interpretiert.

Am meisten Kategorien wurden den Bereichen „Hoteleigenschaften“ (n=33), „Organisation der Behandlung“ (n=33) und „Durchführung der Behandlung“ (n=27) zugeordnet. Es folgen die Bereiche „Anreise“ mit 21 Kategorien und „Planung der Behandlung“ mit 19 Kategorien. Auf den Bereich „Moderatoren“ entfallen 11 Kategorien. Lediglich wenige Kategorien wurden den Bereichen „Vorbereitung der Maßnahme“ (n=4), „Abschluss“ (n=5) und „Fazit“ (n=4) zugeordnet.

Unterteilung in Unterbereiche

Innerhalb der Oberbereiche wurden die Kategorien nochmals in Unterbereiche sortiert. Auch diese Unterbereiche orientieren sich an der Beschreibung des idealen Prozesses. Bei fehlender Zuordnungsmöglichkeit wurden auch hier neue Unterbereiche hinzugefügt. In dem Oberbereich „Fazit“ wurde auf eine weitere Unterteilung verzichtet, da dies bei diesem Bereich nicht als sinnvoll erachtet wurde. Insgesamt besteht das Kategoriensystem aus 40 Unterbereichen. Die Abbildung 2.3 zeigt beispielhaft am Oberbereich „Hoteleigenschaften“ die Zuordnung der Kategorien zu einem Unter- und zu einem Oberbereich.

Beschreibung der Oberbereiche

Im Folgenden soll genauer beschrieben werden, welche Aspekte der Prozessqualität in welchen Oberbereich eingeordnet wurden. Es erfolgt erst eine Beschreibung der sieben Phasen des idealen Prozesses, anschließend der verbleibenden zwei Oberbereiche „Moderatoren“ und „Fazit“. Eine ausführliche Darstellung des Kategoriensystems findet sich im Anhang.

Der Oberbereich „Vorbereitung“ beschreibt Prozessmerkmale, die bereits vor Beginn der Maßnahme stattfinden. Gemeint sind dabei die Zusendung von Informationen an die Patientin, sowie das Erfassen von Daten, Wünschen und Bedürfnissen der Patientin von Seiten der Klinik. Die vier enthaltenen Kategorien werden zwei entsprechenden Unterbereichen „Versendung von Unterlagen“ und „Erfassung von Wünschen“ zugeordnet.

Der Oberbereich „Anreise“ befasst sich inhaltlich mit den verschiedenen Prozessmerkmalen der Anreisituation. Die 21 Kategorien verteilen sich auf fünf verschie-

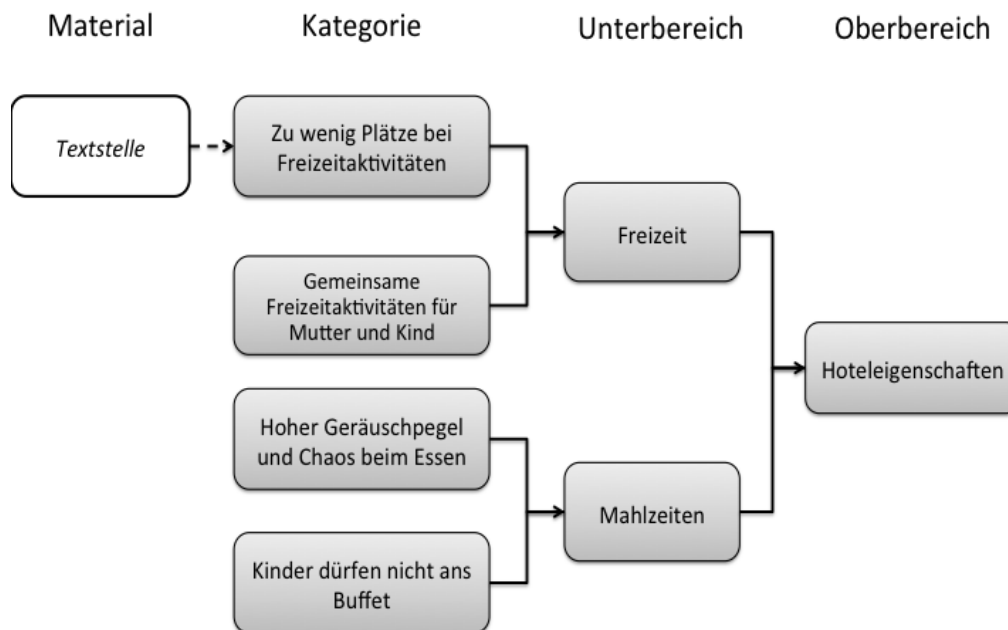


Abbildung 2.3.: Darstellung eines Ausschnitts des Kategoriensystems

dene Unterbereiche. Den größten Unterbereich bildet hierbei der Themenkomplex „Strukturierung der Anreisesituation“ mit insgesamt elf Kategorien. Zu diesem Bereich gehören z.B. Prozessmerkmale wie der Gepäcktransport oder auch eine zügige Zimmerzuweisung. Außerdem erfolgte eine Kategorienzuordnung in die Unterbereiche „Einführung“, „Informationsmaterial“, „Einführung in die Kinderbetreuung“ und „Zeitliche Anreise der Patientinnen“. Der letztgenannte Unterbereich entstammt nicht der Beschreibung des idealen Prozesses, sondern wurde neu gebildet.

Der Themenkomplex der Aufnahmeuntersuchung durch einen Arzt und die Erstellung der Therapiepläne wird im Oberbereich „Planung der Behandlung“ kodiert. In diesem Oberbereich wurden die Kategorien fünf verschiedenen Unterbereichen zugeordnet. Die meisten Kategorien (n=12) entfielen hierbei auf den Unterbereich „Erstellung individueller Therapiepläne“. Jeweils zwei Kategorien wurden den Unterbereichen „Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung“, „Ärztliche Diagnostik“ und „Therapieplan Begleitkinder“ zugeordnet. Der Unterbereich „Warten bei Untersuchungen“ enthält lediglich eine Kategorie und stellt eine Ergänzung des idealen Prozesses dar.

Der vierte Oberbereich „Durchführung der Behandlung“ beschreibt den Ablauf der Therapien und die Umsetzung des Therapieplans. Dieser Bereich ist in weitere neun Unterbereiche gegliedert. Die meisten Kategorien (n=15) wurden dem Unterbereich

„Patientenorientierter Ablauf (Mutter)“ zugeordnet. Dieser Unterbereich erfasst die Prozessmerkmale, die einen reibungslosen Ablauf der Therapie der Patientin gewährleisten. Dazu zählen z.B. eine gute zeitliche Abstimmung der Therapien, eine Kinderbetreuung zu Therapiezeiten etc. Der Unterbereich „Patientenorientierter Ablauf (Kind)“ (2 Kategorien) erfasst ähnliche Prozessmerkmale, jedoch in Bezug auf behandlungsbedürftige Kinder. Der Umgang mit interkurrenten Erkrankungen wird durch den Unterbereich „Patientenorientierter Ablauf (Krankheit)“ beschrieben. Durch weitere Unterbereiche wird erfasst, wie der Umgang in den Therapien mit der Patientin war, ob der Therapieplan während der Maßnahme überprüft wurde, ob regelmäßige Arztkontakte stattfanden und ob es einen Ausfall von angeordneten Therapien gab.

Die Kategorien, die den Bereich der Abreise und den Abschluss der Maßnahme betreffen, finden sich im Oberbereich „Abschluss“. Die Themen „Ärztliche Abschlussuntersuchung“, „Strukturierung der Abreise“, „Evaluation“ und „Erfolg der Behandlung“ bilden die vier Unterbereiche.

Eine weitere Phase des idealen Prozesses ist die „Organisation der Behandlung“. Diesem Oberbereich wurden 33 Kategorien zugeordnet, die sich auf die sechs Unterbereiche „Präsenz des Arztes und kurzfristige Verfügbarkeit“ (n=3), „Pädagogische Kinderbetreuung“ (n=14), „Verlässliches Sprechstundenangebot“ (n=2), „Organisation der Klinik“ (n=9), „Eignung Kleinkinder“ (n=3) und „Hygienekonzept der Klinik“ (n=2) verteilen.

Der siebte Oberbereich „Hoteleigenschaften“ ist keine ursprüngliche Phase des idealen Prozesses. Da jedoch von den Müttern viele Aspekte der Prozessqualität genannt wurden, die einem solchen Bereich zuzuordnen sind und nicht unter die bereits beschriebenen Phasen fallen, wurde dieser Oberbereich in das Kategoriensystem aufgenommen und wegen der inhaltlichen Nähe zu den anderen Phasen des idealen Prozesses ebenfalls als „Phase“ bezeichnet. Zu den „Hoteleigenschaften“ zählen Unterbereiche, die die Freizeitgestaltung, den Ablauf der Mahlzeiten und die Sauberkeit der Klinik betreffen. Diesen drei Unterbereichen sind insgesamt 33 Kategorien zugeordnet, wobei 23 Kategorien den Ablauf der Mahlzeiten betreffen, jeweils fünf die Freizeitgestaltung und die Sauberkeit der Klinik.

Unter dem Begriff „Moderatoren“ wurden Kategorien erfasst, die den Prozess beeinflussen könnten, auch wenn sie keine eigentlichen Aspekte der Prozessqualität beschreiben. Da auch sie jedoch im weiteren Sinne den Ablauf beschreiben, wurden sie kodiert und dann den „Moderatoren“ zugeordnet. Die elf Kategorien verteilen

sich auf die fünf Unterbereiche „Verhältnis der Patientinnen untereinander“ (n=2), „Klinikgröße“ (n=3), „Besuch“ (n=2), „Männerverbot“ (n=2), „Interkurrente Erkrankungen“ (n=1) und „Therapieabbruch“ (n=1).

Den letzten Oberbereich stellt das Fazit dar. Hier wurden die vier Fazitkategorien „neutral“, „positiv“, „negativ“ und „uneindeutig“ eingeordnet.

3. Ergebnisse

Gemäß der Hauptfragestellung soll durch die qualitative Inhaltsanalyse erfasst werden, welche Prozessmerkmale die Patientinnen beschreiben. Zudem soll versucht werden, den Stellenwert der Prozessmerkmale und die Qualität des Ablaufs aus der Sicht der Mütter zu erfassen.

Hierfür stehen verschiedene Daten zur Verfügung:

1. Häufigkeit der Nennungen einzelner Kategorien/Unterbereiche/Oberbereiche
2. Anzahl der gebildeten Kategorien im jeweiligen Unter- und Oberbereich
3. Häufigkeit der Nennungen von positiven bzw. negativen Kategorien im jeweiligen Unter- und Oberbereich

Für die Frage, wie wichtig ein Prozessmerkmal bzw. eine Prozessphase ist, werden die Nennungshäufigkeiten der Kategorien und die Anzahl der gebildeten Kategorien in der jeweiligen Phase herangezogen. Die Zahl der Nennungen ist ein Indikator für die Wichtigkeit des jeweiligen Aspektes, da viele Mütter dieses Merkmal für erwähnenswert hielten. Dies gilt gleichermaßen für neutrale, negative und positive Kategorien. Wenn ein Aspekt in keiner Art erwähnt wurde, also weder neutral noch in seiner positiven oder negativen Ausprägung (fand statt/fand nicht statt), dann ist davon auszugehen, dass die Mutter sich an diesen Aspekt entweder nicht erinnert oder ihn als nicht erwähnenswert empfand. Beides zeugt von minderer Wichtigkeit des Aspektes für die Mutter. Dementsprechend kann also aus der Zahl der Nennungen auf die Bedeutung der Kategorie für den Prozessablauf aus Sicht der Mutter geschlossen werden. Da hier ein induktives Verfahren zur Kategorienbildung angewendet wurde, wird zudem die Anzahl der gebildeten Kategorien in der jeweiligen Phase berücksichtigt.

Für die Frage, wie gut eine Phase abläuft, werden aus den Richtungen der genannten Kategorien Rückschlüsse auf die Qualität des Ablaufs gezogen. Wie in Kapitel 2.3 auf Seite 21 erwähnt, existieren zu vielen Sachverhalten zwei Kategorien, je

nach dem, ob ein Merkmal stattfand oder nicht. Durch Einschätzung der qualitativen Richtung, können diese Kategorien in „positiv“ oder „negativ“ bezüglich des Prozessablaufs eingeteilt werden. Bedingung ist hierfür nicht, dass eine jeweilige Gegenkategorie existiert. Die Deskription der Einteilung lässt sich jedoch an einem solchen Beispiel leichter nachvollziehen. In Phase 3 „Planung der Behandlung“ wurden beispielsweise die beiden Kategorien „Ausführliche ärztliche Untersuchung und Aufklärung fand statt“ und „Ausführliche ärztliche Untersuchung fand nicht statt“ gebildet. Eine theoriegeleitete Einordnung der ersten Kategorie als positiv und der zweiten Kategorie als negativ im Bezug auf die Prozessqualität ist naheliegend. Eine solch mögliche Zuordnung wurde für alle Kategorien von zwei Personen geprüft und strittige Fälle besprochen. Das Kategoriensystem wird dadurch durch eine weitere Einteilung in positive, negative und neutrale Kategorien ergänzt. Für die Analyse der Qualität des Ablaufs wird diese Unterteilung zu Hilfe genommen. Hierbei wird die Anzahl der Nennungen von Kategorien mit positiver bzw. negativer Richtung verglichen. Dies geschieht unter der Annahme, dass eine Phase, in der im Vergleich zu den anderen Phasen prozentual mehr positive Kategorien kodiert werden, qualitativ besser abläuft. Viele Nennungen von Kategorien mit einer negativen Ausprägung weisen dagegen auf einen problematischen Ablauf im Prozess hin. Zusätzlich werden im anschließenden Kapitel 3.2 auf Seite 52 die Nennungen der Bewertungskategorien bei der Betrachtung des Ablaufs mit einbezogen. Im Unterschied zu der Einteilung in positive, negative und neutrale Kategorien, welche theoriegeleitet und unabhängig von etwaigen Bewertungen durch die Patientinnen erfolgte, handelt es sich bei den Bewertungskategorien um Kodierungen von Textstellen, in denen die Patientinnen bewertende Aussagen bezüglich eines Merkmals getätigt haben.

3.1. Deskription und Analyse der von den Müttern beschriebenen Prozessmerkmale

3.1.1. Nennungshäufigkeiten der kodierten Prozessmerkmale

Insgesamt wurden in den 147 Berichten 2424 Textstellen kodiert. Diese verteilen sich auf insgesamt 157 Kategorien, 40 Unterbereiche und neun Oberbereiche. Bei den quantitativen Auswertungen wurden die absoluten Zahlen der Nennungen in einzelnen Kategorien, Unter- und Oberbereichen ermittelt. Dies lässt eine Sortierung der jeweiligen Ebenen nach deren Nennungshäufigkeit zu. In den folgenden

Beschreibungen der Häufigkeiten wurden die Bewertungskategorien unberücksichtigt gelassen, da sie nicht unmittelbar Prozessmerkmale beschreiben. Sie werden im Anschluss gesondert betrachtet.

Nennungshäufigkeiten auf Ebene der Oberbereiche

Auf die Phasen des idealen Prozesses, also die Oberbereiche 1 bis 7, entfallen 1629 Nennungen, auf die Moderatoren 173 und auf das Fazit 137. Die Kategorien der Phase „Vorbereitung“ werden 28 mal genannt, die Kategorien der Phase „Anreise“ 364 mal, die der Phase „Planung der Behandlung“ 199 mal und die der Phase „Durchführung der Behandlung“ 218 mal. In der Phase „Abschluss der Behandlung“ finden sich 34 Nennungen, in der Phase „Organisation der Behandlung“ 334 Nennungen und in der Phase „Hoteleigenschaften“ werden 452 Nennungen erfasst. In Tabelle 3.1 ist zur Veranschaulichung die Verteilung der Nennungen dargestellt.

Tabelle 3.1.: Verteilung der absoluten und relativen Anzahl kodierter Textstellen innerhalb der Oberbereiche

| Oberbereiche | | Anzahl der Nennungen | | N/K |
|--------------|-----------------------------|----------------------|------|------|
| | | n | % | |
| Phasen | Vorbereitung | 28 | 1,4 | 7 |
| | Anreise | 364 | 18,8 | 17,3 |
| | Planung der Behandlung | 199 | 10,3 | 10,5 |
| | Durchführung der Behandlung | 218 | 11,2 | 8,1 |
| | Abschluss | 34 | 1,8 | 6,8 |
| | Organisation der Behandlung | 334 | 17,2 | 10,1 |
| | Hoteleigenschaften | 452 | 23,3 | 13,7 |
| | Moderatoren | 173 | 8,9 | - |
| | Fazit | 137 | 7,1 | - |
| | Gesamt | 1939 | 100 | - |

Unter Nennungen pro Kategorie (N/K) in der letzten Spalte sind die Zahlen für die zweite Berechnungsart mit Berücksichtigung der Anzahl der Kategorien pro Phase aufgelistet.

Sortiert man die Phasen absteigend nach der Anzahl der Nennungen ergibt sich folgende Reihenfolge:

1. Hoteleigenschaften
2. Anreise
3. Organisation der Behandlung
4. Durchführung der Behandlung

5. Planung der Behandlung
6. Abschluss
7. Vorbereitung

Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Phasen unterschiedlich komplex sind. So ist es nachvollziehbar, dass auf die Phase „Vorbereitung“ nur wenige Aspekte der Prozessqualität entfallen. Dementsprechend können dieser Phase auch nur wenige Kategorien zugeordnet werden. Im Gegensatz dazu werden in der Phase „Organisation der Behandlung“ sehr viele Aspekte erfasst. Dementsprechend mehr Kategorien entfallen auf diese Phase. Um nun eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Phasen trotz ihrer unterschiedlichen Komplexität zu erreichen, wird die durchschnittliche Anzahl der Nennungen pro Kategorie bestimmt (Anzahl Nennungen pro Phase/Anzahl Kategorien pro Phase). In der Tabelle 3.1 sind diese Durchschnittswerte für jede Phase in der letzten Spalte angegeben. Sortiert man die Phasen absteigend nach diesem Durchschnittswert erhält man folgende Reihenfolge:

1. Anreise
2. Hoteleigenschaften
3. Planung der Behandlung
4. Organisation der Behandlung
5. Durchführung der Behandlung
6. Vorbereitung
7. Abschluss

Allerdings ist auch diese Betrachtung nur eingeschränkt aussagekräftig, da bei dem gewählten induktiven Vorgehen die Anzahl der Kategorien abhängig von den Nennungen ist. Eine nicht gebildete Kategorie beim induktiven Vorgehen entspricht einer Kategorie ohne Nennungen bei einem deduktiven Vorgehen. Dies bedeutet, dass ein Bereich komplexer sein kann, als im Kategoriensystem abgebildet, jedoch in keinem Bericht entsprechende Textstellen zu Bildung der fehlenden Kategorien vorhanden waren.

Auch muss berücksichtigt werden, dass bei den beiden Betrachtungen mehrere Nennungen von der gleichen Mutter stammen können, die sich in einer Phase addieren. Wenn eine Mutter lang und ausführlich über den Ablauf beim Essen berichtet hat,

Tabelle 3.2.: Verteilung der Häufigkeiten innerhalb der Oberbereiche mit maximal einer Zählung pro Phase und Bericht

| Oberbereiche | | Anzahl der Nennungen | |
|--------------|-----------------------------|----------------------|------|
| | | n | % |
| Phasen | Vorbereitung | 24 | 16,3 |
| | Anreise | 114 | 77,6 |
| | Planung der Behandlung | 96 | 65,3 |
| | Durchführung der Behandlung | 103 | 70,1 |
| | Abschluss | 31 | 21,1 |
| | Organisation der Behandlung | 116 | 78,9 |
| | Hoteleigenschaften | 135 | 91,8 |

Bei dieser Berechnungsweise gibt n die Anzahl der Berichte an, die Prozentzahl bezieht sich auf das Verhältnis zur Gesamtzahl der Berichte.

sind mit hoher Wahrscheinlichkeit mehrere Nennungen im Unterbereich „Ablauf der Mahlzeiten“ entstanden, die in die Phase „Hoteleigenschaften“ einfließen. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, dass sehr viele Mütter etwas zu diesem Bereich geschrieben haben, obwohl das eventuell nicht der Fall ist. Um eine Verzerrung durch einzelne Berichte zu vermeiden, in denen überdurchschnittlich ausführlich über einzelne Bereiche geschrieben wurde, wird zusätzlich die Anzahl der Berichte bestimmt, in denen mindestens eine Nennung erfolgt ist, die in die jeweilige Phase fällt (siehe Tabelle 3.2). Das bedeutet, dass in dieser Betrachtung nur unterschieden wird zwischen Berichten mit Nennungen in dieser Phase und Berichten ohne Nennungen in dieser Phase unabhängig davon, wie viele Nennungen insgesamt gezählt wurden. Bei dieser Auswertung ergibt sich absteigend folgende Reihenfolge:

1. Hoteleigenschaften
2. Organisation der Behandlung
3. Anreise
4. Durchführung der Behandlung
5. Planung der Behandlung
6. Abschluss
7. Vorbereitung

Die Reihenfolge bleibt also bis auf die Plätze zwei und drei identisch mit der Betrachtung der Häufigkeiten aller Nennungen. Dass die Phase Anreise hierbei weiter hinten zu finden ist, kann z.B. daran liegen, dass viele Berichte mit der Schilderung

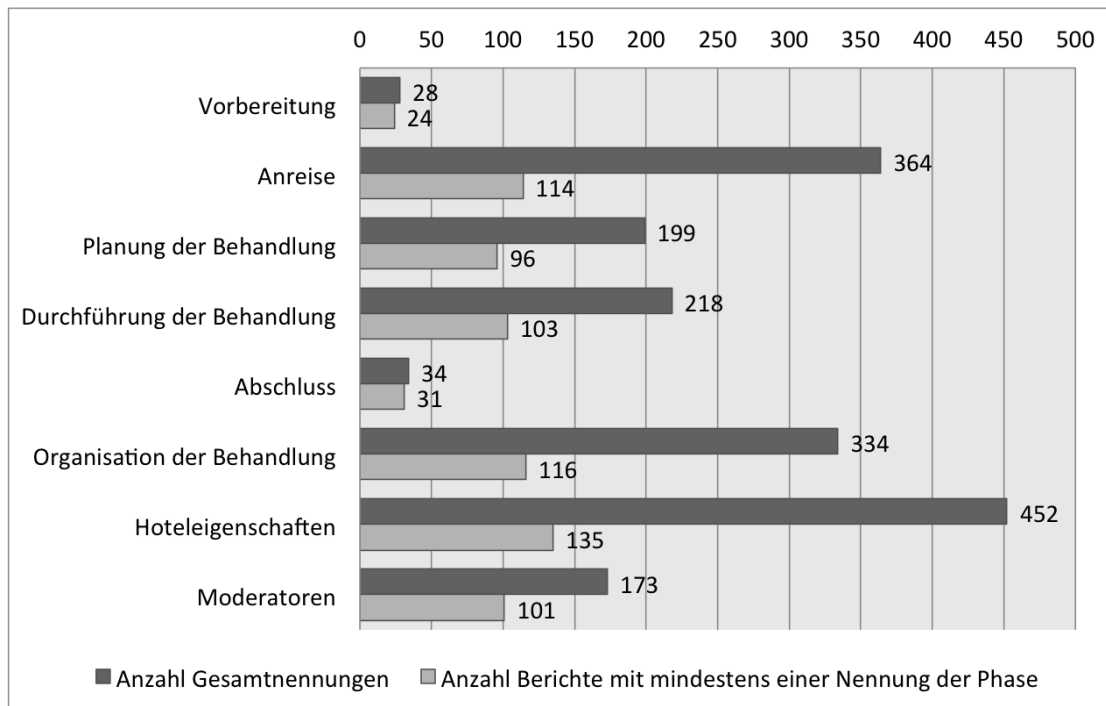


Abbildung 3.1.: Häufigkeiten auf der Ebene der Oberbereiche.

Die dunkelgrauen Balken zeigen in dieser Abbildungen die absoluten Häufigkeiten der addierten Kategorien in der jeweiligen Phase. Die hellgrauen Balken zeigen die Verteilung unter der Bedingung, dass pro Bericht und Phase nur eine Nennung gezählt wird. Diese Zahl ist identisch mit der Anzahl der Berichte, in denen die jeweilige Phase genannt wurde.

der Anreise beginnen und dieser Teil deshalb in diesen Berichten sehr ausführlich beschrieben wird und so bei den Nennungshäufigkeiten große Werte erreicht, obwohl der Bereich selbst nicht besonders komplex ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unabhängig von der Betrachtungsweise die Phasen „Hoteleigenschaften“, „Anreise“ und „Organisation der Behandlung“ häufig genannt werden, die Phasen „Durchführung der Behandlung“ und „Planung der Behandlung“ weniger häufig und die Phasen „Abschluss“ und „Vorbereitung“ eher selten genannt werden. In Abbildung 3.1 sind die Nennungen pro Phase und die zuletzt dargestellte Berechnungsweise vergleichend dargestellt.

Nennungshäufigkeiten auf Ebene der Unterbereiche

Auf der Ebene der Unterbereiche entfallen am meisten Nennungen auf den Unterbereich „Mahlzeiten“ mit 365 Nennungen, dann folgt der Bereich „Strukturierung der Anreisesituation“ mit 233 Nennungen und der Bereich „Pädagogische Kinderbetreuung“ mit 123 Nennungen. An vierter Stelle steht der Bereich „Patientenorientierter

Ablauf (Mutter)“ (n=120), es folgt der Unterbereich „Erstellung individueller Vorsorgepläne“ (n=117) und „Organisation der Klinik“ (n=106). Da auch auf dieser Ebene die Problematik der unterschiedlichen Komplexität der einzelnen Unterbereiche besteht, wird auch für diese Ebene die durchschnittliche Zahl der Nennungen pro gebildeter Kategorie berechnet. Hierdurch entsteht eine etwas andere Reihenfolge. Am meisten Nennungen pro Kategorie finden sich im Unterbereich „Strukturierung der Anreisesituation“ (n=23,3), es folgen der Bereich „Mahlzeiten“ (n=15,2), „Organisation der Klinik“ (n=10,6) und „Erstellung individueller Vorsorgepläne“ (n=9). Betrachtet man die Unterbereiche getrennt innerhalb der häufig genannten Phasen, so verteilen sich innerhalb der Phase „Hoteleigenschaften“ die Nennungen auf die drei Unterbereiche in folgender Reihenfolge:

1. „Mahlzeiten“ (n=365)
2. „Sauberkeit“ (n=50)
3. „Freizeit“ (n=37)

In der Phase „Anreise“ erreichen die Unterbereiche „Strukturierung der Anreisesituation“, „Einführung“ und „Erhalt von Informationsmaterial“ die höchste Zahl an Nennungen und in der Phase „Organisation der Behandlung“ entfallen an meisten Nennungen auf die Unterbereiche „Pädagogische Kinderbetreuung“ (n=123), „Organisation der Klinik“ (n=106) und „Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit“ (n=49). Häufig genannte Unterbereiche aus weniger wichtigen Phasen sind also folgende: „Patientenorientierter Ablauf (Mutter)“ (n=120), „Erstellung individueller Vorsorgepläne“ (n=117) und „Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung“ (n=56). Bei den Moderatoren weisen die beiden Unterbereiche „Verhältnis der Patientinnen untereinander“ (n=64) und „Interkurrente Erkrankungen“ (n=38) die meisten Nennungen auf.

Nennungshäufigkeiten der Kategorien

Bei den einzelnen Kategorien werden dichotome Kategorien (sofern vorhanden) bei der Zahl der Nennungen gemeinsam betrachtet, da beide Ausprägungen (fand statt/fand nicht statt) das gleiche Prozessmerkmal beschreiben (siehe Tabelle 3.3). Die am häufigsten genannte Kategorie „Zimmererhalt (nicht) direkt nach Ankunft“ aus dem Unterbereich „Strukturierung der Anreisesituation“ wurde in 78 Berichten genannt. In 71 Berichten wurde die Ausprägung „fand statt“ genannt.

Beispiel:

„Wir wurden sehr freundlich empfangen und uns wurde sofort unser Zimmer gezeigt.“ (Bericht Nr. 98; Absatz 7)

Tabelle 3.3.: Kategorien mit den häufigsten Nennungen

| Kategorie | Anzahl der Nennungen | | |
|--|----------------------|------------|------------------|
| | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Zimmererhalt direkt nach Ankunft | 78 | 71 | 7 |
| Auswahl des Mittagssessens möglich | 74 | 71 | 3 |
| Mahlzeiten erfolgen von den Kindern getrennt | 59 | 54 | 5 |
| Aufnahmeuntersuchung innerhalb der ersten zwei Tage | 56 | 54 | 2 |
| In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig draußen | 55 | 50 | 5 |
| Abholung vom Bahnhof | 53 | 52 | 1 |
| Empfang bei Ankunft | 48 | 46 | 2 |
| Kofferservice bei Ankunft | 46 | 27 | 19 |

Die Tabelle zeigt die Kategorien mit den häufigsten Nennungen und der jeweiligen Verteilung dieser Nennungen auf „fand statt“ oder „fand nicht statt“.

Lediglich in sieben Berichten konnte das Zimmer nicht direkt nach der Ankunft bezogen werden. In 74 Berichten finden sich Textstellen, ob eine Auswahl des Mittagssessens möglich wahr (Phase „Hoteleigenschaften“). 71 Patientinnen erwähnten eine Möglichkeit der Auswahl des Essens. Ob die Mahlzeiten zusammen oder getrennt von den Kindern stattfanden, wurde in 59 Fällen beschrieben. In 54 Berichten wurde mindestens einmal ohne die Kinder gegessen. Auf den Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchungen gingen 56 Patientinnen ein (Phase „Planung der Behandlung“). Bei 54 Patientinnen erfolgte die Aufnahmeuntersuchung innerhalb der ersten zwei Tage. Ein häufig genanntes Prozessmerkmal in der Phase „Organisation der Behandlung“ war der Aspekt, ob die Kinder in der Kinderbetreuung oft draußen waren. Von insgesamt 55 Berichten, in denen auf diesen Punkt eingegangen wurde, waren nur in 5 Fällen die Kinder nicht regelmäßig an der frischen Luft.

„Jeden Tag waren die Kinder draußen an der Luft, im Wald, auf dem Spielplatz oder am Strand.“ (Bericht Nr. 54; Absatz 60)

Die drei nächsthäufigen Prozessmerkmale beziehen sich alle auf die Anreisesituation. Eine Abholung vom Bahnhof wurde in 52 Fällen beschrieben, lediglich eine Patientin berichtete, dass eine Abholung nicht stattgefunden habe.

„Dorthin gelangt man mit dem Bus (Linie 3, 2. Haltestelle), die Halte-

stelle ist direkt vor der Tür.“ (Bericht Nr. 100; Absatz 14)

46 Patientinnen beschrieben, dass sie bei der Ankunft empfangen wurden, bei zwei Patientinnen war dies nicht der Fall. Eine Hilfe beim Tragen des Gepäcks erfolgte nicht in allen Kliniken. 19 Patientinnen beschrieben, dass es keine Art von Gepäckservice gab, während 27 Patientinnen Hilfe beim Gepäck erwähnten.

„Wer die Koffer schon losgeschickt hatte, fand sie im Appartement vor, die anderen wurden vom freundlichen Hausmeister hoch getragen.“ (Bericht Nr. 26; Absatz 12)

Im Folgenden sollen die Häufigkeiten der Nennungen in den Kategorien innerhalb der jeweiligen Phasen beschrieben werden.

In der ersten Phase „Vorbereitung“ finden sich insgesamt 28 Nennungen. Diese beschreiben zwei Merkmale im Vorfeld der Maßnahme und zwar ob vorher Informationsmaterial an die Patientin verschickt wurde und ob vor der Maßnahme geäußerte Wünsche der Patientin bezüglich des Zimmers berücksichtigt wurden. In fünf Berichten wird erwähnt, dass Informationsmaterial verschickt wurde, in drei Berichten wird bemängelt, dass dies nicht erfolgt sei. Zimmeränderungswünsche wurden in 15 Berichten berücksichtigt, bei fünf Patientinnen war dies nicht der Fall.

Tabelle 3.4.: Kategorien in der Phase „Vorbereitung“

| Phase 1: Vorbereitung | | | |
|---|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Genügend Informationen schon vor der Anreise | 8 | 5 | 3 |
| Zimmer(änderungs)wünsche in angemessener Zeit erfüllt | 20 | 15 | 5 |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“

„In den Papieren, die mir das Kurheim geschickt stand, war u.a. ein Zettel mit Dingen, die man mitbringen sollte.“ (Bericht Nr. 47; Absatz 17)

Die zweite Phase „Anreise“ stellt eine komplexe und häufig genannte Phase dar. Die wichtigsten Merkmale sind, wie bereits weiter oben erwähnt, die Kategorien:

1. „Zimmererhalt (nicht) direkt nach Ankunft“
2. „Abholung vom Bahnhof“

3. „Empfang bei Ankunft“

4. „Gepäckservice“

Prozessmerkmale, die nur in einzelnen Berichten erwähnt wurden, bezogen sich beispielsweise auf einen landesweiten Busshuttle-Service (n=3) oder einen gemeinsamen Anreisetag für alle Patientinnen (n=4). Über zu viele Termine am Anreisetag wurde in fünf Berichten geklagt.

„Die ersten zwei Tage waren echt heftig. Die Eingewöhnung und die vielen Termine haben mich echt richtig gefordert.“ (Bericht Nr. 102; Absatz 4)

Tabelle 3.5.: Kategorien in der Phase „Anreise“

| Phase 2: Anreise | | | |
|--|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Bundes- oder landesweiter Busshuttle | 3 | 3 | 0 |
| Abholung vom Bahnhof | 53 | 52 | 1 |
| Kofferservice bei Ankunft | 46 | 27 | 19 |
| Empfang bei Ankunft | 48 | 46 | 2 |
| Zimmererhalt direkt nach Ankunft | 78 | 71 | 7 |
| Zu viele Termine am Anreisetag | 5 | - | - |
| offizielle Informations- u. Begrüßungsveranstaltung an den ersten zwei Tagen | 22 | 21 | 1 |
| Begrüßungsgeschenke/-aktionen zum Kennenlernen | 19 | - | - |
| Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | 37 | 36 | 1 |
| Informationen bei Ankunft | 36 | 34 | 2 |
| Eingewöhnungszeit in der Kinderbetreuung | 13 | 10 | 3 |
| Zeitgleiche An- und Abreise der Patientinnen | 4 | 3 | 1 |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtnennung dargestellt.

In der dritten Phase des idealen Prozesses „Planung der Behandlung“ sind die am häufigsten erwähnten Merkmale der Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung und die Möglichkeit der Mitbestimmung beim Therapieplan. Von 22 Patientinnen wird berichtet, ob der Therapieplan individuell auf sie abgestimmt wurde. Bei 19 war dies der Fall (siehe auch das folgende Zitat). Von 19 Patientinnen wird beschrieben, ob sie indikationsspezifische Therapien erhielten. Eher selten erwähnte Merkmale beziehen sich auf einen Erhalt den Therapieplans ohne vorausgehende Untersuchung (n=1), Wartezeiten bei der Aufnahmeuntersuchung (n=3) und die Verschreibung von Therapien, deren Teilnahme der Patientin aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war (n=4).

„Die Therapiepläne werden für jeden individuell auf die Bedürfnisse angepasst.“ (Bericht Nr. 136; Absatz 46)

Tabelle 3.6.: Kategorien in der Phase „Planung der Behandlung“

| Phase 3: Planung der Behandlung | | | |
|--|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Aufnahmeuntersuchungen innerhalb der ersten zwei Tage | 56 | 54 | 2 |
| Ausführliche ärztliche Untersuchung und Aufklärung | 14 | 9 | 5 |
| Therapieplan individuell auf Patientin abgestimmt | 22 | 19 | 3 |
| Indikationsspezifische Therapien | 19 | 12 | 7 |
| Mitbestimmung beim Therapieplan | 38 | 32 | 6 |
| Therapieplan ohne ärztliche Untersuchung | 1 | - | - |
| Verordnung von Therapien, deren Teilnahme der Patientin gesundheitlich nicht möglich ist | 4 | - | - |
| Kein Erhalt der gewünschten Therapie, weil in der Klinik nicht verfügbar | 5 | - | - |
| Zu viele Therapien | 2 | - | - |
| Nicht genügend Therapien | 13 | - | - |
| Zusätzliche Therapien/Aktivitäten frei wählbar | 13 | - | - |
| Begleitkinder erhalten Therapien | 9 | 8 | 1 |
| Warten bei Aufnahmeuntersuchungen | 3 | - | - |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtnennung dargestellt.

In der Phase 4 „Durchführung der Behandlung“ wurde besonders häufig das Merkmal erwähnt, ob es an einigen Abenden eine zusätzliche Kinderbetreuung gab (32 Nennungen, 21 für „fand statt“, 11 für „fand nicht statt“).

„Abends, wenn die Kinder im Bett waren, wurden sie von 2 Nachtwachen betreut und wir Mütter verbrachten auch noch viele schöne Abende.“

(Bericht Nr. 30; Absatz 18)

Auch ob eine Kinderbetreuung während der Therapien und Aktivitäten stattfand oder nicht (n=25) und ob eine Nutzung von Babyphones möglich war (n=24), wurde von einigen Patientinnen beschrieben. In 21 Berichten wurde darauf eingegangen, ob während einer interkurrenten Erkrankung eine gute Versorgung gewährleistet war (n=21, davon 4 keine ausreichende Versorgung). Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass das Auftreten einer interkurrenten Erkrankung in 38 Berichten beschrieben wurde. Am seltensten wurde in dieser Phase beschrieben, dass die Therapien zu kurz waren (n=1), ausgefallene Therapien nachgeholt wurden (n=2), in den Gruppentherapien zu viele Patientinnen teilnahmen (n=2) und teilweise unqualifiziertes Personal eingesetzt wurde (n=2).

Tabelle 3.7.: Kategorien in der Phase „Durchführung der Behandlung“

| Phase 4: Durchführung der Behandlung | | | |
|--|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Kein qualifiziertes Personal für die Therapien und andere Bereiche | 2 | - | - |
| Ausfall von Therapien und Gesprächen | 8 | - | - |
| Gute zeitliche Verteilung der Therapien | 9 | - | - |
| Überschneidungen der Termine | 5 | - | - |
| Zusätzliche Kinderbetreuung während der Therapien und Aktivitäten | 25 | 24 | 1 |
| Therapieplan nicht auf Kinderbetreuungs- und Ruhezeiten abgestimmt | 3 | - | - |
| Keine ganztägige Kinderbetreuung | 6 | - | - |
| An einigen Abenden zusätzliche Kinderbetreuung für besondere Aktivitäten | 32 | 21 | 11 |
| Kinderbetreuung auch am Wochenende | 9 | 4 | 5 |
| Zusätzliche Kinderbetreuung durch Babyphon | 24 | - | - |
| Zu viele Teilnehmer bei Gruppentherapien | 2 | - | - |
| Therapien waren zu kurz bzw. kürzer als geplant | 1 | - | - |
| Sanktionierung von Unpünktlichkeit | 4 | - | - |
| Kinderbetreuung kümmert sich um die Kindertherapien | 14 | 13 | 1 |
| Gute Versorgung bei Krankheit | 21 | 17 | 4 |
| Wegen Krankheit ausgefallene Therapien können nachgeholt werden | 2 | - | - |
| Stattfinden einer Zwischenuntersuchung | 11 | - | - |
| Anpassung des Therapieplans im Laufe der Maßnahme an Patientin | 17 | - | - |
| Eingehen auf die Patientinnen (Ärztin/Psychologin) | 18 | 15 | 3 |
| Einstellen auf das Krankheitsbild (Arzt/Therapeut) und dessen Berücksichtigung bei den Therapien | 5 | 4 | 1 |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtneennung dargestellt.

Die Phase 5 „Abschluss der Behandlung“ enthält insgesamt nur wenig Nennungen, die sich auf fünf verschiedene Aspekte verteilen. Die beiden am häufigsten genannten Merkmale sind das Stattfinden einer ärztlichen Abschlussuntersuchung (n=13) und einer Verabschiedung (n=11). Wenn auch selten genannt, so ist die Kategorie „Unangemessene Evaluation der Patientinnenzufriedenheit“ sicherlich in der Hinsicht interessant, dass hier Verfahren zur Qualitätssicherung von den Patientinnen angesprochen werden. Entsprechende Zitate findet man in Bericht 16 und 46.

„Man wurde sogar genötigt, den Bewertungsbogen auszufüllen, eine Mutter musste ihn extra aus dem Zimmer holen und ihre Kids quasi als Pfand da lassen beim Arzt.“ (Bericht Nr. 16; Absatz 75)

„Zum Abschluss durften wir einen Fragebogen ausfüllen und unsere Kritik äußern. Diese Fragebögen wurden dann beim Abschiedskaffee einen Tag vor der Abfahrt besprochen. Das sieht so aus, dass die Geschäftsführerin sich wunderbar darauf vorbereitet und auf alle Kritikpunkte eine vorgefertigte Antwort hat. Wirkliche Kritik ist nicht gefragt.“ (Bericht Nr. 46; Absatz 20)

Tabelle 3.8.: Kategorien in der Phase „Abschluss der Behandlung“

| Phase 5: Abschluss der Behandlung | | | |
|--|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Stattfinden einer Abschlussuntersuchung | 13 | - | - |
| Stattfinden einer Verabschiedung | 11 | - | - |
| Abreise gut organisiert | 4 | - | - |
| Unangemessene Evaluation der Patientinnenzufriedenheit | 3 | - | - |
| Therapien brachten den gewünschten Erfolg | 20 | 15 | 5 |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtnennung dargestellt.

Tabelle 3.9.: Kategorien in der Phase „Organisation der Behandlung“

| Phase 6: Organisation der Behandlung | | | |
|---|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Ärztliche Versorgung gewährleistet | 27 | 24 | 3 |
| Zusätzliche Gespräche mit einer Mitarbeiterin bei Bedarf | 22 | - | - |
| Kinderbetreuung individuell auf Patientin abgestimmt | 14 | - | - |
| Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | 5 | 4 | 1 |
| Benachrichtigung der Mutter bei Problemen in der Kinderbetreuung | 6 | 5 | 1 |
| Keine altersgemäße Gruppeneinteilung | 5 | - | - |
| Trennung der Geschwister | 4 | 1 | 3 |
| In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig draußen | 55 | 50 | 5 |
| Schulunterricht gewährleistet | 26 | 21 | 5 |
| Zu wenig Personal/ zu viele Kinder | 5 | - | - |
| Erzieherinnen gehen nicht auf die Kinder ein | 3 | - | - |
| Medizinische Betreuung rund um die Uhr gewährleistet | 23 | - | - |
| Ein Ansprechpartner nachts erreichbar | 7 | - | - |
| Nutzung von Räumlichkeiten außerhalb der regulären Nutzung möglich | 34 | - | - |
| Vorhandene Strukturmerkmale nur eingeschränkt nutzbar | 22 | - | - |
| Klinik berücksichtigt allgemeine Wünsche | 15 | 14 | 1 |
| Klinik ist schlecht organisiert | 3 | - | - |
| Klinikmitarbeiter widersprechen sich oder geben falsche Informationen | 3 | - | - |
| Allgemeine Information mittels Aushang | 23 | - | - |
| Nicht genügend Informationen während der Maßnahme | 3 | - | - |
| Kindersicherheit gewährleistet | 7 | 1 | 6 |
| Klinik nur eingeschränkt für Kleinkinder geeignet | 13 | - | - |
| Klinik reagiert ausreichend auf Krankheitswelle | 6 | 2 | 4 |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtnennung dargestellt.

In der Phase 6 „Organisation der Behandlung“ wird die Kategorie „In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig/selten draußen“ (n=55) am häufigsten genannt. In der Mehrzahl der Fälle (n=50) waren die Kinder regelmäßig draußen. Darauf folgen die Kategorien „Nutzung von Räumlichkeiten außerhalb der regulären Nutzung möglich“ (n=34) und „Ärztliche Versorgung (nicht) gewährleistet“ (n=27). Selten genannte Kategorien sind beispielsweise „Nicht genügend Informationen während der Maßnahme“ (n=3) oder „Möglichkeit, Beschwerden zu äußern“ (n=3). In 22 Berichten wurde außerdem darauf eingegangen, ob von ärztlicher oder psychologischer Seite die Möglichkeit bestand, zusätzliche Gespräche zu vereinbaren.

„Termine mit dem Psychologen konnten bei Bedarf sehr kurzfristig vereinbart werden.“ (Bericht Nr. 64; Absatz 32)

Die häufigsten Nennungen in der Phase 7 „Hoteleigenschaften“ entfallen auf die Kategorie „Auswahl des Mittagessens (nicht) möglich“ (n=74). In 71 Berichten gab es mehrere Auswahlmöglichkeiten. Es folgt die Kategorie „Keine/mindestens eine/alle getrennte Mahlzeit“ (n=59) mit drei möglichen Ausprägungen und als nächstes „Durchgehend kostenfreie/kostenpflichtige Versorgung mit Getränken“ (n=44). Die Kategorien „(mangelhafte) Kinderbetreuung während der gemeinsamen Mahlzeiten“ (n=5) und „Freizeitangebote nicht an sonstigen Ablauf angepasst“ (n=5) werden hingegen selten genannt.

„Die Kinder haben in den Gruppenräumen gegessen und die Mütter im Speisesaal, was wir als sehr angenehm empfanden.“ (Bericht Nr. 21; Absatz 17)

Bei den Moderatoren wird am häufigsten darauf eingegangen, wie das Verhältnis der Patientinnen untereinander sich gestaltete (n=64) und ob es zu einer interkurrenten Erkrankung kam (n=38). Viele Nennungen (n=22) entfielen auch auf die Frage der Klinikgröße und der damit zusammenhängenden subjektiven Atmosphäre der Klinik (Familiär versus Massenabfertigung). Vier Patientinnen beschrieben hierbei ihre Klinik als zu groß. 20 Patientinnen beschrieben, ob externer Besuch (z.B. des Ehemannes) möglich war. Zu der Kategorie „Harmonie und Freundschaften zwischen den Patientinnen“ findet sich beispielsweise im Bericht 146 folgende Textstelle:

„Sehr gut getan haben mir auch die zahlreichen Gespräche mit anderen Müttern. Es ist wohltuend, zu hören, dass viele mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben.“ (Bericht Nr. 146; Absatz 116)

Tabelle 3.10.: Kategorien in der Phase „Hoteleigenschaften“

| Phase 7: Hoteleigenschaften | | | |
|---|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Zu wenig Plätze bei Freizeitaktivitäten | 9 | - | - |
| Freizeitangebote/Aufenthalt zu teuer | 6 | - | - |
| Freizeitangebote nicht an sonstigen Ablauf angepasst | 5 | - | - |
| Gemeinsame Freizeitaktivitäten für Mutter und Kind | 17 | 15 | 2 |
| Ausreichende und regelmäßige Zimmerreinigung | 27 | 20 | 7 |
| Saubere, gepflegte Klinik | 19 | 15 | 4 |
| Ungenügende Reinigung der gemeinschaftlichen Räumlichkeiten | 4 | - | - |
| Keine getrennten Mahlzeiten | 5 | - | - |
| Mindestens eine getrennte Mahlzeit | 50 | - | - |
| Alle Mahlzeiten getrennt | 4 | - | - |
| Mindestens eine Mahlzeit wird serviert | 12 | - | - |
| Mahlzeiten in zwei Schichten unterteilt | 17 | - | - |
| Mahlzeiten in mehreren Speisesälen | 20 | - | - |
| Mindestens ein Essen wird auf dem Zimmer eingenommen | 7 | - | - |
| Hoher Geräuschpegel und Chaos beim Essen | 37 | 32 | 5 |
| Kinder dürfen nicht ans Buffet | 6 | - | - |
| Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | 5 | 3 | 2 |
| Auswahl des Mittagessens möglich | 74 | 71 | 3 |
| Genug Essen für alle/ Nachschlag möglich | 16 | 8 | 8 |
| Eingehen auf Wünsche und Besonderheiten beim Essen | 30 | 28 | 2 |
| Babynahrung/Kinderessen erhältlich | 30 | 26 | 4 |
| Durchgehende kostenfreie Versorgung mit Getränken | 44 | 37 | 7 |
| Verpflegung für Ausflüge | 8 | - | - |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtnennung dargestellt.

Tabelle 3.11.: Kategorien des Oberbereichs „Moderatoren“

| Moderatoren | | | |
|---|--------|------------|------------------|
| Kategorie | gesamt | fand statt | fand nicht statt |
| Harmonie und Freundschaften zwischen den Patientinnen | 64 | 42 | 22 |
| Familiäre Atmosphäre/keine Anonymität/wenige Patientinnen | 18 | - | - |
| Klinik zu groß, Massenabfertigung | 4 | - | - |
| Klinik ist zu voll belegt | 1 | - | - |
| Externer Besuch möglich | 20 | 18 | 2 |
| Männerverbot | 18 | 2 | 16 |
| Kind/Mutter erkrankten während der Maßnahme | 38 | - | - |
| Vorzeitiger Abbruch der Maßnahme | 10 | - | - |

Absolute Nennungen mit der Verteilung auf die Ausprägungen „fand statt“ bzw. „fand nicht statt“. Für nicht dichotome Kategorien ist nur die Gesamtzählung dargestellt.

3.1.2. Verteilung der Kodierungen auf negative und positive Kategorien

Teilt man die einzelnen Kategorien in positive, negative und neutrale Kategorien auf, ermöglicht dies eine Betrachtung der Häufigkeit und Verteilung von Nennungen positiver und negativer Aspekte auf den verschiedenen Ebenen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu dem Auswertungsaspekt „positive und negative Kategorien“ vorgestellt. Als erstes werden die Ergebnisse auf der Ebene der Phasen betrachtet, um daraufhin nach einer Betrachtung der Unterbereiche auf die einzelnen Kategorien einzugehen.

Ebene der Oberbereiche

Allen Phasen ist gemeinsam, dass sie weitaus mehr Nennungen in positiven als in negativen Kategorien erhalten. In der Gesamtzahl der Nennungen entfallen 77% (n=1109) auf positive und 23% (n=326) auf negative Kategorien.

Tabelle 3.12.: Absoluten und relative Nennungshäufigkeiten von positiven bzw. negativen Kategorien pro jeweiliger Phase

| Oberbereiche | positive Kategorien | | negative Kategorien | | Gesamt |
|-----------------------------|---------------------|----|---------------------|----|--------|
| | n | % | n | % | |
| Vorbereitung | 18 | 64 | 10 | 36 | 28 |
| Anreise | 321 | 89 | 41 | 11 | 362 |
| Planung der Behandlung | 147 | 74 | 52 | 26 | 199 |
| Durchführung der Behandlung | 122 | 74 | 42 | 26 | 164 |
| Abschluss | 18 | 86 | 3 | 14 | 21 |
| Organisation der Behandlung | 247 | 75 | 83 | 25 | 330 |
| Hoteleigenschaften | 236 | 71 | 95 | 29 | 331 |
| Nennungen Gesamt | 1109 | 77 | 326 | 23 | 1435 |

Vergleicht man die Prozentwerte der einzelnen Phasen in Tabelle 3.12 wird deutlich, dass überdurchschnittlich viele Nennungen von positiven Kategorien in den Phasen „Anreise“ (89%) und „Abschluss“ (86%) auftreten, wohingegen positive Kategorien in den Phasen „Vorbereitung“ (64%) und „Hoteleigenschaften“ (71%) unterdurchschnittlich häufig genannt werden. Die Phasen „Planung der Behandlung“ (74%), „Durchführung der Behandlung“ (74%) und „Organisation der Behandlung“ (75%) liegen nah am Gesamt-Durchschnittswert von 77% für positive Kategorien.

Für den Bereich „Moderatoren“ zeigt sich ein abweichendes Ergebnis. Hier entfallen mehr Nennungen auf negative Kategorien (56%). Nur 44% der Nennungen sind in positive Kategorien einzuordnen.

Berechnet man die Verteilung der Nennungen von positiven und negativen Kategorien unter der Bedingung, dass pro Bericht nur jeweils eine Nennung von positiven und negativen Kategorien gezählt wird, relativiert sich der Einfluss einzelner Berichte, in denen überdurchschnittlich viel Positives oder Negatives über einen Bereich geschrieben wurde. Die Zahl der Nennungen steht bei dieser Betrachtungsweise für die Zahl der Berichte, in denen die jeweilige Phase positiv oder negativ erwähnt wurde. Die Tabelle 3.13 für diese Berechnung macht deutlich, dass leichte Verschiebungen zu denen in Tabelle 3.12 entstehen. Die Phase „Organisation der Behandlung“ ist hier eher bei den Phasen mit weniger positiven Nennungen einzuordnen, die Phase „Vorbereitung“ stellt sich etwas positiver dar und die Phase „Planung der Behandlung“ weist hierbei überdurchschnittlich viele positive Nennungen auf. Bei der Gesamtheit der Nennungen zeigt sich bei dieser Betrachtungsweise eine Verschiebung hin zu den negativen Kategorien. 70% (n=512) der Nennungen entfallen hierbei auf positive und 30% (n=147) auf negative Kategorien.

Tabelle 3.13.: Absolute und relative Nennungshäufigkeiten von positiven bzw. negativen Kategorien pro jeweiliger Phase unter der Bedingung, dass nur eine Nennung pro Phase und pro Bericht gezählt wird

| Oberbereiche | positive Kategorien | | negative Kategorien | | Gesamt |
|-----------------------------|---------------------|----|---------------------|----|--------|
| | n | % | n | % | |
| Vorbereitung | 18 | 69 | 8 | 31 | 26 |
| Anreise | 106 | 77 | 31 | 23 | 137 |
| Planung der Behandlung | 85 | 75 | 28 | 25 | 113 |
| Durchführung der Behandlung | 79 | 71 | 32 | 29 | 111 |
| Abschluss | 16 | 84 | 3 | 16 | 19 |
| Organisation der Behandlung | 101 | 66 | 51 | 34 | 152 |
| Hoteleigenschaften | 107 | 63 | 62 | 37 | 169 |
| Nennungen Gesamt | 512 | 70 | 215 | 30 | 727 |

Da die Zahl der Nennungen pro Phase die Anzahl der Berichte darstellt, ist auch hier eine Betrachtung der Nennungen in Bezug zur Gesamtzahl der Berichte möglich (siehe Tabelle 3.14). Die Zahlen sind hierbei abhängig von der Gesamtzahl von Kategorien und Nennungen pro Phase. Das wird unter anderem in der Phase „Hoteleigenschaften“ deutlich. In fast jedem zweiten Bericht (42,2%) findet sich eine Nennung von negativen Kategorien in dieser Phase. Allerdings erfolgt in vielen

Berichten (72,8%) auch eine Nennung von positiven Kategorien. Dies ist dadurch begründet, dass insgesamt viele Nennungen auf diese Phase entfallen und erst das Verhältnis letztendlich eine Aussage im Vergleich zu den anderen Phasen ermöglicht (siehe hierfür Tabelle 3.12 oder Tabelle 3.13).

Tabelle 3.14.: Prozentualer Anteil der Gesamtberichte, in denen eine Nennung positiver bzw. negativer Kategorien in der jeweiligen Phase erfolgte

| Oberbereiche | Anteil Berichte mit Nennungen von positive Kategorien [%] | Anteil Berichte mit Nennungen von negative Kategorien [%] |
|-----------------------------|---|---|
| Vorbereitung | 12,2 | 5,4 |
| Anreise | 72,1 | 21,1 |
| Planung der Behandlung | 57,8 | 19,0 |
| Durchführung der Behandlung | 53,7 | 21,8 |
| Abschluss | 10,9 | 2,0 |
| Organisation der Behandlung | 68,7 | 34,7 |
| Hoteleigenschaften | 72,8 | 42,2 |

Für die beiden Phasen „Anreise“ und „Hoteleigenschaften“, die jeweils deutlich von der durchschnittlichen Verteilung von positiven und negativen Kategorien abweichen, werden hier einige Zitate aufgeführt, die in Kategorien kodiert wurden, welche diesen beiden Phasen zugeordnet werden.

Im Bericht Nr. 94 beschreibt die Patientin Folgendes, was in der Kategorie „Empfang bei Ankunft“ der Phase „Anreise“ kodiert wurde:

„Wir sind sehr nett empfangen worden und fühlten uns schon von Anfang an gut aufgehoben.“ (Bericht Nr. 94; Absatz 31)

Für die Kategorie „Hoher Geräuschpegel und Chaos beim Essen“ in der Phase „Hoteleigenschaften“ findet sich exemplarisch im Bericht Nr. 29 folgendes Zitat:

„Das Essen war extrem stressig durch die vielen durcheinander rennenden Kinder und extrem laute Geräuschkulisse.“ (Bericht Nr. 29; Absatz 36)

Ebene der Unterbereiche

Unabhängig von den Phasen gibt es Unterbereiche mit prozentual besonders vielen Nennungen von positiven oder negativen Kategorien. Diese Unterbereiche sind in Tabelle 3.15 und Tabelle 3.16 zusammengestellt.

Tabelle 3.15.: Unterbereiche mit den prozentual meisten positiven Nennungen

| Unterbereiche | positive Kategorien | | negative Kategorien | |
|--|---------------------|------|---------------------|-----|
| | n | % | n | % |
| Überprüfung und Anpassung des Vorsorgeplans | 17 | 100 | 0 | 0 |
| Strukturierung der Abreisesituation | 15 | 100 | 0 | 0 |
| Erfolg der Behandlung | 3 | 100 | 0 | 0 |
| Verlässliches Sprechstundenangebot | 30 | 100 | 0 | 0 |
| Einführung | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 |
| Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung | 54 | 96,4 | 2 | 3,6 |
| Informationsmaterial | 34 | 94,4 | 2 | 5,6 |
| Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 47 | 94,0 | 3 | 6,0 |
| Patientenorientierter Ablauf (Kind) | 13 | 92,9 | 1 | 7,1 |

Die Tabelle zeigt die absoluten und relativen Zahlen der Nennungen von Kategorien mit positiver oder negativer Richtung.

Der Unterbereich „Verlässliches Sprechstundenangebot“ ist einer von vier Unterbereichen in dem nur Nennungen von positiven Kategorien kodiert wurden. In diesem Unterbereich wurde die Erreichbarkeit und Präsenz des Personals kodiert. Im Bericht Nr. 41 findet sich z.B. folgende Textstelle, die in der Kategorie „Medizinische Betreuung rund um die Uhr gewährleistet“ kodiert wurde:

„Der medizinische Dienst ist rund um die Uhr besetzt und ausserhalb der Sprechzeiten waren immer Krankenschwestern auf Station und tagsüber ein Arzt immer im Haus. Nachts eine Nachtschwester auf Station und die Ärzte in Rufbereitschaft.“ (Bericht Nr. 41; Absatz 32)

Ein Unterbereich, in dem zwar auch negative Kategorien genannt wurden, in dem aber prozentual am meisten positive Kategorien kodiert wurden, ist der Unterbereich „Einführung“ in der Phase „Anreise“. In diesem Bereich werden z.B. Aspekte wie das Stattfinden einer Begrüßungsveranstaltung bzw. einer Hausführung kodiert.

„Heute war die Begrüssungsrunde im Speisesaal. Der Klinikleiter, Oberarzt, Leiter der Psychologie, die Hauswirtschaftsleiterin, Ernährungs-

beraterin und Physiotherapeutin stellten sich den Patientinnen vor. Jeder erzählte etwas über seinen Bereich.“ (Bericht Nr. 97; Absatz 23)

Zu den Unterbereichen mit anteilig vielen Nennungen von negativen Kategorien gehört der Unterbereich „Evaluation“. Hierzu gehört lediglich die Kategorie „Unangemessene Evaluation der Patientinnenzufriedenheit“ mit drei Kodierungen. Zwei dieser Textstellen wurden bereits auf Seite 40 aufgeführt. Der Unterbereich „Klinikeignung für Kleinkinder“ in der Phase „Organisation der Behandlung“ weist viele negative Nennungen auf (95%), wenngleich auch wenige positive Kodierungen vorgenommen wurden. Hier werden Textstellen kodiert, die sich auf die Eignung und Sicherheit für Kleinkinder beziehen, wie beispielsweise im Bericht Nr. 29:

„Dort gab es eine Babyrutsche wo von den 8 Sicherheitsschrauben die das Ding zusammenhält nur zwei da waren.....!!! Ebenso gab es grosse Plastikpuzzleteile, zwei Tische, Kinderstühle und eine Raupe zum durchkrabbeln die auch kaputt war.“ (Bericht Nr. 29; Absatz 43)

Tabelle 3.16.: Unterbereiche mit den prozentual meisten negativen Nennungen

| Unterbereiche | positive Kategorien | | negative Kategorien | |
|---|---------------------|------|---------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategie | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Kein Ausfall von Therapien | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Evaluation | 0 | 0 | 3 | 100 |
| Interkurrente Erkrankung | 0 | 0 | 38 | 100 |
| Abbruch | 0 | 0 | 10 | 100 |
| Eignung Kleinkinder | 1 | 5,0 | 19 | 95,0 |
| Hygienekonzept der Klinik | 2 | 33,2 | 4 | 66,4 |
| Versendung von Unterlagen | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 |
| Freizeit | 15 | 40,5 | 22 | 59,5 |

Die Tabelle zeigt die absoluten und relativen Zahlen der Nennungen von Kategorien mit positiver oder negativer Richtung

Auf Kategorienebene

Im Kapitel 3.1.1 wurden die am häufigsten genannten Kategorien dargestellt, unabhängig davon, ob sie dichotom kodiert wurden. Da eine dichotome Kategorie meistens in eine positive und eine negative Kategorie zerlegbar ist, soll hier noch differenzierter auf die Anteile von positiven bzw. negativen Kategorien an den dichotomen Prozessmerkmalen eingegangen werden.

Betrachtet man die dichotomen Kategorien sortiert nach ihren Anteilen der positiven bzw. negativen Richtung, wird die Liste angeführt von den Kategorien „Abholung vom Bahnhof“ (98% positive Richtung; n=53), „Hausführung innerhalb der ersten 2 Tage“ (97%; n=37) und „Empfang bei Ankunft“ (96%; n=48). Bei den Kategorien mit anteilig vielen Nennungen der negativen Ausprägung führen die Kategorien „Kindersicherheit gewährleistet“ (14% Anteil positive Richtung; n=7) und „Klinik reagiert ausreichend auf Krankheitswelle“ (33%; n=6).

Tabelle 3.17.: Kategorien mit den prozentual meisten positiven und negativen Nennungen

| Unterbereiche | positive Kategorien | | negative Kategorien | |
|---|---------------------|----|---------------------|----|
| | n | % | n | % |
| Abholung vom Bahnhof | 52 | 98 | 1 | 2 |
| Hausführung innerhalb der ersten 2 Tage | 36 | 97 | 1 | 3 |
| Empfang bei Ankunft | 46 | 96 | 2 | 4 |
| ... | | | | |
| Klinik reagiert ausreichend auf Krankheitswelle | 2 | 33 | 4 | 66 |
| Kindersicherheit gewährleistet | 1 | 14 | 6 | 86 |

Die Tabelle zeigt die absoluten und relativen Zahlen der Nennungen in den jeweiligen Kategorien.

Ein typisches Beispiel für die letztgenannte Kategorie mit negativer Richtung findet sich im Bericht Nr. 4:

„Dann fand ich es echt unverschämt, uns anreisen zu lassen, wenn da noch Bakterien/Viren kreisen. Die Probleme hatte das Haus schon im Kurgang davor. Und ich habe von verschiedenen Stellen und Ämtern gehört, da das im vorherigen Kurgang nicht „ausgemerzt“ werden konnte, die Klinik eigentlich die Aufnahme neuer Kurgäste hätten verschieben müssen.“ (Bericht Nr. 4; Absatz 96)

3.1.3. Zusammenfassung

Betrachtet man die Nennungshäufigkeit als Indikator für die Wichtigkeit und die Verteilung der Nennungen auf positive und negative Kategorien als Indikator für die Qualität des Ablaufs der jeweiligen Phase, so können die Phasen nach ihren Ausprägungen dieser Aspekte sortiert werden. Hierfür sind die Phasen in Tabelle 3.18 in Phasen mit hoher/mittlerer/geringer Wichtigkeit und Phasen mit einem eher guten/mittleren/schlechten Ablauf geordnet wurden. Für diese Tabelle wurden die Verteilungen mit der absoluten Zahl von Nennungen herangezogen, da sich die Reihenfolge durch die verschiedenen Berechnungsarten nur geringfügig unterscheidet (siehe Seite 29).

Tabelle 3.18.: Zusammenfassung der quantitativen Analysen

| Qualität des Ablaufs | Wichtigkeit | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---|-----------------|
| | hoch | mittel | gering |
| eher gut | 2. Anreise | | 5. Abschluss |
| mittel | 6. Organisation der Behandlung | 3. Planung der Be- handlung 4. Durchführung der Behandlung | |
| eher schlecht | 7.Hoteleigenschaften | | 1. Vorbereitung |

Die Tabelle 3.18 zeigt deutlich, dass die Phase „Anreise“ eine sowohl wichtige als auch qualitativ gut ablaufende Phase ist, wohingegen die ebenfalls wichtige Phase „Hoteleigenschaften“ vergleichsweise viele negative Kategoriennennungen aufweist. In der Phase „Abschluss“ ist zwar die Qualität des Ablaufs hoch, jedoch ist die Wichtigkeit der Phase gering. Die Phasen „Planung der Behandlung“ und „Durchführung der Behandlung“ liegen bei beiden Ausprägungen im mittleren Bereich.

3.2. Bewertung der Prozesse durch die Patientinnen

3.2.1. Auswertung der Bewertungskategorien

Zusätzlich zu den eigentlichen Merkmalen der Prozessqualität wurden subjektive Patientinnen-Bewertungen einzelner Bereiche kodiert. Diese Kategorien weisen jedoch eine etwas geringere Reliabilität auf (Kappa-Werte zwischen 0,453 und 1,0; siehe Tabelle 2.2 auf Seite 20).

Tabelle 3.19.: Absolute Nennungshäufigkeiten der Bewertungskategorien

| Bewertungskategorien | gesamt | positiv | negativ |
|---|--------|---------|---------|
| Bewertung des Therapieplans | 18 | 17 | 1 |
| Bewertung der ärztlichen Betreuung | 54 | 31 | 12 |
| Bewertung der Therapien | 41 | 37 | 2 |
| Bewertung der psychologischen Betreuung | 19 | 17 | 2 |
| Bewertung der Veranstaltungen | 4 | 0 | 4 |
| Bewertung der Kinderbetreuung | 103 | 85 | 10 |
| Bewertung des Personals | 81 | 76 | 5 |
| Bewertung der Auswahl und Anzahl der Freizeitangebote | 46 | 30 | 14 |
| Bewertung des Sportangebots | 18 | 14 | 4 |
| Bewertung des Essens | 110 | 94 | 11 |

Die Gesamtzahl der Nennungen innerhalb einer Kategorie setzt sich aus den positiven, negativen und neutralen Nennungen zusammen. Dargestellt sind hier außer der Gesamthäufigkeit noch die jeweiligen positiven und negativen absoluten Häufigkeiten.

Insgesamt wurden zehn Bewertungskategorien gebildet, in die insgesamt 485 Textstellen kodiert wurden (siehe hierzu Tabelle 3.19 und Abbildung 3.2). Bewertet wurden von den Patientinnen das Essen, die Kinderbetreuung, das Personal, die Freizeitangebote, die ärztliche und psychologische Betreuung, die Therapien, der Therapieplan, das Sportangebot und weitere Veranstaltungen. Besonders zum Essen und der Kinderbetreuung wurde häufig eine Einschätzung abgegeben.

„Die Betreuung der Kinder in allen Gruppen war meines Erachtens toll!“
(Bericht Nr. 41; Absatz 50)

„Das Essen ist sehr lecker.“ (Bericht Nr. 91; Absatz 12)

„Mit dem Essen standen alle mutter und besonders die kinder schwer auf Kriegsfuss“ (Bericht Nr. 42; Absatz 7)

Überdurchschnittlich gut wurden der Therapieplan und das Personal bewertet.

„Der Therapieplan war sehr gut, von allem was dabei.“ (Bericht Nr. 11; Absatz 25)

„Am meisten beeindruckte mich immer wieder die enorme Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit aller Mitarbeiter. Sicher gab es hier und da Probleme, aber sie wurden,wo immer es möglich war zur Zufriedenheit aller gelöst.“ (Bericht Nr. 108; Absatz 78)

Vergleichsweise viele negative Bewertungen gab es im Bereich des Freizeitangebots (n=14) und der ärztlichen Betreuung (n=12).

„Da ich vorher jedoch schon mal in einer grossen Klinik war, kann ich sagen, dass hier - besonders an den Abenden - sehr wenig Abwechslung für die Mütter angeboten wurde, ab und zu mal irgendwas basteln.“ (Bericht Nr. 55; Absatz 18)

„Ansonsten sind die beiden Ärzte wirklich keine Koryphäen und man sollte lieber nicht zu viel erwarten.“ (Bericht Nr. 122; Absatz 24)

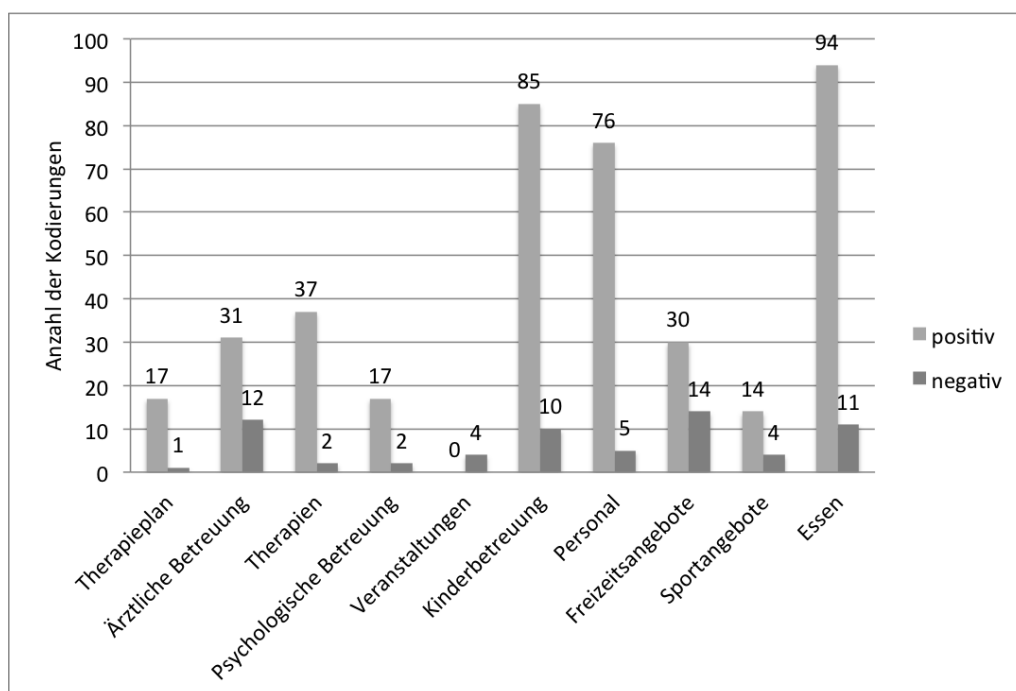


Abbildung 3.2.: Verteilung der Kodierungen auf positive und negative Bewertungen in den Bewertungskategorien

3.2.2. Auswertung der Fazit-Kategorien

Die meisten Berichte enthalten ein zusammenfassendes Zufriedenheitsurteil der Patientinnen, die als „Fazit“ kodiert wurde. Von den 137 Fällen, in denen solch eine Textstelle zu finden war, waren 79% positiv. In 13% wurde ein negatives Fazit gezogen, in jeweils 8% blieb das Fazit uneindeutig bzw. neutral (siehe Tabelle 3.20).

Ein positives Fazit findet sich beispielsweise im Bericht Nr. 132:

„Alles in allem kann ich diese Klinik jedem (mit den entsprechenden Indikationen) nur wärmstens empfehlen!“ (Bericht Nr. 132; Absatz 75)

In Bericht Nr. 24 wird ein neutrales Gesamturteil gefällt:

„Ich fand es insgesamt okay. Nicht mehr aber auch nicht weniger.“ (Bericht Nr. 24; Absatz 27)

Ein Beispiel für ein negatives Fazit bietet die folgende Textstelle:

„Leider war die Kur aus medizinischer Sicht und unter dem Aspekt der Erholung ein wahrer Reinfall“ (Bericht Nr. 124; Absatz 4)

Tabelle 3.20.: Fazit-Kategorien

| Fazit | n | % |
|-------------|-----|------|
| positiv | 108 | 78,8 |
| negativ | 18 | 13,1 |
| neutral | 6 | 4,4 |
| uneindeutig | 5 | 3,6 |

Absolute und relative Häufigkeiten, Prozentwerte gerundet.

4. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, durch ein qualitatives Vorgehen die „andere Seite“, also die Wahrnehmung der Prozessqualität durch Patientinnen, zu erfassen, um diese Ergebnisse in die zukünftige Rehabilitationsforschung einbinden zu können. Bei der bisherigen Erfassung der Prozessqualität in den verschiedenen Verfahren dominiert die expertengeleitete Sichtweise, was genau Prozessqualität darstellt und welche Aspekte wichtig sind in Bezug auf den Prozess einer Mutter-Kind-Maßnahme.

Die Fragestellung, um sich dem Ziel dieser Arbeit anzunähern, lautete:

1. Welche Prozessmerkmale werden von den Müttern beschrieben?
2. Wie werden die Prozesse bewertet?
 - a) Welche bewertenden, globalen Eindrücke werden von den Müttern beschrieben?
 - b) Wie zufrieden sind die Patientinnen mit der Maßnahme in der jeweiligen Einrichtung insgesamt?

Im Folgenden werden die Ergebnisse jeweils nach einer kurzen Zusammenfassung in Hinblick auf ihre Interpretation und Aussagekraft, ihre Bedeutung für die praktische Umsetzung in der Qualitätssicherung, sowie ihre Limitierungen durch die gewählte Stichprobe und Methode näher beleuchtet werden.

4.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die beschriebenen Prozessmerkmale und die Wichtigkeit des Ablaufs

Zur Bestimmung der Wichtigkeit von Prozessmerkmalen wurden die Nennungshäufigkeiten, also die Anzahl der Kodierungen, herangezogen. Hierfür wurden, wie im

Kapitel 3.1.1 dargestellt, verschiedene Berechnungsarten herangezogen, um mögliche Verzerrungen gering zu halten. Es wurden für alle Ebenen die absoluten Häufigkeiten berechnet. Für die Oberbereiche wurden außerdem die Häufigkeiten im Verhältnis zur Kategorienzahl des jeweiligen Oberbereichs bestimmt, um eine Verzerrung durch unterschiedliche Komplexität der Oberbereiche zu vermeiden. In einem weiteren Schritt wurde die Anzahl der Nennungen unter der Bedingung bestimmt, dass pro Oberbereich nur eine Nennung pro Bericht gezählt wurde. Hierdurch sollte eine Verzerrung durch Berichte vermieden werden, die sehr ausführlich auf einen bestimmten Oberbereich eingehen und dadurch zu Ausreißern in der Anzahl der Kodierungen führen. Bei der Betrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass die unterschiedlichen Berechnungen nur zu marginalen Unterschieden in der Reihenfolge der Oberbereiche führen. Beschränkt man sich auf die Betrachtung der eigentlichen Prozessqualität, also auf die Phasen, ergibt sich weitgehend folgende Reihenfolge (beginnend bei den Phasen mit den meisten Nennungen):

1. Hoteleigenschaften
2. Anreise
3. Organisation der Behandlung
4. Durchführung der Behandlung
5. Planung der Behandlung
6. Abschluss
7. Vorbereitung

Die Phasen „Hoteleigenschaften“ und „Anreise“ sind bei allen Berechnungsarten unter den ersten drei Phasen. Am wenigsten Nennungen entfallen konstant auf die Phasen „Abschluss“ und „Vorbereitung“. Nach dieser Methode sind demnach die Bereiche „Anreise“ und „Hoteleigenschaften“ für die Patientinnen die wichtigsten Phasen im Ablauf der Maßnahme. Zu diesen beiden Phasen werden von überdurchschnittlich vielen Müttern überdurchschnittlich viele Prozessmerkmale in ihren Erfahrungsberichten beschrieben. Die Phasen Planung, Organisation und Durchführung der Behandlung, die bisher von Experten als die eigentliche Prozessqualität verstanden wurden, finden sich bei den Müttern im mittleren Bereich. Das bedeutet, dass hier vermutlich eine abweichende Schwerpunktsetzung der Patientinnen zu den Experten besteht. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der Verteilung der Kodierungen kann man annehmen, dass den Müttern insbesondere Prozessmerkmale wichtig sind,

die einen reibungslosen, stressarmen und alltagsnahen Ablauf der Maßnahme ermöglichen. Erst in einem zweiten Schritt folgt die Fokussierung auf den Prozess der eigentlichen Therapie. Wie in Tabelle 3.3 dargestellt, beziehen sich alle besonders oft kodierten Kategorien auf Prozessmerkmale auf einen alltagsnahen (Kann das Essen frei gewählt werden?) und stressfreien (Kann man gleich das Zimmer beziehen, werden einem die Koffer auf das Zimmer gebracht) Ablauf. Die Schwerpunktsetzung der Mütter ist nachvollziehbar. Wenn bereits bei der Anreise ein erhöhter Stress erzeugt wird, der bei der Einnahme der Mahlzeiten fortgesetzt wird und durch eine schlechte Planung des Ablaufs der Therapiesitzungen intensiviert wird, bleibt fraglich, was die Mütter bei noch so gut durchgeführten Therapiestunden mit nach Hause nehmen. Eine Berücksichtigung der Schwerpunkte der Mütter scheint hier sinnvoll. In den letzten Jahren wird eine stärkere Patientenorientierung in der Qualitätssicherung gefordert (vgl. Lecher, Satzinger, Trojan & Koch, 2002; Widera & Klosterhuis, 2007; Widera, 2010). Dies sollte sich nicht rein auf die Durchführung von Patientenbefragungen begründen, sondern ebenfalls eine Berücksichtigung patienteneigener Schwerpunktsetzung und Sichtweise beinhalten.

Die beschriebenen Prozessmerkmale und die Qualität des Ablaufs

Die Auswertung der Kategorien mit positiver oder negativer Richtung geht über den Aspekt hinaus, Merkmale der Prozessqualität aus der Sicht der Mütter zu erfassen. Bei diesem Auswertungsschritt geht es nicht allein um das Ziel, mögliche neue Aspekte der Prozessqualität zu erfassen oder deren Wichtigkeit für die Patientinnen zu ermitteln, sondern eine Aussage über den generellen Ablauf des Prozesses in den durch die Berichte beschriebenen Kliniken darzustellen. Hier wird versucht, eine Aussage darüber zu erhalten, wie gut in der Stichprobe der Berichte bestimmte Bereiche des Prozesses in den Kliniken ablaufen. Es handelt sich hierbei folglich um eine Art Qualitätseinschätzung. Diese erfolgt in dieser Studie gesammelt für die ganze Stichprobe, nicht für einzelne Kliniken. Im Fokus steht die Ermittlung der verhältnismäßigen Qualität einzelner Phasen oder Kategorien untereinander. Es lässt sich durch dieses Studiendesign keine Aussage darüber treffen, wie die absolute Qualität einzelner Phasen ist, sondern lediglich ermitteln, wie einzelne Phasen im Vergleich zu den anderen Phasen ablaufen. Die Einteilung in „gut“, „mittel“ und „schlecht“ ist dementsprechend eine rein relative und steht immer im Bezug zum Kategoriensystem.

Betrachtet man die Ergebnisse aus Kapitel 3.1.2, wird deutlich, dass die Phasen „Anreise“ und „Abschluss“ vergleichsweise gut ablaufen, während die Qualität in den

Phasen „Vorbereitung“ und „Hoteleigenschaften“ schlechter ist als in den restlichen Phasen. Nimmt man diese Zahlen als Grundlage, müssten Verbesserungen im Prozess vor allem in diesen beiden Bereichen erfolgen.

Wesentlich mehr negative Kategorien werden bei den „Moderatoren“ genannt. Nur in diesem Bereich überwiegt die Zahl der Nennungen von negativen über positiven Kategorien. Bei den Moderatoren handelt es sich nicht um direkte Prozessmerkmale, sondern um Aspekte, die Einfluss auf den Prozess nehmen können. Die häufige Nennung negativer Kategorien bei den Moderatoren legt die Interpretation nahe, dass der Einfluss dieser Faktoren in der Mehrzahl negativer Art ist. Dies spiegelt sich auch in den Kategorien wider, die unter diesen Bereich fallen. So werden hier Textstellen kodiert, die eine interkurrente Erkrankung oder einen Abbruch der Maßnahme beschreiben. In der Praxis wäre es somit erstrebenswert, den Einfluss dieser Moderatoren möglichst zu minimieren oder, sofern möglich, die positiven Moderatoren zu stärken bzw. einen guten Umgang mit Problemen (z.B. interkurrente Erkrankungen, Streitigkeiten etc.) zu finden.

Insgesamt werden mehr Textstellen in positive Kategorien kodiert. Dies kann unabhängig von der Qualität des Prozesses auch durch die Methode zustande kommen. Meistens bildet der "fand statt"-Anteil einer dichotomen Kategorie die positive Richtung. Das heißt, es werden Textstellen in eine positive Kategorie kodiert, in denen die Patientin schreibt, was während der Maßnahme stattgefunden hat. Es erfolgt also ein Bericht über das Geschehene aus der Erinnerung der Patientin. Für die Nennung der Gegenkategorie müsste der Patientin bewusst sein, dass etwas nicht erfolgte, obwohl es ihrer Meinung nach hätte stattfinden können (oder sollen). Dies erfordert nachvollziehbarerweise eine höhere Aufmerksamkeit auf das entsprechende Merkmal und ein Bewusstwerden des Prozesses.

Die Bewertung der Prozesse durch die Patientinnen

Die Bewertungskategorien erfassen globale Bewertungen einzelner Bereiche durch die Patientinnen, die nicht unmittelbar in den Bereich der Prozessqualität fallen. Trotzdem wurden sie in dieser Arbeit miteingefasst, um auch diese Informationen quantitativ abzubilden und das Potential des Materials weit auszuschöpfen. Bereits in den Kapiteln 2.2.2 und 3.2.1 wurde darauf eingegangen, dass die Interraterreliabilität der Bewertungskategorien etwas niedriger ausfällt als bei den Kategorien, die die Prozessqualität erfassen. Trotzdem werden auch hier noch ausreichende Werte erzielt. Unter dieser Einschränkung lassen sich aus den Bewertungskategorien trotz-

dem wertvolle Informationen ableiten. Diese Informationen sind womöglich für die Verantwortlichen in den Kliniken und den Trägern selbst von Interesse, da gerade bewertende Aussagen der Patientinnen Einfluss auf zukünftig teilnehmende Mütter haben können.

Die besonders häufigen Nennungen in den Bewertungskategorien bezüglich der Mahlzeiten oder der Kinderbetreuung zeigen, dass es sich hierbei um Bereiche handelt, die die meisten Mütter für wichtig und erwähnenswert erachten. Ein fades Essen, welches dazu noch schlecht organisiert ist, hinterlässt täglich einen schlechten Eindruck und schlägt sich überdurchschnittlich häufig mit einer entsprechenden Bewertung in den Berichten nieder. Auch die Kinderbetreuung ist ein Thema, auf das fast jede Mutter eingeht.

Mit dem Personal (hiervon sind Ärzte und Psychologen ausgenommen) sind die meisten Patientinnen zufrieden und erteilen gute Bewertungen. Gleiches gilt für den Therapieplan.

Die Bereiche, die vergleichsweise häufig negative Bewertungen erhielten, sind die der ärztlichen Betreuung und des Freizeitangebotes. Dies könnte eventuell bedeuten, dass in vielen Kliniken der Fokus noch nicht so sehr auf diesen Bereichen liegt und hier möglicherweise nachgebessert werden muss.

Die Auswertung der Bewertungskategorien steht im Widerspruch zu Ergebnissen aus den Rehabilitantenbefragungen der Deutschen Rentenversicherung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene mit zumeist chronischen Erkrankungen. Meyer, Brüggemann und Widera (2008) zeigen in ihrer Darstellung der Ergebnisse von Rehabilitantenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung aus mehreren Jahren, dass insbesondere die Bewertung der Rehabilitationsplanung schlechtere Zufriedenheitswerte erhält als andere Bereiche (z.B. Ärztliche Betreuung und Unterbringung). Dies ist in sofern verwunderlich, da in der Untersuchung von Meyer et al. insbesondere die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses für eine hohe Zufriedenheit mit der Rehabilitationsplanung hervorgehoben wird. Da die ärztliche Betreuung in dieser Studie schlechter bewertet wird, wäre somit auch eine geringere Zufriedenheit mit dem Therapieplan zu erwarten gewesen. Jedoch wird der Therapieplan besonders positiv bewertet. Andererseits fanden Meyer et al. auch einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsplan bzw. -ziele und den Kategorien „Zuwendung“ und „Strukturelle Rahmenbedingungen“. In diese Kategorie „Zuwendung“ gingen das Gefühl, respektvoll behandelt zu werden, das Vertrauen zu den Ärzten und anderen Klinikmitarbeitern sowie die Präsenz der

Ärzte ein. Unter Stress stehendes Personal, zeitliche Überschneidungen der Therapien und Therapieausfälle sind Komponenten der „Strukturellen Rahmenbedingungen“. Vergleicht man die Komponenten der Studie von Meyer et al. (2008) mit den Kategorien in dieser Studie, finden sich teilweise entsprechende Äquivalente. So gibt es den Unterbereich „Präsenz des Arztes und kurzfristige Verfügbarkeit“, der überdurchschnittlich viele Nennungen von positiven Kategorien aufweist (Vergleiche Tabelle 3.15). Ein Ausfall von Therapiesitzungen oder Gesprächen wurde in acht Berichten, eine Überschneidung von Terminen in fünf Berichten genannt. Bei den Bewertungskategorien wurde das nicht-ärztliche Personal überdurchschnittlich gut bewertet. Eventuell könnten diese Faktoren in dieser Studie zu der überdurchschnittlich guten Bewertung des Therapieplans geführt haben. Auch könnte ein unterschiedlicher Stellenwert der ärztlichen Behandlung in den Rehabilitationseinrichtungen der erwähnten Befragungen und den Mutter-Kind-Maßnahmen in dieser Studie eine Rolle spielen. Bei der Auswertung der positiven und negativen Kategorien als Anhalt für die Qualität des Ablaufs befindet sich die Phase „Planung der Behandlung“ im mittleren Bereich (Siehe Seite 51).

Die vergleichsweise schlechte Bewertung des ärztlichen Personals deckt sich mit den Ergebnissen aus dem Peer-Review-Verfahren zur Bestimmung der Prozessqualität der Deutschen Rentenversicherung. Bei der Analyse der Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens aus 2005/2006 weisen Baumgarten und Klosterhuis (2007) darauf hin, dass unter anderem das Merkmal der Kommunikation zwischen Patient und Arzt am schlechtesten bewertet wurde. Auch wenn es sich hierbei um Bewertungen von Prozessmerkmalen durch Fachpersonal handelt, bestätigen die Ergebnisse dieser Studie, dass in diesem Bereich grundsätzlicher Verbesserungsbedarf besteht. Einschränkend muss erwähnt werden, dass auch diese Veröffentlichung sich nicht speziell auf Mutter-Kind-Maßnahmen bezieht.

Die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen

In fast allen Berichten finden sich eine oder mehrere Textstellen, die als Fazit kodiert wurden und in denen die Patientinnen ihre Gesamtzufriedenheit mit der Mutter-Kind-Maßnahme und der jeweiligen Klinik ausdrücken. Mit fast 80% überwiegt das positive Fazit deutlich. Dieses Ergebnis deckt sich mit Studien zur Patientenzufriedenheit in anderen Bereichen. So waren z.B. in einer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit in der psychotherapeutischen Versorgung von Hannover, Dogs und Kordy (2000) nur 8% der Patienten unzufrieden mit der stationären Therapie. Einschränkend muss bei dieser Studie erwähnt werden, dass die Kodierung nicht zwischen

Zufriedenheit mit dem Ablauf oder dem Ergebnis der Mutter-Kind-Maßnahme und der Zufriedenheit mit der Einrichtung unterscheidet. Hier fließen vermutlich unterschiedliche Zufriedenheitsurteile zusammen.

Inwiefern Patientenzufriedenheit etwas über den Behandlungserfolg aussagt, ist umstritten (vgl. Mans, 1995; Klein, 2004). Jacob und Bengel (2002) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Zufriedenheit der Patienten eher eine subjektive Bewertung der Qualität der Maßnahme ist und primär nicht durch den Behandlungserfolg bestimmt wird. Trotzdem stellt die Erfassung der Patientenzufriedenheit einen wichtigen Aspekt der Qualitätssicherung dar. Es integriert die Konsumentenorientierung in die Qualitätssicherung. Wie Hannover et al. (2000) betonen, kann ein Behandlungsverfahren, welches eine gute Ergebnisqualität aufweist, nur bedingt zur Versorgungsqualität beitragen, wenn es von den Patienten nicht angenommen wird. Gerade im Zeitalter des Internets, in dem sich immer mehr Patientenzufriedenheitsurteile in Internetforen und -portalen finden, ist es sicher nicht von Nachteil, diese auch wissenschaftlich zu erfassen. Hierbei sollte man sich allerdings dessen bewusst sein, dass Patientenzufriedenheit nicht mit Ergebnisqualität gleichzusetzen ist. Eine ausführliche Abhandlung zur Problematik der Patientenzufriedenheit und ihrer Messmethoden findet sich unter anderem bei Klein (2004).

4.2. Methodenkritik

Stichprobe und Material

Alle verwendeten Texte stammen aus dem Internet. Sie wurden alle auf einer moderierten Internetplattform zum Thema Mutter-Kind-Maßnahme veröffentlicht. Diese Internetseite enthält Hinweise für die Mütter, wie ein solcher Bericht zu verfassen ist und gibt u.a. eine grobe Gliederung vor, wobei diese nicht eingehalten werden muss. Die Veröffentlichung der Berichte erfolgt gesteuert, das heißt, jeder Bericht wird von den Moderatoren gelesen und im Anschluss erfolgt die Entscheidung, ob der Bericht auf der Seite veröffentlicht wird. Auf der Webseite wird darauf hingewiesen, dass „Abrechnungen mit einer Klinik“ nicht veröffentlicht werden. Durch diese Vorgaben ist mit Verzerrungen der Ergebnisse zu rechnen. Die Vorgabe einer Gliederung wirkt sich insbesondere auf die in dieser Studie gewählte induktive Inhaltsanalyse in der Hinsicht aus, dass von einigen Müttern eventuell zu Gliederungspunkten etwas geschrieben wird, um die Vorgaben der Website zu erfüllen und nicht, weil ihnen diese Aspekte selbst wichtig sind. Das induktive Vorgehen mit freiem Material fußt auf

der Annahme, dass das Erwähnen von Aspekten beinhaltet, dass diese von Bedeutung sind. Die Patientin beschreibt einen Aspekt, weil sie sich daran erinnert und ihn selbst für erwähnenswert hält. Die Nennung wird kodiert und wird in der quantitativen Betrachtung in der jeweiligen Kategorie bzw. Phase gezählt. Je mehr die Berichte durch eine Gliederung vorgegeben sind, umso weniger frei ist die Verfassung des Berichtes. Dies bedeutet, dass Aspekte genannt und somit auch kodiert werden, weil die Gliederung es nahe legt. Dadurch können Phasen und Kategorien, die sich mit genannten Gliederungspunkten decken, überproportional mehr Nennungen enthalten als Teile des Kategoriensystems, die nicht in der Gliederung vorkommen. Auf der Webseite wird folgende Gliederung vorgeschlagen:

1. Klinikdaten
2. Lage und Umgebung
3. Ankunft
4. Zimmer
5. Klinik an sich
6. Kinderbetreuung
7. Anwendungen Kinder
8. Anwendungen Mutter/Vater
9. Sonstiges
10. Fazit

Vergleicht man diese Gliederung mit dem Kategoriensystem und den Ergebnissen der quantitativen Analyse, erkennt man, dass die meisten Punkte der Gliederung sich im Kategoriensystem wiederfinden. Die Ankunft wird in der Phase „Anreise“ kodiert, auch einige Aspekte zum Zimmer finden sich in dieser Kategorie. Die Gliederungspunkte „Klinik an sich“ und „Kinderbetreuung“ finden sich überwiegend in der Phase „Organisation der Behandlung“ bzw. teilweise in „Hoteleigenschaften“. Die Gliederungspunkte „Anwendungen Kinder/Mutter/Vater“ werden im Kategoriensystem maßgeblich in den Phasen „Planung der Behandlung“ und „Durchführung der Behandlung“ kodiert. Insbesondere können also auf Grund der Vorgabe einer Gliederung auf der Webseite die Phasen „Anreise“, „Planung der Behandlung“, „Durchführung der Behandlung“, „Organisation der Behandlung“ und „Hoteleigenschaften“ mehr Nennungen erhalten haben, während bei den Phasen „Vorbereitung“ und „Ab-

schluss“ der gegenteilige Effekt eingetreten sein könnte. Betrachtet man die Anzahl der Nennungen pro Phase auf Seite 29 zeigt sich, dass die beiden letztgenannten Phasen die wenigsten Nennungen aufweisen. Dies könnte zumindest teilweise auch auf die Gliederungsvorgabe zurückzuführen sein.

Das kontrollierte Veröffentlichen und der Hinweis der Moderatoren, dass Berichte, in denen zu negativ über eine Klinik geschrieben wird, nicht veröffentlicht werden, könnte ebenfalls einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. Die mögliche Verzerrung hier zeigt sich höchstwahrscheinlich eher in der quantitativen Auswertung der positiven und negativen Kategorien im Kapitel 3.1.2. Es ist allerdings anzunehmen, dass der Einfluss gleichmäßig ist und somit eine generell geringere Nennung von negativen Aspekten über alle Phasen hinweg resultiert, die Verhältnisse zwischen den Phasen aber unverzerrt bleiben. Ebenso kann es einen Einfluss auf das Fazit gehabt haben, so dass häufiger das Resümee positiv oder neutral ausfiel.

In ähnlicher Weise könnte eine Verzerrung zustande kommen, wenn entweder besonders zufriedene oder unzufriedene Mütter vermehrt dazu neigen, Erfahrungsberichte zu verfassen. Auch in einem solchen Fall würde es in erster Linie zu einer Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse zur Bewertung der Prozessmerkmale und des Fazits sowie der Analyse der positiven und negativen Kategorien kommen.

In wie fern ein Einfluss durch die Tatsache bestehen könnte, dass nur Berichte aus dem Internet einbezogen wurden, ist schwierig zu beantworten. Im Jahre 2007 lag die Zahl der Internetnutzer in Deutschland laut einer Umfrage von TNS Infratest bei 60,2% (Statista, 2012). Hier fand also eine Selektion der Stichprobe statt, ob ein Internetanschluss verfügbar war oder nicht. Ob und in wie weit dies Auswirkungen auf die Interpretation der Ergebnisse hat, bleibt jedoch fraglich.

Schwächen der qualitativen Inhaltsanalyse

Auch qualitative Verfahren müssen den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität genügen. Durch verschiedene Maßnahmen wurde in dieser Studie versucht, diesem Anspruch möglichst gut gerecht zu werden. Hierzu dienten unter anderem die Erstellung von Kodierregeln, die parallele Kategorienbildung anhand der ersten 20 Berichte, die Kodierung von 30% der Berichte durch zwei Rater und die Bestimmung der Interraterreliabilität sowie die Wahl möglichst präziser Ankerbeispiele. Trotzdem bleibt die Methode anfällig für Fehler seitens der Kodierung. Die Person, die die Kodierung vornimmt, muss große Mengen an Text durcharbeiten und bei hoher Konzentration alle Textstellen nach den Kodierregeln abarbeiten. Sie muss

den theoretischen Hintergrund und die Kodierregeln verstanden haben und muss einen Überblick über die große Zahl an Kategorien behalten, um eine eindeutige Zuordnung vornehmen zu können, um Mehrfacherstellungen von Kategorien zu vermeiden. Um das Arbeiten mit dem Material möglichst effizient und übersichtlich zu gestalten, wurde die spezielle Kodiersoftware Atlas.ti gewählt. Um Fehler durch Konzentrationsschwächen zu minimieren, wurde zu langes Kodieren am Stück vermieden.

Um die Validität nicht zu gefährden, wurde bei dem Transfer der Kodierungen in quantitative Daten auf mögliche zusätzliche Berechnungen, wie z.B. Gewichtungen, verzichtet und die statistischen Analysen wurden möglichst einfach gehalten. Es muss jedoch einschränkend bemerkt werden, dass der Kodierungsprozess mit einem Informationsverlust durch Aggregation einhergeht und die quantitative Analyse nur ein ungefähres Muster der qualitativen Datengrundlage darstellen kann.

Das induktive Vorgehen beinhaltet Stärken und Schwächen. So wird durch dieses Verfahren im Kategoriensystem nur das abgebildet, was auch wirklich im Material genannt wurde. Es entstehen somit keine Kategorien durch theoretische Überlegungen, sondern nur durch das Material selbst. Kategorien, die nicht gebildet wurden, wurden auch nicht genannt. Der Nachteil beinhaltet allerdings, dass es dementsprechend Kategorien geben kann, die bei einer größeren Materialmenge gebildet werden würden, in dieser Stichprobe aber nicht kodiert wurden, da sie nicht vorkamen. Das Kategoriensystem bleibt also weiterhin offen und unvollständig. Um ein vollständiges Kategoriensystem zu erhalten, müsste man eine unendliche Menge bzw. das ganze existierende Material durchgehen, was praktisch unmöglich ist.

Das induktive Vorgehen stellt zudem einen hohen Anspruch an die kodierende Person im Bereich des Erkennens von relevanten Textstellen. Durch das nicht theoriegeleitete Vorgehen, können Textstellen unter die Kodierregeln fallen, die für die Person sehr unerwartet sind, da bisher nicht theoriegestützt. Dies erfordert ein sehr konzentriertes, kritisches und theorie-unabhängiges Durchgehen des Materials. Es stellt somit auch eine potentielle Fehlerquelle dar.

So kann das möglichst theorie-unabhängige Vorgehen unter anderem dazu geführt haben, dass Merkmale der Prozessqualität zugeordnet wurden, die nach anderen Definitionen eher zur Strukturqualität gezählt werden würden. Die Aufteilung in reine Prozessmerkmale und strukturnahe Prozessmerkmale macht deutlich, dass die Trennung zwischen diesen beiden Bereichen unscharf ist. Ebenso kann es Ungenauigkeiten in Bezug auf die Abgrenzung zur Ergebnisqualität geben.

Um die Validität zu überprüfen, sollte eine erneute Anwendung des gebildeten Kategoriensystems auf weiteres Material erfolgen. Insbesondere wäre es zu empfehlen, wenn dies durch Personen erfolgen würde, die nicht an der Bildung des Kategoriensystems beteiligt waren.

Auswertung

Kritisch hinterfragt werden muss das Heranziehen der Häufigkeiten als Indikator für die Wichtigkeit sowie die Verteilungen der Nennungen von positiven und negativen Kategorien als Indikator für die Qualität des Ablaufs. Diese Herangehensweise ist rein durch theoretische Überlegungen begründet. Wenngleich das Vorgehen nachvollziehbar scheint, fehlt hierfür bisher die Validierung. Für diesen Aspekt ist es ebenso erforderlich, dass die Ergebnisse durch andere Verfahren überprüft werden.

4.3. Schlussfolgerung

Diese Studie wurde mit dem Ziel durchgeführt, durch die Erfassung der Prozessqualität aus der Sicht der Patientinnen eine stärkere Patientenorientierung in der Qualitätssicherung von Mutter-Kind-Maßnahmen zu ermöglichen. Durch Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse und einem induktiven Vorgehen konnte eine weniger theoriegeleitete Erfassung der Prozessmerkmale als in traditionellen Verfahren erreicht werden. Hierbei stellte sich heraus, dass Mütter überdurchschnittlich oft Prozessmerkmale der Bereiche „Hoteleigenschaften“ und „Anreise“ beschreiben, welches den Schluss nahelegt, dass diese Bereiche ihnen besonders wichtig sind. Bereiche, die bisher den Schwerpunkt der Qualitätssicherung im Bereich der Prozessqualität ausmachten, wie z.B. die Planung, Durchführung und Organisation der Maßnahme, werden in den Berichten der Mütter weniger häufig genannt und implizieren dadurch eine nur mittlere Wichtigkeit für sie selbst. Bei der Analyse der Qualität der Prozesse zeigt sich, dass die beiden Phasen, die den Müttern besonders wichtig sind, sehr unterschiedlich ablaufen. Während es in der Phase Anreise vergleichsweise wenig Nennungen von negativen Kategorien gab, gehört die Phase Hoteleigenschaften zu den Phasen mit den meisten negativen Nennungen. Hieraus lässt sich ableiten, dass insbesondere in diesem Bereich Handlungsbedarf besteht, um einen guten Prozess aus der Sicht der Mütter zu gewährleisten.

Wie auch in anderen Studien zeigen sich die Mütter insgesamt zufrieden mit der

Maßnahme und der Einrichtung. Anders als in bisherigen Untersuchungen wird der Behandlungsplan häufig positiv bewertet. Häufige negative Bewertungen der ärztlichen Betreuung geben Anlass, in Zukunft stärkeren Fokus auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Qualifikation der Ärzte zu legen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Mütter andere Schwerpunkte setzen als Experten in diesem Bereich und dass die Qualität der Prozesse in der Wahrnehmung der Patientinnen differiert. Obwohl sie in der Mehrzahl mit der Maßnahme zufrieden sind, gibt es Verbesserungsbedarf, der sich aus ihrer Sicht auf den Bereich der Hoteleigenschaften konzentriert. Durch die Ergebnisse dieser Studie liegt die Annahme nahe, dass erst ein reibungsloser und stressarmer Prozessablauf in diesem Bereich eine gute Mutter-Kind-Maßnahme ermöglicht. Dies sollte in zukünftigen Qualitätssicherungsverfahren berücksichtigt werden.

Obwohl das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zwar durch ein klares und strukturiertes Vorgehen mit Überprüfungen der Objektivität und Reliabilität eine anerkannte und reproduzierbare Methode zur Analyse qualitativer Daten darstellt, wäre zur Überprüfung der Ergebnisse und der Validität dieser Studie die Anwendung des Kategoriensystems auf weitere Stichproben und eine Erhebung der Daten durch andere Verfahren ratsam.

5. Zusammenfassung

Fragestellung: Allgemeine und mütterspezifische Kontextfaktoren in Zusammenhang mit der Kindererziehung können zu einer mütterspezifischen Problemkonstellation führen, die zur Ausbildung oder Aufrechterhaltung von Gesundheitsproblemen beiträgt (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2012). Als Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind für diesen Bereich Mutter-Kind-Maßnahmen etabliert und eine Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben. In dieser Studie wurde untersucht, wie die Prozessqualität von den Müttern wahrgenommen und beschrieben wird.

Material und Methoden: Als Material dienten 147 Erfahrungsberichte aus dem Internet von Müttern, die an einer Mutter-Kind-Maßnahme teilgenommen hatten. Die Auswertung erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Es wurde ein induktives Verfahren gewählt, um eine materialgeleitete Bildung der Kategorien zu erreichen. Kodiert wurden Textstellen, die sich auf Merkmale der Prozessqualität bezogen sowie Bewertungen der Patientinnen von globalen Aspekten und der Maßnahme im Ganzen (Fazit). Insgesamt wurden 2424 Textstellen kodiert, die in 157 Kategorien erfasst und in neun Oberbereiche eingeteilt wurden. Die Strukturierung des Kategoriensystems orientiert sich an dem „idealen Prozess“, der durch eine Expertengruppe unter der Leitung der Universität Würzburg formuliert wurde. Es erfolgte eine Analyse der Nennungshäufigkeiten der Kategorien, der Verteilung auf negative und positive Kategorien, der Bewertungskategorien und der Richtung der Bewertung, sowie des Fazits. Es wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet.

Ergebnisse: Die Mütter beschreiben überdurchschnittlich häufig Merkmale, die in die Phasen Anreise und Hoteleigenschaften kodiert wurden. Besonders häufig werden positive Kategorien in der Phase Anreise genannt, wohingegen viele negative Merkmale in der Phase Hoteleigenschaften beschrieben werden. Die Mütter zeigen sich insgesamt zufrieden mit der Maßnahme (79%), die ärztliche Betreuung und das Freizeitangebot werden allerdings überdurchschnittlich negativ bewertet.

Schlussfolgerung: Diese Studie konnte zeigen, dass Mütter einen anderen Schwer-

punkt in der Prozessqualität setzen als Experten. Prozessmerkmale, die sich auf die Hoteleigenschaften beziehen, sind ihnen besonders wichtig. Hier besteht möglicherweise Verbesserungsbedarf. Es sollte geprüft werden, ob eventuell eine vermehrte Berücksichtigung des Bereichs Hoteleigenschaften in zukünftigen Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Prozessqualität sinnvoll wäre, um die Sicht der Mütter zu integrieren. Das Verfahren und das Kategoriensystem sollten an anderen Stichproben validiert werden, um mögliche Schwächen in der Methodik auszuschließen. Eine Überprüfung der Ergebnisse durch andere Erhebungsmethoden ist ebenfalls wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg. (2011). *www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de*. Zugriff am 23.11.2011 auf <http://www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/qs-muvaki/>
- Arnhold-Kerri, S., Otto, F. & Sperlich, S. (2011). Zusammenhang zwischen familiären Stressoren, Bewältigungsressourcen von Müttern und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ihrer Kinder. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61 (9-10), 405-411.
- Arnhold-Kerri, S., Sperlich, S. & Collatz, J. (2003). Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. *Rehabilitation*, 42, 290–299.
- Baumgarten, E. & Klosterhuis, H. (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet–bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. *RV aktuell*, 54 (5), 152–154.
- Bruns, S. & Collatz, J. (2006). Differentielle Effekte von mütterspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen auf Belastung, Bewältigung und Befinden. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 72, 138–147.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38 (8), 442–449.
- Collatz, J., Fischer, G. & Thies-Zajonc, S. (1998). *Mütterspezifische Belastungen - Gesundheitsstörungen - Krankheit: Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren*. VWB, Verlag für Wiss. und Bildung.
- Collatz, J. & Koppelin, F. (1996). *Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern: Der Beitrag von Mütterkuren zur Frauengesundheit, Medizinische Hochschule Hannover, 1993*. W. Kohlhammer.

- DIMDI. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Zugriff am 29.11.2012 auf <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166–206.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Elly Heuss-Knapp-Stiftung. (2012). *Die Erfolgsgeschichte des Müttergenesungswerkes*. Zugriff am 29.12.2012 auf <http://www.muettergenesungswerk.de/erfolgsgeschichte1>
- Farin, E., Follert, P., Gerdemann, W. & Jäckel, W. (2005). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation durch die Gesetzliche Krankenversicherung: Hintergrund, Anforderungen und Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, 17 (4), 125–143.
- Farin, E., Jäckel, W. & Schalaster, V. (2009). Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung. *Gesundheitswesen*, 71, 163–174.
- Frommer, J. & Rennie, D. (2006). Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung [Methodology, method, and quality of qualitative research]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56 (5), 210–217.
- Gerdes, N. & Jäckel, W. (1992). Indicators of Reha-Status (IRES) - a patient questionnaire for assessing need and success of rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 31 (2), 73.
- GKV-Spitzenverband. (2012, Oktober). *QS-Reha, Qualitätssicherung medizinische Rehabilitation*. Zugriff am 03.12.2012 auf www.qs-reha.de
- Hannöver, W., Dogs, C. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit—ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45 (5), 292–300.
- Herwig, B. J., J.E. (2005). Schweregrad und Störungswert der Belastungen von Frauen in Mutter-Kind-Maßnahmen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 1–15.
- Jäckel, W. & Glattacker, M. (2006). Forschungsansätze zur Effizienzsicherung in der Rehabilitation - was ist getan und was ist notwendig? *Phys Rehab Kur Med*, 16 (3), 126–133.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2002). Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23

- (4), 401–418.
- Kawski, S., Dorenburg, U., Beckmann, U. & Koch, U. (2000). Prozessqualität in der stationären Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 1 (3), 126–136.
- Kawski, S. & Koch, U. (2002). Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45 (3), 260–266.
- Klein, K. (2004). *Ereignisorientierte Patientenbefragung: Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Universitätsbibliothek Freiburg.
- Klepp, D. (2004). Lebenssituation und subjektive Lebensqualität von Frauen mit Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren: Eine empirische psychologische Studie zur Mutterschaft. *Familienforschung in Österreich. Markierungen-Ergebnisse-Perspektiven*, 81.
- Klosterhuis, H. (2008). Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 20 (4), 184-192.
- Klosterhuis, H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung–eine kritische Bestandsaufnahme. *RVaktuell*, Jg, 57, 260–268.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstöcker, S., Lindow, B., Nannemann, B., ... Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, Jg, 49, 356–367.
- Lange, C. & Saß, A. (2006). Risikolagen und Gesundheitssituation alleinerziehender Frauen. *Praxis Verhaltenstherapie Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 72, 121–126.
- Lecher, S., Satzinger, W., Trojan, A. & Koch, U. (2002). Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45 (1), 3-12.
- Lukasczik, M., Gerlich, C., Musekamp, G., Saupe-Heide, M., Löbmann, R., Vogel, H. & Neuderth, S. (2013). Externe Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen: Einrichtungsvergleichende Analysen im Bereich Ergebnisqualität. *Das Gesundheitswesen* (EFirst).
- Mans, E. (1995). Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung

- in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Das Gesundheitswesen*, 57 (2), 63–68.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim und Basel, Beltzverlag.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012, Februar). *Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation*. Zugriff am 03.12.2013 auf http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/2012_02_07_Begutachtungsrichtlinie_Vorsorge_Reha_18932.pdf
- Meixner, K., Glattacker, M., Gerdes, N., Herwig, J., Bengel, J. & Jäckel, W. (2001). Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen - Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Rehabilitation*, 40 (5), 280–288.
- Meyer, T., Brüggemann, S. & Widera, T. (2008). Rehabilitation braucht Zielorientierung–aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RV aktuell*, Jg. 55, H. 3, S. 94, 99.
- Musekamp, G., Lukasczik, M., Gerlich, C., Saupe-Heide, M., Löbmann, R., Vogel, H. & Neuderth, S. (2014). Der „ideale Behandlungsprozess“: Erprobung eines neuen Ansatzes zur Prüfung der Prozessqualität in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. *Gesundheitswesen* (EFirst).
- Mutterkind-Kur.de. (2007, Juni). *Mutterkind-Kur.de*. Zugriff am 15.06.2007 auf www.mutterkind-kur.de
- Neuderth, S. (2004). *Externe Qualitätssicherung durch Peer-Review: Entwicklung und Evaluation eines Peer-Review-Verfahrens in den Kliniken zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung der gesetzlichen Unfallversicherung (Psychologie Band 48)*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Neuderth, S., Lukasczik, M., Musekamp, G., Gerlich, C., Saupe-Heide, M., Löbmann, R. & Vogel, H. (2013). Entwicklung von Verfahrensweisen und Instrumenten zur externen Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. *Die Rehabilitation*, 52 (1), 10-19.
- Ochel, A. (1992). Arbeitsplatz Familie: Selbstbild, Bewältigungsstrategien und Zukunftsperspektiven nichterwerbstätiger Hausfrauen. *Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit*. Weinheim, München. Juventa, 171–187.
- Petersen, C., Widera, T., Kawski, S., Kossow, K., Glattacker, M., Farin, E., . . . Koch, U. (2006). Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation*, 45, 1–9.

- Saupe-Heide, M., Gerlich, C., Lukaszczik, M., Musekamp, G., Neuderth, S. & Vogel, H. (2013). Externe Qualitätssicherung in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen: Entwicklung von Instrumenten im Bereich Strukturqualität. *Die Rehabilitation*, 52 (06), 368-374.
- Sieverding, M. (1995). Die Gesundheit von Müttern-Ein Forschungsüberblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4 (1), 6-16.
- Sperlich, S. & Collatz, J. (2006). Ein-Elternschaft - Eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 19, 127-37.
- Statista. (2012). *Anteil der Internetnutzer in Deutschland von 2001 bis 2012*. Zugriff am 24.10.2012 auf <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001>
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Leben in Europa (EU-SILC) - Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union* (Bd. 2005-2006). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Strittmatter, R., Bengel, J., Brombacher, C. & Landerer, U. (1997). Die Inanspruchnehmerinnen von Mutter-Kind-Kuren. *Rehabilitation*, 36 (3), 176-184.
- Verbrugge, L. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior*, 16-30.
- Waldron, I. & Herold, J. (1986). Employment, attitudes toward employment, and women's health. *Women & health*, 11 (1), 79-98.
- Wang, J. (2004). The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39 (1), 26-32.
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung - Neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell, Jg, 57 (4)*, 153-159.
- Widera, T. & Klosterhuis, H. (2007). Patientenorientierung in der Praxis - 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *RVaktuell*, 54 (6), 177-182.
- Wirtz, M. A. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

A. Anhang

Kategoriensystem

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Anzahl Kodierungen | Richtung |
|-----|-----------------------------|-----|---|-----|--|--------------------|----------|
| 1 | Vorbereitung | 1 | Versendung von Unterlagen | 1 | Ungenügend Informationen vor der Anreise | 5 | negativ |
| 1 | Vorbereitung | 1 | Versendung von Unterlagen | 2 | Genügend Informationen schon vor der Anreise | 3 | positiv |
| 1 | Vorbereitung | 3 | Erfassung von Wünschen | 1 | Zimmer(änderungs)wünsche in angemessener Zeit erfüllt | 15 | positiv |
| 1 | Vorbereitung | 3 | Erfassung von Wünschen | 2 | Wünsche bez. der Zimmer(-Ausstattung) wurden nicht/spät berücksichtigt | 5 | negativ |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 1 | Bundes- oder landesweiter Busshuttle | 3 | keine |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 2 | Abholung vom Bahnhof | 52 | positiv |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 3 | Keine Abholung vom Bahnhof | 1 | negativ |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 4 | Kofferservice bei Ankunft | 27 | positiv |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 5 | Kein Kofferservice bei Ankunft | 19 | negativ |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 6 | Empfang bei Ankunft | 46 | positiv |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 7 | Kein Empfang bei Ankunft | 2 | negativ |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 8 | Zimmererhalt direkt nach Ankunft | 71 | positiv |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 9 | Zimmer nicht direkt nach Ankunft | 7 | negativ |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 10 | Zu viele Termine am Anreisetag | 5 | negativ |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 1 | Offizielle Informations- u. Begrüßungsveranstaltung an den ersten zwei Tagen | 21 | positiv |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 2 | Begrüßungsgeschenke/-aktionen zum Kennenlernen | 19 | positiv |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 3 | Keine oder zu späte Begrüßungsveranstaltungen | 1 | negativ |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 4 | Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | 36 | positiv |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 5 | Keine Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | 1 | negativ |
| 2 | Anreise | 3 | Informationsmaterial | 1 | Informationen bei Ankunft | 34 | positiv |
| 2 | Anreise | 3 | Informationsmaterial | 2 | Keine/wenige Informationen bei Ankunft | 2 | negativ |
| 2 | Anreise | 5 | Einführung in die Kinderbetreuung | 1 | Eingewöhnungszeit in der Kinderbetreuung | 10 | positiv |
| 2 | Anreise | 5 | Einführung in die Kinderbetreuung | 2 | Keine Eingewöhnungszeit in der Kinderbetreuung | 3 | negativ |
| 2 | Anreise | 6 | Zeitliche Anreise der Patientinnen | 1 | Zeitgleiche An- und Abreise der Patientinnen | 3 | keine |
| 2 | Anreise | 6 | Zeitliche Anreise der Patientinnen | 2 | Keine zeitgleiche An- und Abreise der Patientinnen | 1 | keine |
| 3 | Planung der Behandlung | 1 | Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung | 1 | Aufnahmeuntersuchungen innerhalb der ersten zwei Tage | 54 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 1 | Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung | 2 | Aufnahmeuntersuchungen nicht innerhalb der ersten zwei Tage | 2 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 5 | Ärztliche Diagnostik | 1 | Ausführliche ärztliche Untersuchung und Aufklärung | 9 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 5 | Ärztliche Diagnostik | 2 | Wenig ausführliche Untersuchung und Aufklärung | 5 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 1 | Therapieplan individuell auf Patientin abgestimmt | 19 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 2 | Therapieplan nicht individuell auf Patientin abgestimmt | 3 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 3 | Indikationsspezifische Therapien | 12 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 4 | Keine/wenige indikationsspezifische Therapien | 7 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 5 | Mitbestimmung beim Therapieplan | 32 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 6 | Keine Mitbestimmung beim Therapieplan | 6 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 7 | Therapieplan ohne ärztliche Untersuchung | 1 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 8 | Verordnung von Therapien, deren Teilnahme der Patientin gesundheitlich nicht möglich ist | 4 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 9 | Kein Erhalt der gewünschten Therapie, weil in der Klinik nicht verfügbar | 5 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 10 | Zu viele Therapien | 2 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 11 | Nicht genügend Therapien | 13 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 12 | Zusätzliche Therapien/Aktivitäten frei wählbar | 13 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 10 | Therapieplan Begleitkinder | 1 | Begleitkinder erhalten Therapien | 8 | positiv |
| 3 | Planung der Behandlung | 10 | Therapieplan Begleitkinder | 2 | Begleitkinder erhalten keine Therapien | 1 | negativ |
| 3 | Planung der Behandlung | 11 | Organisation der Aufnahmeuntersuchung | 1 | Warten bei Aufnahmeuntersuchungen | 3 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 2 | Komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategie | 1 | Kein qualifiziertes Personal für die Therapien und andere Bereiche | 2 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 3 | Kein Ausfall von Therapien | 1 | Ausfall von Therapien und Gesprächen | 8 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 1 | Gute zeitliche Verteilung der Therapien | 9 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 3 | Überschneidungen der Termine | 5 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 4 | Zusätzliche Kinderbetreuung während der Therapien und Aktivitäten | 24 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 5 | Keine zusätzliche Kinderbetreuung während der Therapien | 1 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 6 | Therapieplan nicht auf Kinderbetreuungs-/Ruhezeiten abgestimmt | 3 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 7 | Keine ganztägige Kinderbetreuung | 6 | keine |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 8 | An einigen Abenden zusätzliche Kinderbetreuung für besondere Aktivitäten | 21 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 9 | Abendliche Kinderbetreuung für Aktivitäten muss selbst organisiert werden | 11 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 10 | Kinderbetreuung auch am Wochenende | 4 | keine |

Kategoriensystem

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Anzahl Kodierungen | Richtung |
|-----|-----------------------------|-----|--|-----|--|--------------------|----------|
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 11 | Keine Betreuung am Wochenende | 5 | keine |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 12 | Zusätzliche Kinderbetreuung durch Babyphon | 24 | keine |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 13 | Zu viele Teilnehmer bei Gruppentherapien | 2 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 14 | Therapien waren zu kurz bzw. kürzer als geplant | 1 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 15 | Sanktionierung von Unpünktlichkeit | 4 | keine |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 5 | Patientenorientierter Ablauf (Kind) | 1 | Kinderbetreuung kümmert sich um die Kindertherapien | 13 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 5 | Patientenorientierter Ablauf (Kind) | 2 | Kinderbetreuung kümmert sich NICHT um die Kindertherapien | 1 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Ärztliche Abschlussuntersuchung | 1 | Gute Versorgung bei Krankheit | 17 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Patientenorientierter Ablauf (Krankheit) | 2 | Keine ausreichende Unterstützung und Versorgung während der Krankheit | 4 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Patientenorientierter Ablauf (Krankheit) | 3 | Wegen Krankheit ausgefallene Therapien können nachgeholt werden | 2 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 9 | Regelmäßige Arztkontakte | 1 | Stattfinden einer Zwischenuntersuchung | 11 | keine |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 10 | Überprüfung und Anpassung des Vorsorgeplans | 1 | Anpassung des Therapieplans im Laufe der Maßnahme an Patientin | 17 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 1 | Eingehen auf die Patientinnen (Ärztin/Psychologin) | 15 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 2 | Kein Eingehen auf Patientin (Ärztin/Psychologin) | 3 | negativ |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 3 | Einstellen auf das Krankheitsbild (Arzt/Therapeut) und dessen Berücksichtigung bei den Therapien | 4 | positiv |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 4 | Geringe Einstellung auf das Krankheitsbild, Wechsel der Therapeuten | 1 | negativ |
| 5 | Abschluss | 1 | Ärztliche Abschlussuntersuchung | 1 | Stattfinden einer Abschlussuntersuchung | 13 | keine |
| 5 | Abschluss | 6 | Strukturierung der Abreisesituation | 1 | Stattfinden einer Verabschiedung | 11 | positiv |
| 5 | Abschluss | 6 | Strukturierung der Abreisesituation | 2 | Abreise gut organisiert | 4 | positiv |
| 5 | Abschluss | 7 | Evaluation | 1 | Unangemessene Evaluation der Patientinnenzufriedenheit | 3 | negativ |
| 5 | Abschluss | 8 | Erfolg der Behandlung | 1 | Therapien brachten den gewünschten Erfolg | 3 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 1 | Ärztliche Versorgung gewährleistet | 24 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 2 | Keine ärztliche Versorgung gewährleistet | 3 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 3 | Zusätzliche Gespräche mit einer Mitarbeiterin bei Bedarf | 22 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 1 | Kinderbetreuung individuell auf Patientin abgestimmt | 14 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 2 | Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | 4 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 3 | Kein Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | 1 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 4 | Benachrichtigung der Mutter bei Problemen in der Kinderbetreuung | 5 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 5 | Keine Benachrichtigung der Mutter bei Problemen in der Kinderbetreuung | 1 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 6 | Keine altersgemäße Gruppeneinteilung | 5 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 7 | Keine Trennung der Geschwister | 3 | keine |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 8 | Trennung der Geschwister | 1 | keine |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 9 | In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig draußen | 50 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 10 | Die Kinder waren nicht/selten draußen | 5 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 11 | Schulunterricht gewährleistet | 21 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 12 | Schulunterricht unzureichend | 5 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 13 | Zu wenig Personal/ zu viele Kinder | 5 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 14 | Erzieherinnen gehen nicht auf die Kinder ein | 3 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 8 | Verlässliches Sprechstundenangebot | 1 | Medizinische Betreuung rund um die Uhr gewährleistet | 23 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 8 | Verlässliches Sprechstundenangebot | 2 | Ein Ansprechpartner nachts erreichbar | 7 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 1 | Nutzung von Räumlichkeiten außerhalb der regulären Nutzung möglich | 34 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 2 | Vorhandene Strukturmerkmale nur eingeschränkt nutzbar | 22 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 3 | Klinik berücksichtigt allgemeine Wünsche | 14 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 4 | Klinik berücksichtigt allgemeine Wünsche nicht | 1 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 5 | Klinik ist schlecht organisiert | 3 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 6 | Klinikmitarbeiter widersprechen sich oder geben falsche Informationen | 3 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 7 | Allgemeine Information mittels Aushang | 23 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 8 | Nicht genügend Informationen während der Maßnahme | 3 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 9 | Möglichkeit Beschwerden zu äußern | 3 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 1 | Kindersicherheit gewährleistet | 1 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 2 | Kindersicherheit der Klinik ungenügend | 6 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 3 | Klinik nur eingeschränkt für Kleinkinder geeignet | 13 | negativ |
| 6 | Organisation der Behandlung | 11 | Hygienekonzept der Klinik | 1 | Klinik reagiert ausreichend auf Krankheitswelle | 2 | positiv |
| 6 | Organisation der Behandlung | 11 | Hygienekonzept der Klinik | 2 | Klinik reagiert nicht ausreichend auf Krankheitswelle | 4 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 1 | Zu wenig Plätze bei Freizeitaktivitäten | 9 | negativ |

Kategoriensystem

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Anzahl Kodierungen | Richtung |
|-----|--------------------|-----|--------------------------|-----|---|--------------------|----------|
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 2 | Freizeitangebote/Aufenthalt zu teuer | 6 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 3 | Freizeitangebote nicht an sonstigen Ablauf angepasst | 5 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 4 | Gemeinsame Freizeitaktivitäten für Mutter und Kind | 15 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 5 | Keine gemeinsamen Aktivitäten für Mutter und Kind | 2 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 1 | Ausreichende und regelmäßige Zimmerreinigung | 20 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 2 | Keine tägliche bzw. ungenügende Zimmerreinigung | 7 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 3 | Saubere, gepflegte Klinik | 15 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 4 | Ungenügende Hygiene in der Klinik | 4 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 5 | Ungenügende Reinigung der gemeinschaftlichen Räumlichkeiten | 4 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 1 | Keine getrennten Mahlzeiten | 5 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 2 | Mindestens eine getrennte Mahlzeit | 50 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 3 | Alle Mahlzeiten getrennt | 4 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 4 | Mindestens eine Mahlzeit wird serviert | 12 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 5 | Mahlzeiten in zwei Schichten unterteilt | 17 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 6 | Mahlzeiten in mehreren Speisesälen | 20 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 7 | Mindestens ein Essen wird auf dem Zimmer eingenommen | 7 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 8 | Hoher Geräuschpegel und Chaos beim Essen | 32 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 9 | Geringer Lärmpegel beim Essen | 5 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 10 | Kinder dürfen nicht ans Buffet | 6 | keine |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 11 | Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | 3 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 12 | Mangelhafte Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | 2 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 13 | Auswahl des Mittagessens möglich | 71 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 14 | Auswahl des Mittagessens nicht möglich | 3 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 15 | Genug Essen für alle/ Nachschlag möglich | 8 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 16 | Nicht genug Essen/ nicht von allen Sachen genug für alle da | 8 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 17 | Eingehen auf Wünsche und Besonderheiten beim Essen | 28 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 18 | Keine oder geringe Berücksichtigung von Sonderwünschen beim Essen | 2 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 19 | Babynahrung/Kinderessen erhältlich | 26 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 20 | Kein Kinderessen/Babynahrung | 4 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 21 | Durchgehende kostenfreie Versorgung mit Getränken | 37 | positiv |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 22 | Selbst- bzw. kostenpflichtige Versorgung mit Getränken | 7 | negativ |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 23 | Verpflegung für Ausflüge | 8 | positiv |
| 8 | Moderatoren | 1 | Verhältnis Patientinnen | 1 | Harmonie und Freundschaften zwischen den Patientinnen | 42 | positiv |
| 8 | Moderatoren | 1 | Verhältnis Patientinnen | 2 | Probleme unter den Patientinnen | 22 | negativ |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 1 | Familiäre Atmosphäre/ keine Anonymität/wenige Patientinnen | 18 | positiv |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 2 | Klinik zu groß, Massenabfertigung | 4 | negativ |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 3 | Klinik ist zu voll belegt | 1 | negativ |
| 8 | Moderatoren | 3 | Besuch | 1 | Externer Besuch möglich | 18 | keine |
| 8 | Moderatoren | 3 | Besuch | 2 | Kein externer Besuch möglich | 2 | keine |
| 8 | Moderatoren | 4 | Männerverbot | 1 | Männerverbot | 2 | keine |
| 8 | Moderatoren | 4 | Männerverbot | 2 | Kein Männerverbot | 16 | keine |
| 8 | Moderatoren | 5 | Interkurrente Erkrankung | 1 | Kind/Mutter erkrankten während der Maßnahme | 38 | negativ |
| 8 | Moderatoren | 6 | Abbruch | 1 | Vorzeitiger Abbruch der Maßnahme | 10 | negativ |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 1 | neutral | 6 | keine |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 2 | positiv | 108 | keine |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 3 | negativ | 18 | keine |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 4 | uneindeutig | 5 | keine |

Reliabilitäten

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Cohen's Kappa |
|-----|-----------------------------|-----|---|-----|--|---------------|
| 1 | Vorbereitung | 1 | Versendung von Unterlagen | 1 | Ungenügend Informationen vor der Anreise | |
| 1 | Vorbereitung | 1 | Versendung von Unterlagen | 2 | Genügend Informationen schon vor der Anreise | |
| 1 | Vorbereitung | 3 | Erfassung von Wünschen | 1 | Zimmer(änderungs)wünsche in angemessener Zeit erfüllt | 0,876 |
| 1 | Vorbereitung | 3 | Erfassung von Wünschen | 2 | Wünsche bez. der Zimmer(-Ausstattung) wurden nicht/spät berücksichtigt | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 1 | Bundes- oder landesweiter Busshuttle | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 2 | Abholung vom Bahnhof | 1,000 |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 3 | Keine Abholung vom Bahnhof | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 4 | Kofferservice bei Ankunft | 0,910 |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 5 | Kein Kofferservice bei Ankunft | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 6 | Empfang bei Ankunft | 0,813 |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 7 | Kein Empfang bei Ankunft | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 8 | Zimmererhalt direkt nach Ankunft | 1,000 |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 9 | Zimmer nicht direkt nach Ankunft | |
| 2 | Anreise | 1 | Strukturierung der Anreisesituation | 10 | Zu viele Termine am Anreisetag | |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 1 | Offizielle Informations- u. Begrüßungsveranstaltung an den ersten zwei Tagen | |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 2 | Begrüßungsgeschenke/-aktionen zum Kennenlernen | |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 3 | Keine oder zu späte Begrüßungsveranstaltungen | |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 4 | Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | 1,000 |
| 2 | Anreise | 2 | Einführung | 5 | Keine Hausführung innerhalb der ersten zwei Tage | |
| 2 | Anreise | 3 | Informationsmaterial | 1 | Informationen bei Ankunft | 0,920 |
| 2 | Anreise | 3 | Informationsmaterial | 2 | Keine/wenige Informationen bei Ankunft | |
| 2 | Anreise | 5 | Einführung in die Kinderbetreuung | 1 | Eingewöhnungszeit in der Kinderbetreuung | |
| 2 | Anreise | 5 | Einführung in die Kinderbetreuung | 2 | Keine Eingewöhnungszeit in der Kinderbetreuung | |
| 2 | Anreise | 6 | Zeitliche Anreise der Patientinnen | 1 | Zeitgleiche An- und Abreise der Patientinnen | |
| 2 | Anreise | 6 | Zeitliche Anreise der Patientinnen | 2 | Keine zeitgleiche An- und Abreise der Patientinnen | |
| 3 | Planung der Behandlung | 1 | Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung | 1 | Aufnahmeuntersuchungen innerhalb der ersten zwei Tage | 0,949 |
| 3 | Planung der Behandlung | 1 | Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung | 2 | Aufnahmeuntersuchungen nicht innerhalb der ersten zwei Tage | |
| 3 | Planung der Behandlung | 5 | Ärztliche Diagnostik | 1 | Ausführliche ärztliche Untersuchung und Aufklärung | |
| 3 | Planung der Behandlung | 5 | Ärztliche Diagnostik | 2 | Wenig ausführliche Untersuchung und Aufklärung | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 1 | Therapieplan individuell auf Patientin abgestimmt | 0,369 |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 2 | Therapieplan nicht individuell auf Patientin abgestimmt | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 3 | Indikationsspezifische Therapien | 0,927 |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 4 | Keine/wenige indikationsspezifische Therapien | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 5 | Mitbestimmung beim Therapieplan | 0,760 |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 6 | Keine Mitbestimmung beim Therapieplan | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 7 | Therapieplan ohne ärztliche Untersuchung | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 8 | Verordnung von Therapien, deren Teilnahme der Patientin gesundheitlich nicht möglich ist | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 9 | Kein Erhalt der gewünschten Therapie, weil in der Klinik nicht verfügbar | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 10 | Zu viele Therapien | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 11 | Nicht genügend Therapien | |
| 3 | Planung der Behandlung | 9 | Erstellung individueller Vorsorgepläne | 12 | Zusätzliche Therapien/Aktivitäten frei wählbar | 0,442 |
| 3 | Planung der Behandlung | 10 | Therapieplan Begleitkinder | 1 | Begleitkinder erhalten Therapien | 0,463 |
| 3 | Planung der Behandlung | 10 | Therapieplan Begleitkinder | 2 | Begleitkinder erhalten keine Therapien | |
| 3 | Planung der Behandlung | 11 | Organisation der Aufnahmeuntersuchung | 1 | Warten bei Aufnahmeuntersuchungen | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 2 | Komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategie | 1 | Kein qualifiziertes Personal für die Therapien und andere Bereiche | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 3 | Kein Ausfall von Therapien | 1 | Ausfall von Therapien und Gesprächen | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 1 | Gute zeitliche Verteilung der Therapien | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 3 | Überschneidungen der Termine | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 4 | Zusätzliche Kinderbetreuung während der Therapien und Aktivitäten | 0,813 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 5 | Keine zusätzliche Kinderbetreuung während der Therapien | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 6 | Therapieplan nicht auf Kinderbetreuungs-/Ruhezeiten abgestimmt | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 7 | Keine ganztägige Kinderbetreuung | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 8 | An einigen Abenden zusätzliche Kinderbetreuung für besondere Aktivitäten | 0,776 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 9 | Abendliche Kinderbetreuung für Aktivitäten muss selbst organisiert werden | 0,896 |

Reliabilitäten

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Cohen's Kappa |
|-----|-----------------------------|-----|--|-----|--|---------------|
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 10 | Kinderbetreuung auch am Wochenende | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 11 | Keine Betreuung am Wochenende | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 12 | Zusätzliche Kinderbetreuung durch Babyphon | 0,807 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 13 | Zu viele Teilnehmer bei Gruppentherapien | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 14 | Therapien waren zu kurz bzw. kürzer als geplant | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 4 | Patientenorientierter Ablauf (Mutter) | 15 | Sanktionierung von Unpünktlichkeit | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 5 | Patientenorientierter Ablauf (Kind) | 1 | Kinderbetreuung kümmert sich um die Kindertherapien | 0,920 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 5 | Patientenorientierter Ablauf (Kind) | 2 | Kinderbetreuung kümmert sich NICHT um die Kindertherapien | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Patientenorientierter Ablauf (Krankheit) | 1 | Gute Versorgung bei Krankheit | 0,808 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Patientenorientierter Ablauf (Krankheit) | 2 | Keine ausreichende Unterstützung und Versorgung während der Krankheit | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 6 | Patientenorientierter Ablauf (Krankheit) | 3 | Wegen Krankheit ausgefallene Therapien können nachgeholt werden | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 9 | Regelmäßige Arztkontakte | 1 | Stattfinden einer Zwischenuntersuchung | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 10 | Überprüfung und Anpassung des Vorsorgeplans | 1 | Anpassung des Therapieplans im Laufe der Maßnahme an Patientin | 0,495 |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 1 | Eingehen auf die Patientinnen (Ärztin/Psychologin) | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 2 | Kein Eingehen auf Patientin (Ärztin/Psychologin) | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 3 | Einstellen auf das Krankheitsbild (Arzt/Therapeut) und dessen Berücksichtigung bei den Therapien | |
| 4 | Durchführung der Behandlung | 13 | Anpassung der Durchführung an die Patientin | 4 | Geringe Einstellung auf das Krankheitsbild, Wechsel der Therapeuten | |
| 5 | Abschluss | 1 | Ärztliche Abschlussuntersuchung | 1 | Stattfinden einer Abschlussuntersuchung | 0,876 |
| 5 | Abschluss | 6 | Strukturierung der Abreisesituation | 1 | Stattfinden einer Verabschiedung | |
| 5 | Abschluss | 6 | Strukturierung der Abreisesituation | 2 | Abreise gut organisiert | |
| 5 | Abschluss | 7 | Evaluation | 1 | Unangemessene Evaluation der Patientinnenzufriedenheit | |
| 5 | Abschluss | 8 | Erfolg der Behandlung | 1 | Therapien brachten den gewünschten Erfolg | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 1 | Ärztliche Versorgung gewährleistet | 0,443 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 2 | Keine ärztliche Versorgung gewährleistet | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 2 | Präsenz Arzt/Ärztin und kurzfristige Verfügbarkeit | 3 | Zusätzliche Gespräche mit einer Mitarbeiterin bei Bedarf | 0,758 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 1 | Kinderbetreuung individuell auf Patientin abgestimmt | 0,896 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 2 | Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | 0,353 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 3 | Kein Eingehen auf Probleme in der Kinderbetreuung | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 4 | Benachrichtigung der Mutter bei Problemen in der Kinderbetreuung | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 5 | Keine Benachrichtigung der Mutter bei Problemen in der Kinderbetreuung | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 6 | Keine altersgemäße Gruppeneinteilung | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 7 | Keine Trennung der Geschwister | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 8 | Trennung der Geschwister | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 9 | In der Kinderbetreuung waren die Kinder häufig draußen | 0,955 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 10 | Die Kinder waren nicht/selten draußen | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 11 | Schulunterricht gewährleistet | 1,000 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 12 | Schulunterricht unzureichend | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 13 | Zu wenig Personal/ zu viele Kinder | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 4 | Pädagogische Kinderbetreuung | 14 | Erzieherinnen gehen nicht auf die Kinder ein | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 8 | Verlässliches Sprechstundenangebot | 1 | Medizinische Betreuung rund um die Uhr gewährleistet | 0,742 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 8 | Verlässliches Sprechstundenangebot | 2 | Ein Ansprechpartner nachts erreichbar | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 1 | Nutzung von Räumlichkeiten außerhalb der regulären Nutzung möglich | 0,891 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 2 | Vorhandene Strukturmerkmale nur eingeschränkt nutzbar | 0,831 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 3 | Klinik berücksichtigt allgemeine Wünsche | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 4 | Klinik berücksichtigt allgemeine Wünsche nicht | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 5 | Klinik ist schlecht organisiert | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 6 | Klinikmitarbeiter widersprechen sich oder geben falsche Informationen | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 7 | Allgemeine Information mittels Aushang | 0,927 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 8 | Nicht genügend Informationen während der Maßnahme | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 9 | Organisation der Klinik | 9 | Möglichkeit Beschwerden zu äußern | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 1 | Kindersicherheit gewährleistet | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 2 | Kindersicherheit der Klinik ungenügend | 0,524 |
| 6 | Organisation der Behandlung | 10 | Eignung Kleinkinder | 3 | Klinik nur eingeschränkt für Kleinkinder geeignet | |
| 6 | Organisation der Behandlung | 11 | Hygienekonzept der Klinik | 1 | Klinik reagiert ausreichend auf Krankheitswelle | |

Reliabilitäten

| Nr. | Oberbereich | Nr. | Unterbereich | Nr. | Kategorie | Cohen's Kappa |
|-----|-----------------------------|-----|---------------------------|-----|---|---------------|
| 6 | Organisation der Behandlung | 11 | Hygienekonzept der Klinik | 2 | Klinik reagiert nicht ausreichend auf Krankheitswelle | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 1 | Zu wenig Plätze bei Freizeitaktivitäten | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 2 | Freizeitangebote/Aufenthalt zu teuer | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 3 | Freizeitangebote nicht an sonstigen Ablauf angepasst | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 4 | Gemeinsame Freizeitaktivitäten für Mutter und Kind | 0,847 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 1 | Freizeit | 5 | Keine gemeinsamen Aktivitäten für Mutter und Kind | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 1 | Ausreichende und regelmäßige Zimmerreinigung | 0,920 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 2 | Keine tägliche bzw. ungenügende Zimmerreinigung | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 3 | Saubere, gepflegte Klinik | 0,896 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 4 | Ungenügende Hygiene in der Klinik | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 2 | Sauberkeit | 5 | Ungenügende Reinigung der gemeinschaftlichen Räumlichkeiten | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 1 | Keine getrennten Mahlzeiten | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 2 | Mindestens eine getrennte Mahlzeit | 0,433 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 3 | Alle Mahlzeiten getrennt | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 4 | Mindestens eine Mahlzeit wird serviert | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 5 | Mahlzeiten in zwei Schichten unterteilt | 0,876 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 6 | Mahlzeiten in mehreren Speisesälen | 0,871 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 7 | Mindestens ein Essen wird auf dem Zimmer eingenommen | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 8 | Hoher Geräuschpegel und Chaos beim Essen | 0,941 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 9 | Geringer Lärmpegel beim Essen | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 10 | Kinder dürfen nicht ans Buffet | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 11 | Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | 0,095 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 12 | Mangelhafte Kinderbetreuung bei gemeinsamen Mahlzeiten | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 13 | Auswahl des Mittagessens möglich | 1,000 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 14 | Auswahl des Mittagessens nicht möglich | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 15 | Genug Essen für alle/ Nachschlag möglich | 0,727 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 16 | Nicht genug Essen/ nicht von allen Sachen genug für alle da | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 17 | Eingehen auf Wünsche und Besonderheiten beim Essen | 1,000 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 18 | Keine oder geringe Berücksichtigung von Sonderwünschen beim Essen | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 19 | Babynahrung/Kinderessen erhältlich | 0,910 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 20 | Kein Kinderessen/Babynahrung | |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 21 | Durchgehende kostenfreie Versorgung mit Getränken | 0,886 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 22 | Selbst- bzw. kostenpflichtige Versorgung mit Getränken | 0,896 |
| 7 | Hoteleigenschaften | 3 | Mahlzeiten | 23 | Verpflegung für Ausflüge | |
| 8 | Moderatoren | 1 | Verhältnis Patientinnen | 1 | Harmonie und Freundschaften zwischen den Patientinnen | 0,933 |
| 8 | Moderatoren | 1 | Verhältnis Patientinnen | 2 | Probleme unter den Patientinnen | 0,689 |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 1 | Familiäre Atmosphäre/ keine Anonymität/wenige Patientinnen | |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 2 | Klinik zu groß, Massenabfertigung | |
| 8 | Moderatoren | 2 | Klinikgröße | 3 | Klinik ist zu voll belegt | |
| 8 | Moderatoren | 3 | Besuch | 1 | Externer Besuch möglich | |
| 8 | Moderatoren | 3 | Besuch | 2 | Kein externer Besuch möglich | |
| 8 | Moderatoren | 4 | Männerverbot | 1 | Männerverbot | |
| 8 | Moderatoren | 4 | Männerverbot | 2 | Kein Männerverbot | 0,727 |
| 8 | Moderatoren | 5 | Interkurrente Erkrankung | 1 | Kind/Mutter erkrankten während der Maßnahme | 1,000 |
| 8 | Moderatoren | 6 | Abbruch | 1 | Vorzeitiger Abbruch der Maßnahme | |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 1 | neutral | |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 2 | positiv | |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 3 | negativ | |
| 9 | Fazit | 1 | Fazit | 4 | uneindeutig | |

Externe Qualitätssicherung in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen
- Der ideale Prozess -

A. Vorsorge

1. Vorbereitung der Maßnahme durch Erheben von Informationen über die Vorsorgepatientin¹ und ihr Kind²

- 1.1. Versendung entsprechender Unterlagen (siehe 1.2. – 1.5.) 6 Wochen vor dem Anreisetag → Vorliegen der Unterlagen in der Klinik 2 Wochen vor dem Anreisetag; in Ausnahmen, z.B. bei kurzfristigen Bewilligungen, kurzfristiges Einholen von Informationen per Telefon oder per Fax möglich
- 1.2. Beantwortung eines medizinisch-therapeutischen strukturierten Vor-Anamnesebogen zu Mutter und Kind, der u.a. auch Informationen zur Medikation erfasst, sowie eines psychosozialen Fragebogens durch die Patientin
- 1.3. Erfassen von Wünschen bzw. Servicefragen (Sonderwünsche bezüglich des Essens, Gehbehinderung der Patientin, getrennte Kinderschlafzimmer, weitere Ausstattung...)
- 1.4. Erhebung von Erwartungen an die Behandlung und Zielvorstellungen
- 1.5. Erfassen von Bedürfnissen bezüglich der Kinderbetreuung

2. Anreisesituation

- 2.1. Strukturierung der Anreisesituation, durch
 - Gepäcktransport
 - kurze Wartezeiten im Rahmen der offiziellen Anreisezeiten
 - Anbieten von Erfrischungen während der Wartezeiten
 - Sitzmöglichkeiten während der Wartezeiten
 - zügige Zimmerzuweisung
 - Bereitstellen eines vor Ort verfügbaren definierten Ansprechpartners für Mutter und Kind
- 2.2. Inhaltliche und organisatorische Einführung in Form einer Plenumsveranstaltung oder im persönlichen Gespräch am 1. Tag (=Anreisetag) oder am 2. Tag³
- 2.3. Bereitstellen von Informationsmaterial
- 2.4. Begrüßung und altersgerechte Information für die Kinder am 1. Tag oder am 2. Tag
- 2.5. Strukturierte Einführung in die Kinderbetreuung am 2. Tag

3. Planung der Behandlung der Vorsorgepatientin

- 3.1. Ärztliche Aufnahmeuntersuchung innerhalb von 48 Stunden nach der Anreise; Dauer der ärztlichen Untersuchung der Vorsorgepatientin mindestens 20 Minuten + ca. 10 Minuten ärztliche Untersuchung je behandlungsbedürftigem Kind
- 3.2. Psychosoziales Aufnahmegespräch durch einen Vertreter der psychosozialen Berufsgruppen innerhalb von 48 Stunden nach der Anreise
- 3.3. Möglichkeit zur kurzfristig erreichbaren, nahen Auffangbetreuung für Kinder während der Aufnahmeuntersuchung der Patientin
- 3.4. Berücksichtigung der vor-anamnestischen Angaben der Patientin (vgl. 1.2.) bei der Behandlungsplanung und dem Aufnahmegespräch

¹ Aus Gründen der Verständlichkeit wird sich auf die weibliche Sprachform beschränkt, Väter sind selbstverständlich ebenfalls gemeint.

² Es wird hier nur von einem Kind gesprochen, Fälle, in denen die Patientin mit mehreren Kindern anreist, sind mitzudenken. Bei Einrichtungen, die nur Mütter/ Väter und keine Kinder aufnehmen, entfallen die Punkte, die sich auf Kinder beziehen.

³ Es werden alle Wochentage einschließlich Samstag, Sonntag und Feiertage gezählt. Bezugspunkt ist der Tag der Anreise.

- 3.5. Umfassende schwerpunktspezifische ärztliche Diagnostik für Mutter und Kind unter besonderer Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Gesundheitsprobleme und Kontextfaktoren nach ICF, insbesondere Sozialanamnese, unter Einsatz von Assessment-Instrumenten
- 3.6. Kenntnisnahme von der Zuweisung (Vorsorge bzw. Reha) und Überprüfung; bei fehlender Passung Gespräch mit der Patientin und klärender Anruf beim Kostenträger bzw. Rückmeldung/ Info an den Kostenträger
- 3.7. Gemeinsame Vereinbarung ihrer Vorsorgeziele mit der Patientin durch den Arzt/Therapeuten (Vorsorgeteam) als Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung
- 3.8. Gemeinsame Festlegung von Zielen für die Behandlung des Kindes durch den Arzt und die Patientin (bei Babys und Kleinkindern) bzw. durch den Arzt und das Kind in Absprache mit der Patientin (bei Schulkindern)
- 3.9. Erstellung individueller Vorsorgepläne für die Mutter und das behandlungsbedürftige Kind als Ergebnis der ärztlichen und psychosozialen Aufnahmegespräche bzw. -untersuchungen innerhalb von 48 Stunden nach der Anreise; hierbei Abstimmung des Plans mit den Vorsorgezielen und den Erwartungen/ Wünschen der Patientin und des Kindes und Erklären des Zwecks einzelner Maßnahmen

4. Durchführung der für die Vorsorge erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen

- 4.1. Beginn der Therapie für Patientin und behandlungsbedürftiges Kind spätestens 48 Stunden nach der Anreise, jedoch in jedem Fall erst nach der Erstellung des Vorsorgeplans (vgl. 3.9)
- 4.2. Komplexe, interdisziplinäre Behandlungsstrategie des Therapieplans mit mindestens drei verschiedene Therapieformen aus den Bereichen Krankenbehandlung, psychologische Beratung und Behandlung, gesundheitsfördernde Hilfen sowie Hilfen in psychosozialen Problemsituationen
- 4.3. Durchführung aller Vorsorge-Maßnahmen, kein Ausfall von Therapien
- 4.4. Patientenorientierter Ablauf der Therapien der Mutter, z.B. zwischen den Therapien genügend Ruhezeiten, keine Überschneidungen von Behandlungen, Kinderbetreuung während Therapien gewährleistet, keine Behandlung zu Essenszeiten
- 4.5. Patientenorientierter Ablauf der Therapien des behandlungsbedürftigen Kindes, z.B. Möglichkeit, behandlungsbedürftige Kinder durch das Klinikpersonal zu ihren Behandlungen bringen zu lassen
- 4.6. Patientenorientierter Ablauf der Therapien bei interkurrenten Erkrankungen
 - 4.6.1. Möglichkeit der individuellen Betreuung eines interkurrent erkrankten Kindes
 - 4.6.2. Möglichkeit der Verlegung der Therapiemaßnahmen der Mutter bei einem interkurrent erkrankten Kind
 - 4.6.3. Über die normale Kinderbetreuung hinausgehende Betreuung des Kindes bei einer interkurrenter Erkrankung der Mutter
- 4.7. Konstanz der ärztlich-therapeutischen-psychosozialen Betreuung
- 4.8. Behandlungsmöglichkeiten für nicht antragsrelevante Erkrankungen (Akutbehandlung)
- 4.9. Mindestens 3 Arztkontakte für Mutter und Kind, davon mindestens einer pro Woche (ab Anreisetag gezählt), d.h. neben Aufnahme- und Abschlussuntersuchung mindestens eine ärztliche Zwischenuntersuchung im Sinne der Gewährleistung einer kontinuierlichen Verlaufsbeobachtung
- 4.10. Überprüfung und Anpassung des Vorsorgeplans während der Maßnahme durch den Arzt in Absprache mit der Patientin und dem Vorsorgeteam
- 4.11. Strukturiertes Nachsorgemanagement in Absprache mit der Patientin, dabei Verankerung des Konzeptes im laufenden Behandlungsprozess
- 4.12. Konkrete Unterstützung der Nachsorge statt nur Empfehlung

5. Abschluss der Vorsorgebehandlung

- 5.1. Ärztliche Abschlussuntersuchung für Mutter und Kind mit integrierter psychosozialer Abschlussbesprechung frühestens 2 Tage vor dem Entlassungstag
- 5.2. Stattfinden eines psychosozialen und medizinischen Abschlussgesprächs; zusammenhängende Betrachtung von Diagnostik, Behandlung, Verlaufs- und Erfolgsbeurteilung sowie Empfehlungen für die Nachsorge bei Vorsorgepatientinnen und behandlungsbedürftigen Kindern; Betrachtung psychosozialer Aspekte ggf. auch separat
- 5.3. Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes unter Angabe der weiteren Therapie und Nachsorge
- 5.4. Mitgabe eines kurzen Arztbriefes (inklusive Diagnosen und Angaben zur Nachsorge) für die weitere Behandlung zu Hause, falls ärztlicher Entlassungsbericht zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht fertiggestellt
- 5.5. Laufzeit des Entlassungsberichts nicht länger als 2 Wochen (Ende der Maßnahme – Eingang behandelnder Arzt/ Ärztin und Leistungsträger)

6. Organisation der Behandlung

- 6.1. Verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Vorsorge, das regelmäßig (etwa alle 2 Jahre) überarbeitet wird, dadurch kontinuierliche konzeptuelle Festlegungen; Umsetzung des Konzepts
- 6.2. Präsenz der verantwortlichen Ärztin während der Therapiezeiten zur Erbringung der ärztlichen Aufgaben und darüber hinaus bei Bedarf kurzfristige Verfügbarkeit
- 6.3. Fall-/patientenbezogene Teambesprechungen mindestens 1x pro Woche
- 6.4. Pädagogische Kinderbetreuung
- 6.5. Dokumentation des Behandlungsverlaufs für Mutter und Kind:
 - Relevante anamnestische Daten
 - Aktuelle klinische Befunde und deren Interpretation (inkl. Assessments)
 - Vorsorgeziele und Zielerreichung
 - Vorsorgeplan
 - Teilnahmedokumentation der Patientin
 - Tägliche Betreuungszeiten des Kindes/der Kinder
 - Interkurrente Erkrankungen
 - Nachsorgegespräch / -management
 - Abschlussuntersuchung
 - Fallbezogene interdisziplinäre Teambesprechungen
 - Arzt-/Therapeuten-Kontakte
 - Maßnahmen bei „falscher“ Zuweisung der Patientin
- 6.6. Gewaltmanagement / psychologisches Notfallmanagement in der Klinik
- 6.7. Durchführung von diagnostischen Maßnahmen und Tests durch qualifiziertes Personal; sinnvolle Einbettung der Maßnahmen
- 6.8. Verlässliches Sprechstundenangebot

Lebenslauf

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Name | Johanna Jokinen |
| Geboren am | 10.02.1984 in Hamburg |
| Staatsangehörigkeit | Deutsch/Finnisch |

Arbeit und Ausbildung

| | |
|---------------------------|--|
| Seit Oktober 2013 | Assistenzärztin an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie der Universitätsklinik Würzburg |
| 2006 bis 2013 | Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg |
| Mai 2013 | Staatsexamen |
| Februar bis Dezember 2012 | Praktisches Jahr |
| August 2008 | Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung |
| Mai 2005 | Abitur |
| 2001 bis 2005 | Gymnasium Henstedt-Ulzburg |
| 1994 bis 2000 | Gymnasium Kaltenkirchen |
| 1990 bis 1994 | Grundschule Alveslohe |