

Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und subjektive Befindlichkeit von stationären Patienten

GUNTER KRAMPEN und ANDREAS von DELIUS

1. Problemstellung

Die schon aufgrund von Alltagserfahrungen relativ triviale Erkenntnis, daß menschliches Verhalten und Erleben weder primär auf stabile Merkmale von Personen ("trait-approach" der klassischen Persönlichkeitspsychologie) noch primär auf Merkmale der Handlungssituation oder der Umwelt ("Situationismus") zurückgeführt werden kann, sondern, daß neben beiden Aspekten die Wechselwirkung, die Interaktion von Person- und Situationsmerkmalen wesentlich ist ("Interaktionismus"), spielt in der aktuellen Psychologie eine herausragende Rolle (vgl. etwa die zusammenfassende Darstellung interaktionistischer Überlegungen bei LANTERMANN, 1980). Zwischen verschiedenen Ansätzen des Interaktionismus (und auch des Situationismus) besteht dabei zumindest eine Übereinstimmung: Wichtiger noch als objektive Merkmale von Situationen und Umwelten, die freilich auch z.B. die Handlungsfreiheit von Individuen bedeutsam beeinflussen können, ist die subjektive Wahrnehmung der Handlungssituation bzw. der objektiven Situationsmerkmale durch das Handlungssubjekt (vgl. etwa schon MURRAY, 1938; CHEIN, 1954; ROTTER, 1955; LEWIN, 1963). Wird nun die Situations- oder Umweltwahrnehmung als für das Erleben und Verhalten allgemein mitverantwortlich postuliert, so muß dies auch für das Verhalten und Erleben von Kranken, also auch für den Krankheitsverlauf und den Heilungsprozeß gelten. Für den Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen wird dies auch kaum mehr bestritten. Es liegen eine Reihe empirischer Befunde zum Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und dem Therapieerfolg bei psychiatrischen Patienten (insbesondere bei Alkoholikern in Entziehungskuren) vor (siehe etwa MOOS & SCHWARTZ, 1972; MOOS, 1974; BROMET, MOOS & BLISS, 1976; PRATT et al., 1977; CRONKITE & MOOS, 1978; MOOS & BROMET, 1978). In jüngster Zeit wird in der Medizinischen Psychologie nun aber auch verstärkt der Einfluß von Klinikumwelten bzw. ihrer Wahrnehmung durch den Patienten auf somatische Erkrankungen und deren Verlauf thematisiert. Wurden Symptome des Hospitalismus bei Kindern zunächst vor allem auf Personenverluste und Trennungsängste attribuiert (vgl. etwa v. TROSCHKE, 1974), so treten nun Merkmale und Eigenschaften der Klinikumwelten selbst in den Vordergrund der Bedingungsanalysen. LANGENMAYR (1980) versucht etwa die meist als qualitativ postulierten Unterschiede zwischen psychischen, psychosomatischen und somatischen Krankheiten aufzuheben, indem er eindrucksvoll die Rolle psychosozialer Variablen bei der Verursachung, der Behandlung, dem Heilungsprozeß und den Krankheitsfolgen aller Krankheiten belegt, wobei der Schwerpunkt LANGENMAYRS auf den körperlich-organischen Krankheiten liegt. Die Klinikumwelt ist eine dieser psychosozialen Variablen, die mehr oder weniger stark für alle genannten Krankheitsaspekte bei stationären

Patienten wichtig ist. Auf dem Hintergrund des psychologischen Krankheitsbegriff¹, nach dem krank ist, wer sich krank fühlt, weil sein Befinden von der subjektiven Norm abweicht, sind das subjektive Befinden von Patienten und subjektiv vom Patienten erlebte gesundheitliche Veränderungen seit der Klinikeinlieferung psychologisch bedeutsame Indikationen für die Schwere einer Erkrankung. Ein allgemeinerer Indikator ist die Hoffnungslosigkeit der Patienten. KRAMPEN (1979) stellte mit der H-Skala bei verschiedenen Gruppen von stationären Patienten erhöhte Werte fest, die - im Vergleich zu Gesunden - auf negativere generalisierte Erwartungen bezüglich der persönlichen Zukunft in diesen Gruppen deuten. In der vorliegenden Arbeit sollen die Interdependenzen zwischen der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und diesen psychologischen Indikatoren für den Erkrankungsgrad in einer Stichprobe stationärer Patienten, die nicht auf psychiatrische Patienten beschränkt ist, untersucht werden.

Zur Messung der subjektiven Wahrnehmung von Klinikumwelten wird dabei zunächst auf den von MOOS (1974) im Rahmen der Ökologischen Psychologie vorgelegten Ansatz zurückgegriffen. MOOS (1974) unterscheidet drei grundlegende Möglichkeiten zur Beschreibung therapeutischer Umwelten:

- (1) Erhebung objektiver Maße, wie etwa räumlich-physikalische Merkmale (Flächenmaße, Bettenzahl etc.) und personelle Merkmale (Beschäftigtenzahl, verschiedene Personalschlüssel) von Kliniken. Dies ist ein eher situations-orientierter Ansatz.
- (2) Die Beschreibung einer Umwelt durch die durchschnittliche Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen oder von Gewohnheiten der Patienten und des Personals. Zu diesem eher "trait"-orientierten Ansatz gehören etwa auch die Methoden der direkten Erfassung der Einstellungen von Ärzten und Pflegepersonal ("staff attitude questionnaires"; vgl. etwa MOGAR et al., 1969).
- (3) Die Beschreibung des psychosozialen Klimas einer Klinikstation anhand der Umweltwahrnehmung der Beteiligten. Dieser Ansatz kann als interaktionistisch orientiert bezeichnet werden, da Umweltwahrnehmungen sowohl von Persönlichkeitsvariablen als auch von Situationsvariablen abhängen.

MOOS (1974) konzentrierte sich vor allem auf die Entwicklung eines Fragebogenverfahrens, das den letztgenannten Aspekt, die subjektive Wahrnehmung der therapeutischen Umwelt, erfassen soll. Methodisch parallel zu Fragebogeninstrumenten zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung von Militär-, Schul-, Industrie- und Gefängnisumwelten konstruierte er die "Ward Atmosphere Scale (WAS)", die mit den folgenden 10 Subskalen die Stationswahrnehmungen von psychiatrischen Patienten erhebt:

- Skala 1: Aktives Einbezogensein (in den Stationsbetrieb);
- Skala 2: Erlebte Unterstützung (durch Personal und durch Patienten);
- Skala 3: Spontanität
- Skala 4: Autonomie (Unabhängigkeit und Einflußmöglichkeiten);

¹ Dieser psychologische Krankheitsbegriff kovariiert nicht unbedingt mit dem naturwissenschaftlichen und dem soziologischen Krankheitsbegriff; aufgrund sozialer Normen ist eine solche Kovariation aber etwa bei somatischen Krankheiten eher zu erwarten als bei psychischen (vgl. hierzu auch LANGENMAYR, 1980).

- Skala 5: Praktische Orientierung (Vorbereitung auf die Zukunft);
- Skala 6: Persönlichkeitsorientierung;
- Skala 7: Ärger und Aggression (toleriertes Ausmaß);
- Skala 8: Ordnung und Organisation;
- Skala 9: Information (über die Behandlung);
- Skala 10: Kontrolle durch das Personal.

Diese Subskalen sind nach MOOS (1974) den folgenden maßgeblichen Dimensionen für die Beschreibung des psychosozialen Klimas zugeordnet:

- Beziehungsdimensionen (Skalen 1 bis 3);
- Dimensionen der Person-Orientierung (Skalen 4 bis 7)
- Dimensionen der Systemerhaltung und -veränderung (Skalen 8 bis 10).

Neben diesen Arbeiten von MOOS (1974) liegen eine Reihe spezifischerer und z.T. eklektisch anmutender Vorschläge zur Erhebung der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten vor, die auch weniger erprobt sind (etwa ELLSWORTH et al., 1968; JACKSON, 1969; PISANI, 1969; SPIEGEL & KEITH-SPIEGEL, 1971; WALLACE, IVANCEVICH & LYON, 1975). Basis unserer Untersuchung ist daher die WAS von MOOS (1974), die jedoch nicht einfach übernommen bzw. adaptiert werden kann, da ihr Einsatz von der Konzeption und den Iteminhalten her auf psychiatrische Kliniken bzw. psychiatrische Stationen beschränkt ist². Zudem vermissen wir in der WAS Subskalen für die Wahrnehmung der räumlichen Ausstattung und der technisch-medizinischen Orientierung auf einer Klinikstation. In einem ersten Untersuchungsschritt soll daher auf der Basis der WAS ein Fragebogeninstrument entwickelt werden, das prinzipiell in allen therapeutischen (Klinik-) Umwelten eingesetzt werden kann.

Im einzelnen werden somit in der vorliegenden Arbeit die folgenden Problemstellungen behandelt:

- (1) Entwurf und teststatistische Prüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten (ohne eine Beschränkung der Einsatzmöglichkeit auf psychiatrische Patienten).
- (2) Analyse der Differenzierungsfähigkeit der Fragebogenskalen im Hinblick auf objektive Umweltmerkmale (verschiedene Kliniken, verschiedene Stationen, Stationsgröße etc.) und auf Personvariable (Krankheit, Alter, Geschlecht etc.).
- (3) Prüfung des Vorhersagewerts der Umweltskalen für das subjektive Wohlbefinden der Patienten, die von ihnen erlebten gesundheitlichen Veränderungen seit der Klinikeinlieferung und die Hoffnungslosigkeit der Klinikpatienten.
- (4) Entwicklung einer ökonomischen Version des Umwelt-Fragebogens.

² Eine deutsche Adaptation und Weiterentwicklung der WAS ausschließlich für den Einsatz in psychiatrischen Kliniken und auf psychiatrischen Stationen befindet sich unter dem Namen "Stationsbeurteilungsbogen (SBB)" in der Psychiatrische Uni-Klinik München (Abteilung für Experimentelle und Klinische Psychologie, Dipl.-Psych. B. Knab) in Arbeit. Dies geht aus der Ankündigung eines Posters für den 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich hervor, das jedoch nicht präsentiert wurde (ENGEL-SITTENFELD, VON DOBLHOFF & ENGEL, 1980).

2. Methode

2.1 Erhebungsmethode

Die Items der WAS von MOOS (1974) wurden in's Deutsche übersetzt und auf ihre Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit überprüft. Items, die wegen ihres Inhalts vor allem für Patienten auf psychiatrischen Stationen Bedeutung haben (z.B. Item-Nr. 86 der WAS: "Das Personal ermutigt die Patienten über ihre Vergangenheit zu sprechen."), wurden eliminiert und z.T. durch neue, allgemein geltende Formulierungen ersetzt. In diesem Schritt der Fragebogenkonstruktion entfielen 23 Items der ursprünglichen WAS (ebenso die Filler-Items der WAS); drei Items wurden durch Neuformulierung hinzugefügt. Ferner wurden zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der räumlichen Bedingungen und der technisch-medizinischen Orientierung auf einer Klinikstation 10 bzw. 7 Items neu formuliert und in die Itemliste (verteilt zwischen die anderen Items) aufgenommen. Diese erste Form der allgemeinen Klinik-Umwelt-Skalen (KUS) besteht aus 98 Items (Antwortmodus: "richtig"/"falsch"), die a priori 12 Fragebogenskalen zugeordnet sind³. Neben den schon aufgezählten und erläuterten Skalen der WAS (siehe oben) sind dies die Skalen "räumliche Bedingungen" (vor allem Ausstattung und räumlicher Zustand der Klinikstation) und "technisch-medizinische Orientierung" (Ausmaß, in dem auf einer Station auf technische Diagnose- und Therapiehilfsmittel zurückgegriffen wird).

Neben diesen Daten zur Klinik-Umwelt-Wahrnehmung wurden demographische Daten (Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf etc.) und Variablen der Krankengeschichte (Krankheit, Krankheitsdauer, Dauer des Klinikaufenthalts etc.) bei den Patienten erhoben. Hinzu traten objektive Daten über die Klinik und die Klinikstation (Klinikalter, Klinikgröße, Stationsalter, Bettenzahl, räumliche Größe in qm, verschiedene Personalschlüssel etc.), die direkt von der Klinikverwaltung eingeholt wurden.

Als Kriteriumsvariablen für die subjektive Befindlichkeit der Patienten wurden die folgenden Daten erhoben:

- (1) Die Patienten wurden am Anfang der Befragung gebeten, auf einer 7-stufigen, graphischen Schätzsкала direkt das Ausmaß ihres subjektiven Wohlbefindens anzugeben. Zwischen den verbalen Ankern der Skala "ich fühle mich sehr wohl" und "ich fühle mich garnicht wohl" waren als Antwortmöglichkeiten Strichzeichnungen von Gesichtern eingesetzt, die von Lachen beim positiven Skalenpol bis zum Traurigschauen beim negativen Pol reichen. Diese graphische Skalierungsvariante hat sich bislang vor allem bei der Erfassung der Berufs- und Arbeitszufriedenheit bewährt (vgl. etwa KRAMPEN, 1978).
- (2) In Anlehnung an den von ZIELKE & KOPF-MEHNERT (1979) vorgelegten Veränderungfragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV) wurde ein Fragebogen zur Messung gesundheitlicher Veränderungen (FGV)

³ Der Originalfragebogen wird von den Autoren auf Anfrage gerne übersandt.

entworfen. Nach der Methode der direkten Veränderungsmessung werden die Patienten gebeten für 12 Items anzugeben, ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß, seit der Klinikeinlieferung gesundheitliche Änderungen positiver oder negativer Art stattgefunden haben. Eine Faktorisierung der FGV-Items weist auf die faktorielle Homogenität des Fragebogens. Auch seine teststatistischen Kennwerte genügen den Anforderungen (Testhalbierungsreliabilität nach SPEARMAN-BROWN $r_{tt} = .92$; vgl. weiteres zum FGV bei KRAMPEN & v. DELIUS, i.V.).

- (3) Zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit (Pessimismus versus Optimismus) der Patienten wurde die deutsche Adaption der H-Skala (KRAMPEN, 1979) verwendet. Mit 20 Items werden durch sie generalisierte Erwartungen bezüglich der persönlichen Zukunft erfaßt. Die Testhalbierungsreliabilität der H-Skala in der vorliegenden Studie ($r_{tt} = .85$) bestätigt die schon vorliegenden Befunde zu ihrer meßpraktischen Brauchbarkeit. Ähnliches gilt für die Schwierigkeitsindizes und die Trennschärfekoeffizienten der Items.

2.2 Untersuchungsstichprobe

Um hinreichende Differenzierungsmöglichkeiten zu haben, und um die allgemeine Verwendbarkeit der Klinik-Umwelt-Skalen (KUS) überprüfen zu können, wurden insgesamt 155 Patienten auf sieben verschiedenen Stationen in fünf Kliniken befragt. Auf diesen Klinikstationen wurden mit Ausnahme der Patienten, die akute Schmerzzustände hatten oder bei denen ein fortgeschrittener Altersabbau vorlag, alle Patienten befragt, die kooperationsbereit waren. Nach einleitenden Bemerkungen über den Untersuchungsgegenstand und die Bitte um Kooperation bearbeiteten die Patienten einen Fragebogen, der den folgenden Aufbau hatte: Zunächst wurde nach demographischen Variablen und nach Daten der Krankengeschichte gefragt. Dann wurden die Patienten gebeten, ihr gesundheitliches Wohlbefinden einzuschätzen, sowie den FGV, die H-Skala und einen Depressivitäts-Fragebogen (ZUNG, 1970) zu bearbeiten. Im Anschluß sollte der Umweltfragebogen ausgefüllt werden.

Tabelle 1 gibt Aufschluß über die Verteilung der Patienten auf die sieben erfaßten Klinikstationen und über objektive Merkmale der Klinik- bzw. Stationsumwelt. Die beachteten Stationen unterscheiden sich in einer Reihe objektiver Merkmale. So wurden neben zwei internistischen Stationen, einer orthopädischen und einer neurologischen Station auch eine Station in einer Rehabilitations-Klinik (vor allem internistische Patienten) und eine psychiatrische Station und eine Suchtkrankenstation (vor allem Alkoholiker) erfaßt. Die Stationen unterscheiden sich auch in der Belegart (Privatstation, Kassenstation, gemischte Station), in dem Alter der Station, der Bettenzahl, der räumlichen Größe und in verschiedenen Personalschlüsseln (siehe Tabelle 1).

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 59 Frauen und 96 Männern zusammen. Das Alter betrug zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt $\bar{x} = 45,7$ Jahre mit einer (recht großen) Standardabweichung von $s = 14,1$ Jahren. Im Durchschnitt waren die Patienten zum Befragungszeitpunkt $\bar{x} = 17,7$ Tage auf der Klinikstation ($s = 18,7$ Tage); 36 Befragte (33%) hatten eine Operation hinter sich und 19 Patienten (=12%) waren Privatpatienten. In engem Zusammenhang mit den erfaßten Stationsarten steht die Verteilung verschiedener Krankheiten in der Gesamtstichprobe: 38 Patienten waren

Tab.1: Untersuchungsstichproben und Merkmale der Klinikstationen

Stations-Nr.	Stations-Art ^a	N	Merkmale der Klinikstationen					Klinikmerkmale		
			Belegungsart	Bettenzahl	Alter der Station	Patienten pro Arzt	Patienten pro Angest.	Fläche pro Patient(qm)	Träger	Bettenzahl
1	internistisch	18	privat	20	7 Jahre	10	5	30	Kirche	450
2	internistisch	21	Kasse	30	7 Jahre	15	8	20	Kirche	450
3	neurologisch	29	Kasse	33	82 Jahre	10	7	26	Kommune	2000
4	psychiatrisch	20	gemischt	40	82 Jahre	16	9	18	Kommune	2000
5	orthopädisch	11	gemischt	25	12 Jahre	12	7	25	Kirche	350
6	Suchtkranke	35	gemischt	36	4 Jahre	12	5	15	Kirche	350
7	rehabilitativ ^b	21	gemischt	40	5 Jahre	40	10	25	freier Träger	150
Gesamtstichprobe (Σ)		155								

^aStationen 1 und 2 sowie Stationen 3 und 4 gehören jeweils zu einer Klinik.

^bStation einer Reha-Klinik mit meist internistischen Patienten.

wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in der Klinik, 18 Patienten wegen anderen inneren Krankheiten; 26 Patienten litten unter einer neurologischen Erkrankung, 41 unter Süchten (vor allem Alkoholismus), 13 unter einer anderen psychiatrischen Erkrankung; 11 Patienten hatten eine orthopädische Erkrankung und 8 Patienten hatten sehr spezifische Krankheiten, die in diese Krankheitsgruppen nicht klassifizierbar sind (= sonstige Erkrankungen).

3. Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den oben aufgeführten Problemstellungen der Untersuchung. Zunächst werden die Befunde zur teststatistischen Brauchbarkeit der Klinik-Umwelt-Skalen und zu ihrer Differenzierungsfähigkeit dargestellt (Problemstellungen 1 und 2). Im Anschluß werden die Befunde zu ihrem Vorhersagewert für die drei psychologischen Variablen des subjektiven Krankheitsbefindens dargestellt (Problemstellung 3). Zum Schluß werden einige Befunde und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Klinik-Umwelt-Skalen vorgelegt (Problemstellung 4).

3.1 Befunde zu den Klinik-Umwelt-Skalen (KUS)

Zunächst wurden für die 12 KU-Skalen Itemanalysen berechnet. In Tabelle 2 sind u.a. die Itemzahlen und die Reliabilitätskoeffizienten (CRONBACHs Alpha) für alle 12 Skalen getrennt aufgeführt. Da sich die Reliabilitätskoeffizienten zum überwiegenden Teil in einem Bereich bewegen, der für Forschungsfragebogen (die primär auf Gruppenunterschiede abzielen) ausreichend ist, wurde zunächst auf eine Itemselektion verzichtet. Die Itemselektion sollte der Weiterentwicklung der KUS, die in Abschnitt 3.3 dargestellt ist, vorbehalten bleiben.

Tabelle 2 faßt auch die Befunde zu differentieller Validität der KU-Skalen zusammen. Einfaktorielle Varianzanalysen zeigen, daß 11 KU-Skalen statistisch signifikant zwischen den fünf erfaßten Kliniken unterscheiden; lediglich die Skala "Spontanität" differenziert statistisch nicht bedeutsam zwischen verschiedenen Kliniken. Einzelmittelwertvergleiche, durchgeführt mit dem "DUNCANs multiple ranges test", ergaben sinnvoll zu interpretierende Ergebnisse, auf deren Darstellung hier aus Platzgründen verzichtet werden soll. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den varianzanalytischen Vergleichen der sieben Klinikstationen an Hand der 12 Umwelt-Skalen. Bis auf die Skala "Spontanität" differenzieren auch hier alle Skalen. Einzelvergleiche der sieben Stationen ergaben auch hier sinnvoll interpretierbare Befunde; auf ihre Darstellung soll hier jedoch ebenfalls aus Platzgründen verzichtet werden, da diese Befunde zudem auch vor allem für das auf den Stationen beschäftigte Personal von Interesse sind. Es ist jedoch festzuhalten, daß 11 der Klinik-Umwelt-Skalen statistisch bedeutsam zwischen objektiv unterschiedlichen Stations- und Klinikumwelten (siehe Tabelle 1) unterscheiden. Diese Differenzierungsfähigkeit von Skalen zur Erfassung des sozialen Klimas ist etwa für MOOS (1974) ein entscheidender Validitätshinweis für solche Meßinstrumente.

Drei der 12 KU-Skalen unterscheiden sich statistisch bedeutsam bei Privat- und Kassenpatienten. Kassenpatienten haben im Durchschnitt höhere Werte auf den Skalen "aktives Einbezogensein"

Tab.2: Itemzahl und Reliabilität (Cronbachs Alpha) der Klinik-Umwelt-Skalen sowie varianalytische Befunde (N= 155)

Umwelt-Skalen	Item- zahl	r _{tt}	variananalytische Vergleiche zwischen				
			5 Kliniken F (4/150)	7 Stationen F (6/148)	Kasse/privat F (1/153)	7 Krankheitsgruppen F (6/148)	Geschlecht F (1/153)
(1) räumliche Bedingungen	10	.79	22,31 ⁺⁺⁺	14,86 ⁺⁺⁺	1,33	8,17 ⁺⁺⁺	0,31
(2) technisch-med. Orientierung	7	.48	4,07 ⁺⁺	3,27 ⁺⁺	0,33	3,43 ⁺⁺	2,97
(3) aktives Einbezogenensein	8	.71	13,58 ⁺⁺⁺	9,25 ⁺⁺⁺	4,24 ⁺	4,44 ⁺⁺⁺	3,98 ⁺
(4) Unterstützung	10	.75	5,84 ⁺⁺⁺	5,02 ⁺⁺⁺	0,04	2,90 ⁺	3,36
(5) Spontanität	7	.49	2,26	1,81	0,24	1,69	5,66 ⁺
(6) Autonomie	10	.56	2,58 ⁺	3,58 ⁺⁺	1,23	1,81	0,86
(7) praktische Orientierung	7	.67	7,22 ⁺⁺⁺	5,03 ⁺⁺⁺	3,30	3,44 ⁺⁺	3,02
(8) Persönlichkeits-Orientierung	6	.71	8,24 ⁺⁺⁺	5,61 ⁺⁺⁺	0,36	4,39 ⁺⁺⁺	0,06
(9) Ärger und Aggression	7	.72	4,96 ⁺⁺⁺	10,72 ⁺⁺⁺	4,69 ⁺	9,89 ⁺⁺⁺	0,00
(10) Ordnung und Organisation	9	.77	10,67 ⁺⁺⁺	8,18 ⁺⁺⁺	0,25	7,92 ⁺⁺⁺	2,18
(11) Information	9	.74	19,12 ⁺⁺⁺	12,85 ⁺⁺⁺	0,01	6,67 ⁺⁺⁺	2,26
(12) Kontrolle durch Personal	8	.57	6,91 ⁺⁺⁺	7,50 ⁺⁺⁺	13,40 ⁺⁺⁺	6,38 ⁺⁺⁺	1,05

⁺⁺⁺p < .001; ⁺⁺p < .01; ⁺p < .05

($\bar{x}_K = 4,3$; $\bar{x}_P = 3,2$; $p < .05$), "Ärger und Aggression" ($\bar{x}_K = 1,6$; $\bar{x}_P = 0,6$; $p < .05$) und "Kontrolle durch das Personal" ($\bar{x}_K = 3,5$; $\bar{x}_P = 2,0$; $p < .05$) als Privatpatienten (siehe Tabelle 2). Bei diesen relativ gut interpretierbaren Befunden muß jedoch bedacht werden, daß die Stichprobe der Privatpatienten mit $N_P = 19$ relativ gering ist, und daß die Personen dieser Stichprobe mit einer Ausnahme alle einer Station (Station-Nr. 1 in Tabelle 1) angehören.

Die in Tabelle 2 ebenfalls aufgeführten varianzanalytischen Befunde zu Unterschieden in den KU-Skalen zwischen verschiedenen Krankengruppen (Herz-Kreislauf-Krankheiten/sonstige innere/neurologische/Süchte/sonstige psychiatrische/orthopädische/andere Krankheiten) zeigen ein ähnliches Bild wie die Stationsvergleiche. Mit Ausnahme der Skalen "Spontanität" und "Autonomie" sind die varianzanalytischen F-Werte für alle Skalen statistisch signifikant. Hierbei handelt es sich natürlich zum großen Teil um eine Replikation der Befunde zu den Vergleichen zwischen verschiedenen Klinikstationen, da Erkrankungsart und Stationsart bei der hier verwendeten groben Krankheitsklassifikation eng kovariieren.

Mit Ausnahme der Skala "Spontanität" ($\bar{x}_W = 3,2$; $\bar{x}_M = 4,0$; $p < .05$) und der Skala "aktives Einbezogenensein" ($\bar{x}_W = 3,7$; $\bar{x}_M = 4,5$; $p < .05$) erweisen sich die Klinik-Umwelt-Skalen als geschlechtsunabhängig. Auch das Alter der Patienten weist nur bei wenigen KU-Skalen in der Höhe bedeutsame Korrelationen mit der Wahrnehmung der therapeutischen Umwelt auf: ältere Patienten nehmen die räumlichen Bedingungen positiver wahr ($r = .32$; $p < .01$), erleben eine geringere Persönlichkeitsorientierung ($r = -.24$; $p < .01$), eine geringere technisch-medizinische Orientierung ($r = -.20$; $p < .01$), eine geringere praktische Orientierung ($r = -.14$; $p < .05$) und halten mehr Ärger und Aggressionen ($r = .24$; $p < .01$) für möglich. Die gemeinsame Varianz von Alter und Umweltwahrnehmung liegt aber maximal bei 9%, ist also sehr gering. Auch die Dauer des Klinikaufenthaltes korreliert nur in geringfügigem Maße mit fünf der insgesamt 12 Umwelt-Skalen: Patienten, die schon länger in der Klinik sind, halten in der Tendenz mehr Ärger und Aggressionen für möglich ($r = .22$; $p < .01$), erleben eine höhere praktische Orientierung ($r = .21$; $p < .01$), erleben auf der Station weniger Ordnung und Organisation ($r = -.20$; $p < .01$), weniger Unterstützung ($r = -.18$; $p < .05$) und mehr Kontrolle durch das Personal ($r = .14$; $p < .05$). Erscheinen auch diese Befunde als leicht interpretierbar, so muß doch bedacht werden, daß die ermittelten Koeffizientenwerte nur geringe Varianzanteile abdecken (und nur durch die Stichprobengröße statistisch signifikant werden), und daß Variablen wie Alter und Dauer des Klinikaufenthaltes z. T. mit der Art der Erkrankung und damit auch mit der Stationsart zusammenhängen. So weisen etwa die psychiatrischen Patienten mit Abstand die höchsten Werte in der Dauer des Klinikaufenthaltes auf; gleichzeitig sind sie im Vergleich zu den anderen Patienten eher jünger. Das bedeutet, daß auch diese korrelativen Befunde z.T. die Befunde aus den Stations- bzw. Krankengruppen-Vergleichen replizieren.

Ähnliches gilt auch für die Korrelationen zwischen den 12 Umweltskalen und objektiven Stationsmerkmalen wie etwa "Anzahl von Patienten pro Beschäftigter", "Patientenzahl pro Station", "Alter der Klinik" und "Bettzahl pro Zimmer". Auf die Darstellung dieser Befunde wird hier

verzichtet, da sie zum großen Teil die zu den Stations- bzw. Klinikvergleichen widerspiegeln.

Die Interkorrelation der 12 Skalen des Umweltfragebogens ergab im Mittel einen Wert von $r = |.34|$. Die verschiedenen Aspekte der Wahrnehmung von therapeutischen Umwelten weisen also z.T. erhebliche Interdependenzen auf. Ähnliche Befunde liegen auch von MOOS (1974) zur WAS vor. Unabhängige Fragebogenskalen sind bei dem hier gewählten Vorgehen, das nicht durch Dimensionsanalysen (etwa Faktorenanalysen) geleitet ist, auch nicht zu erwarten (siehe hierzu weiteres in Abschnitt 3.3).

3.2 Wahrnehmung der Stationsumwelt und subjektives Befinden

Die drei verschiedenen psychologischen Indikatoren für den Erkrankungsgrad sind wie folgt interkorreliert: das direkt eingeschätzte subjektive Wohlbefinden korreliert zu $r = .44$ ($p < .01$) mit dem FGV-Wert (Fragebogen zu gesundheitlichen Veränderungen) und zu $r = -.23$ ($p < .01$) mit dem Wert der H-Skala (Hoffnungslosigkeit); H-Skala und FGV-Score korrelieren zu $r = -.25$ ($p < .01$). Die drei Indikatoren für die subjektive Schwere einer Erkrankung verfügen also über Interdependenzen, die darauf hinweisen, daß z.T. unterschiedliche Aspekte des subjektiven Befindens erfaßt worden sind. Die direkte Einschätzung des Wohlbefindens ist sicherlich am stärksten gegenwartsorientiert (das heißt, auf den Befragungszeitpunkt ausgerichtet), während der FGV einen direkten Wert für erlebte Veränderungen für den Vergleich "Vergangenheit versus Gegenwart" und die H-Skala einen Wert für Antizipationen und Erwartungen in die Zukunft liefert.

Zur Prüfung des Vorhersagewertes der 12 Skalen zur Umweltwahrnehmung für diese Indikatoren des subjektiven Befindens wurden drei multiple Regressionsanalysen berechnet, in denen die 12 KU-Skalen als Prädiktoren für die Kriterien "Wohlbefinden", "FGV-Wert" und "H-Wert" eingesetzt wurden. Die regressionsanalytischen Befunde sind in Tabelle 3 dargestellt. Zunächst ist festzustellen, daß die multiplen Korrelationskoeffizienten und die varianzanalytischen F-Werte zur Prüfung der Varianzquelle "Regression" bei allen drei Kriterien statistisch signifikant sind. Durch die 12 Umweltskalen werden immerhin 16% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens, 23% der Varianz der Hoffnungslosigkeit und 26% der Varianz der erlebten gesundheitlichen Veränderungen seit der Klinikeinlieferung aufgeklärt. Die Beta-Gewichte und die Regressions-Faktor-Struktur-Koeffizienten (= Korrelation des Prädiktors mit der Regressionsfunktion) in Tabelle 3 geben nun überdies Aufschluß über den relativen Vorhersagebeitrag der 12 Aspekte der Klinik-Umwelt-Wahrnehmung für die Kriterien. Die höchsten Vorhersagewerte für das situations- und gegenwartsbezogene Kriterium des subjektiven Wohlbefindens haben danach die KU-Skalen "Information", "räumliche Bedingungen", "Unterstützung" und "Ordnung und Organisation". Die subjektiv erlebten gesundheitlichen Veränderungen seit der Klinikeinweisung können am besten die die Skalen "Information", "Persönlichkeitsorientierung", "praktische Orientierung", "aktives Einbezogensein" und "Unterstützung" prognostiziert werden. Zur Vorhersage der zukunftsbezogenen Hoffnungslosigkeit eines Patienten tragen die KU-Skalen "Information", "Einbezogensein", "technisch-medizinische Orientierung", "Spontanität" und "Persönlichkeitsorientierung" relativ am meisten bei.

Tab.3: Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen mit den Klinik-Umwelt-Skalen als Prädiktoren (N= 155)

Prädiktor	Vorhersage - Kriterium								
	gesundheitl. Veränderung			Wohlbefinden			Hoffnungslosigkeit		
	r _{crit} ^a	beta	Strukt. ^b	r _{crit} ^a	beta	Strukt. ^b	r _{crit} ^a	beta	Strukt. ^b
(1) räuml. Bedingungen	.28	.00	.55	.26	.09	.65	-.24	.07	-.50
(2) techn.med. Orient.	.22	.06	.44	.12	.03	.30	-.31	-.18	-.65
(3) Einbezogensein	.35	.11	.69	.23	.04	.58	-.33	-.19	-.69
(4) Unterstützung	.34	.14	.67	.26	.11	.65	-.25	.03	-.52
(5) Spontanität	.14	-.11	.28	.19	.02	.48	-.29	-.06	-.61
(6) Autonomie	.06	-.17	.12	.11	-.08	.25	-.25	-.10	-.52
(7) prakt. Orient.	.36	.14	.71	.15	-.06	.38	-.23	.10	-.48
(8) Pers.-Orient.	.37	.17	.73	.18	.01	.45	-.26	-.02	-.55
(9) Ärger/Aggression	-.03	.05	-.06	-.08	.15	-.20	.10	-.05	.21
(10) Ord./Organisation	.23	.01	.45	.26	.13	.65	-.20	.06	-.42
(11) Information	.38	.18	.75	.28	.14	.70	-.38	-.31	-.80
(12) Kontrolle	.10	.01	.20	-.18	-.21	-.45	.11	.10	.23
Multiple Korrelation (R)		.51 ⁺⁺			.40 ⁺			.48 ⁺⁺	
F-Wert (12/142)		4,15 ⁺⁺			2,19 ⁺			3,58 ⁺⁺	

⁺⁺ p < .01; ⁺ p < .05

^a alle Prädiktor-Kriteriums-Korrelationen r_{crit} ≥ |.13| sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

^b Strukt.= Regressions-Faktor-Struktur-Koeffizienten.

Insgesamt ergibt sich also das Bild, daß verschiedene psychologische Indikatoren des Krankseins und des Krankheitsgrades durch verschiedene Aspekte der Wahrnehmung der therapeutischen Umwelt recht gut vorhergesagt werden können. Die höchste prognostische Bedeutung haben dabei die Skalen "Information des Patienten" (Transparenz des Stationsgeschehens und der Behandlung), "aktives Einbezogenensein des Patienten" (in das Stationgeschehen), "Unterstützung" (erlebte Unterstützung durch das Personal und durch andere Patienten) und "Persönlichkeitsorientierung" (des Personals).

Zur statistischen Absicherung dieser Befunde wurde zusätzlich eine kanonische Korrelationsanalyse durchgeführt, in die - als Erweiterung der Methode der multiplen Regressionsanalyse - nicht nur ein Kriterium, sondern mehrere Kriterien (ebenso wie mehrere Prädiktoren) eingehen können. Dies wurde insbesondere wegen der z.T. bedeutsamen Interkorrelationen der Umweltskalen einerseits und der drei Kriterienvariablen andererseits getan. Variablenset A der kanonischen Korrelationsanalyse bestand aus den 12 KU-Skalenwerten (Prädiktorsatz), Variablenset B aus den Variablen "Wohlbefinden", "H-Skalenwert", "FGV-Wert" und "Depressivität" (die mit dem Verfahren von ZUNG (1970) erhoben worden war). Es ergaben sich zwei statistisch signifikante kanonische Faktoren, die die regressionsanalytischen Befunde weitgehend bestätigen. Die Strukturkoeffizienten des ersten kanonischen Faktor ($R_C = .34$; $p < .01$) weisen auf einen komplexen Zusammenhang zwischen den KU-Skalen "Information", "aktives Einbezogenensein", "Persönlichkeitsorientierung" und "praktische Orientierung" und den Kriterienvariablen Hoffnungslosigkeit und erlebte gesundheitliche Veränderungen. Der zweite kanonische Faktor ($R_C = .26$; $p < .01$) ist durch die KU-Skalen "Kontrolle", "Unterstützung", "räumliche Bedingungen", "Einbezogenensein", "Information" und "Ordnung und Organisation" sowie die Kriterien "Wohlbefinden" und Depressivität gekennzeichnet.

3.3 Weiterentwicklung der Klinik-Umwelt-Skalen (KUS)

Die Weiterentwicklung der KUS ist auf zwei unterschiedlichen Wegen möglich. Zunächst kann unter Beibehaltung der bei der Konstruktion festgelegten Skalen Itemselektion betrieben werden. Zielsetzung dabei ist zum einen eine Verkürzung der KUS, so daß sie leichter und ökonomischer handhabbar wird, zum anderen die Erhöhung der Reliabilität der Skalen durch den Ausschluß wenig tauglicher Items. Der zweite Weg führt über Dimensionsanalysen der KUS-Items, also dem bei Fragebogenentwicklungen sehr häufig beschrittenem Ansatz, zu quantitativ relativ unabhängigen Dimensionen der Umweltwahrnehmung, die jedoch keinen Bezug mehr zu den ursprünglichen Skalenkonzeptionen und zu der WAS aufweisen müssen. Hier wurden beide Möglichkeiten der Fragebogen-Weiterentwicklung durchgeführt.

Eine Hauptachsen-Faktorenanalyse (R^2 als Startkommunalitäten, Varimax-Rotation) der 98 Items der KUS führte nach dem Kriterium des Eigenwertabfalls (Scree-Test) zu einer 7-faktoriellen Lösung (Varianzaufklärung: 41%). Die Faktorladungen der Items erlauben keine Zuordnung der ermittelten Dimensionen zu den a priori postulierten Skalen der KUS. Neben einem sehr starken ersten Faktor (relativer Varianzanteil 41,4%), der als Dimension des allgemeinen Wohlfühlens auf der Klinikstation bezeichnet werden kann und auf dem 35 (!) Items essentielle

Ladungen aufweisen, ergeben sich sechs weitere, recht spezifische Faktoren, deren Varianzanteil zwischen 6,3% und 15,4% variiert, auf denen nur wenige der KUS-Items hohe Faktorladungen aufweisen, und die daher kaum als Basis für den Entwurf neuer Subskalen geeignet sind. Das dimensionsanalytische Vorgehen führt also zu einem sehr allgemeinen Fragebogen zur Erfassung der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten, der keine Informationen über verschiedene Aspekte der Umweltwahrnehmung gibt. Seine interne Konsistenz liegt jedoch mit $r_{tt}^{\wedge} = .92$ relativ hoch.

Zielsetzung bei dem zweiten Ansatz der Weiterentwicklung der KU-Skalen war - freilich unter dem Risiko relativ hoher Interkorrelationen - die Beibehaltung verschiedener Subskalen, die unterschiedliche Aspekte der Umweltwahrnehmung erfassen. In einem ersten Schritt der Itemselektion wurden alle Items, deren Schwierigkeitsindizes im Bereich $.10 > p_j > .90$ lagen, eliminiert, da sie eine relativ geringe Differenzierungsfähigkeit zwischen Personen besitzen. Nach Ausschluß von Items, die bezüglich ihrer Subskala über statistisch nicht signifikante ($\alpha = .01$) Trennschärfekoeffizienten (r_{it-j}) verfügen, wurden dann mehrere Itemanalysen mit dem Ziel der Skalenverkürzung (Reduzierung der Items) bei Beibehaltung oder Maximierung der internen Konsistenz der Skala berechnet. Für vier der ursprünglichen KU-Skalen konnten dabei keine befriedigenden Ergebnisse erzielt werden (Skalen "technisch-medizinische Orientierung", "Spontanität", "Ärger und Aggression" sowie "Kontrolle durch das Personal"). Diese Skalen lieferten auch bei den Interdependenzanalysen zwischen Umweltwahrnehmung und subjektiver Befindlichkeit der Patienten relativ geringe Vorhersagebeiträge (siehe Abschnitt 3.2). Es verbleiben somit die Subskalen "räumliche Bedingungen" (6 Items; $r_{tt} = .79$), "aktives Einbezogenensein" (7 Items; $r_{tt} = .71$), "Unterstützung" (7 Items; $r_{tt} = .76$), "Autonomie" (6 Items; $r_{tt} = .63$), "praktische Orientierung" (5 Items; $r_{tt} = .74$), "Persönlichkeits-Orientierung" (5 Items; $r_{tt} = .71$), "Ordnung und Organisation" (7 Items; $r_{tt} = .78$) und "Information" (7 Items; $r_{tt} = .74$). Diese neue Version der Klinik-Umwelt-Skalen KUS-2 besteht aus 50 Items im Antwortmodus "richtig"/"falsch" und ist damit erheblich kürzer als die ursprüngliche Version⁴. Erste Prüfungen der differentiellen Validität (alle acht Skalen differenzieren signifikant zwischen den sieben Klinikstationen) und der prognostischen Bedeutung der KUS-2 für die Variablen "Wohlbefinden" ($R = .37$; $p < .01$), "erlebte gesundheitliche Veränderungen" ($R = .46$; $p < .01$) und "Hoffnungslosigkeit" ($R = .42$; $p < .01$) bestätigen die Validität dieser neuen Skalen. Es muß jedoch bedacht werden, daß diese Befunde nur unter Vorbehalt interpretiert werden können, da sie auf denselben Daten beruhen wie die Weiterentwicklung der Umwelt-Skalen selbst. Die Interkorrelationsmatrix der KU-2-Skalen verweist mit einem durchschnittlichen Wert von $r = |.40|$ darauf, daß die mit den KUS-2 erfaßten Aspekte der Umweltwahrnehmung ebenso wie die, die durch die ursprüngliche Fragebogen-version erhoben werden, voneinander abhängig sind. Es handelt sich also bei diesen Skalen nicht um Dimensionen im Sinne faktorenanalytischer Befunde, sondern um inhaltliche Kennzeichnungen, die sich partiell überlappende Wahrnehmungsaspekte (vgl. hierzu auch MOOS 1974).

⁴ Eine Liste der Items der KUS-2 mit Auswertungshinweisen und Angaben über die Trennschärfekoeffizienten etc. wird von den Autoren auf Anfrage gerne übersandt.

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnte die These, daß die subjektive Wahrnehmung der Klinikumwelt durch stationäre Patienten (als eine psychosoziale Variable) bedeutsame Beziehungen zu verschiedenen Indikatoren des subjektiven Krankseins aufweist, empirisch belegt werden. Klinikpatienten, die sich auf einer Station relativ gut über das Geschehen informiert fühlen, die sich vom Personal und von den anderen Patienten einbezogen fühlen, die ein höheres Maß an Unterstützung und an Persönlichkeits-Orientierung auf der Station erleben, sind nach den hier vorgelegten Befunden optimistischer bezüglich ihrer persönlichen Zukunft, fühlen sich gesundheitlich wohler und geben stärkere gesundheitliche Veränderung seit der Klinikeinweisung in positiver Richtung an. Da sich diese Ergebnisse nicht nur auf psychisch Kranke, sondern auch auf somatisch Kranke beziehen, gehen sie über die von MOOS (1974) zur WAS vorgelegten (Beschränkung auf psychiatrische Patienten) hinaus und bestätigen LANGENMAYR (1980), der die Bedeutung psychosozialer Variablen für alle Krankheiten (insbesondere auch für organische) betont. In einem - etwa im Vergleich zu den S-R-Ansätzen des Interaktionismus (vgl. z.B. ZUCKERMANN & MELLSTROM, 1977) - als molar zu bezeichnenden Interaktionismus sind Aspekte der subjektiven Umweltwahrnehmung neben Personenvariablen bedeutsame Bedingungen des subjektiven Krankheitsbefindens. In Folgestudien sollten freilich neben den hier im Querschnitt verwendeten Kriterien auch andere eingesetzt werden, die einen engeren Bezug zum Heilungsprozess und Krankheitsverlauf aufweisen. Neben Variablen wie Heilungsdauer und Rückfallquote, wie sie etwa von MOOS & SCHWARTZ (1972) und PRATT et al. (1977) in katamnestischen Studien zur Effizienz von Entziehungskuren bei Alkoholikern benutzt wurden, können etwa auch Fremdeinschätzungen des Krankheitsgrades (durch Ärzte oder anderes Personal) und medizinische Daten (evtl. im Längsschnitt) erhoben werden.

Daß die Art der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten unter anderem von objektiven Umweltmerkmalen abhängt, konnte in der vorliegenden Studie belegt werden. Weitere Determinanten der Umweltwahrnehmung sind aber auch in Persönlichkeitsvariablen und in personengebundene Daten zur Krankengeschichte zu suchen. Durch die engen Verknüpfungen zwischen Stationsart und den Daten zur Erkrankung bzw. zur Krankheitsgeschichte konnten hier dazu keine Aussagen gemacht werden. In der Zukunft sind also empirische Untersuchungen nötig, die die Umweltwahrnehmungen verschiedener Patienten (charakterisiert durch differentialpsychologische Variablen und durch Daten zur Krankengeschichte) auf einer Klinikstation analysieren. Dabei wären auch Aussagen zur "aptitude-treatment-interaction", einem vor allem in der Pädagogischen Psychologie häufig genannten Thema (vgl. etwa GAGE & BERLINER, 1977), das Beziehungen zur klinischen Indikationsfrage aufweist, möglich. Es geht hierbei um die Frage, ob für unterschiedliche Patientengruppen mit der gleichen (oder ähnlichen) Krankheit oder mit ähnlichen Persönlichkeitscharakteristika unterschiedliche therapeutische Umwelten optimal sein können.

Der entwickelte Fragebogen zur Erfassung der Wahrnehmung therapeutischer Umwelten (KUS) kann als ein inhaltlich orientiertes Instrument bezeichnet werden, das Werte für verschiedene - jedoch quantitativ nicht unabhängige - Aspekte der Umweltwahrnehmung von stationären Patienten

liefert. Die ersten Ergebnisse zu einer Reliabilität und Validität bestätigen seine meßpraktische Brauchbarkeit, die natürlich in Folgeuntersuchungen weiter überprüft werden muß. Dies gilt insbesondere für die Weiterentwicklung dieses Fragebogens (KUS-2), der durch seinen geringeren Umfang leichter eingesetzt werden kann. Diese Fragebogen sind nicht nur für einen forschungsorientierten Einsatz brauchbar; sie können etwa auch als Hilfsmittel für die Evaluation organisatorischer, personeller oder baulicher Veränderungen auf Klinikstationen oder in der Aus- und Weiterbildung von Klinikpersonal verwendet werden. Rückmeldung an die auf einer Station arbeitenden Ärzte und an das Pflegepersonal sind sowohl auf Skalen- als auch auf Itemniveau differenziert möglich. Es werden dabei sehr konkrete (verhaltensnahe) Hinweise über Mißstände auf einer Klinikstation und über Unzufriedenheiten der Patienten gegeben, was der erste Schritt bei einer Optimierung der therapeutischen Umwelt sein kann.

Zusammenfassung: Interdependenzen zwischen der Wahrnehmung der Klinikumwelt durch stationäre Patienten und drei Indikatoren ihres subjektiven Befindens werden in einer Stichprobe von 155 Patienten aus sieben Stationen (fünf Kliniken) analysiert. Wahrnehmungsaspekte wie Transparenz des Klinikgeschehens und der Behandlung (Information), aktives Einbezogenensein in das Stationsgeschehen, erlebte Unterstützung und Persönlichkeits-Orientierung auf einer Station tragen in bedeutsamer Höhe zur Vorhersage des subjektiven Wohlbefindens, der erlebten gesundheitlichen Veränderungen seit der Klinikeinlieferung und der Hoffnungslosigkeit (Zukunftsorientierung) der Patienten bei. Der verwendete Fragebogen zur Erfassung der Umweltwahrnehmung (Klinik-Umwelt-Skala; KUS) genügt teststatistischen Anforderungen und differenziert statistisch signifikant zwischen verschiedenen Kliniken und zwischen verschiedenen Stationen. Er besteht aus 12 Subskalen, die jedoch quantitativ nicht unabhängig sind (98 Items). Über die Weiterentwicklung der Klinik-Umwelt-Skalen (KUS-2) wird berichtet. Die KUS-2 besteht aus 50 Items, die acht Subskalen zugeordnet sind. In der Diskussion wird auf Anwendungsmöglichkeit der KUS und auf die Bedeutung der Klinik-Umwelt-Wahrnehmung für das subjektive Krankheitsempfinden und den Heilungsprozess eingegangen.

Summary: Perception of the ward and subjective state of disease in hospital patients

Interdependences between the perception of the ward and three indicators of subjective state of health are analysed in a sample of 155 patients from seven wards (five hospitals). Perception of a high transparency of activity and of treatment (clarity of program), of high involvement, high support and high personal problem orientation are best predictors of subjective well-being, of experienced changes in health since hospital-entering and of hopelessness in the patients (psychiatric as well as non-psychiatric patients). The used Ward Atmosphere Scale, a German further development of the WAS from Moos, has sufficient reliabilities and it differentiates between different wards and hospitals. The questionnaire con-

sists of 98 items, which belong to 12 subscales. A short form of this questionnaire is developed (50 items belonging to 8 scales). Ranges of applications for this new instrument are as well discussed as the relevance of ward and treatment perceptions of patients for their subjective state of disease and for the treatment effects.

Literaturverzeichnis

- BROMET, E., MOOS, R. & BLISS, F.: The social climate of alcoholism treatment programs. *Archives of General Psychiatry* 33: 910 - 916 (1976).
- CHEIN, I.: The environment as a determinant of behavior. *Journal of Social Psychology* 39: 115 - 127 (1954).
- CRONKITE, R.C. & MOOS, R.: Evaluating alcoholism treatment programs: An integrative approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1105 - 1119 (1978).
- ELLWORTH, R., FOSTER, L., CHILDERS, B., ARTHUR, G., & KROEKER, D.: Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their family, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Monographs* 32, No. 5 (2), 1968.
- ENGEL-SITTENFELD, P., v. DOBLHOFF, C. & ENGEL, R.R.: Die Erfassung des therapeutischen Milieus: Standardisierung eines Fragebogens zur Beurteilung des sozialen Klimas auf psychiatrischen Stationen. In: Abstract-Band zum 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich. Huber, Bern 1980.
- GAGE, N.L. & BERLINER, D.C.: *Pädagogische Psychologie*. Urban & Schwarzenberg, München 1977.
- JACKSON, J.: Factors of the treatment environment. *Archives of General Psychiatry* 21: 39 - 45 (1969).
- KRAMPEN, G.: Über die Beziehung von Berufszufriedenheit und beruflichen Wertorientierungen bei Lehrern. *Psychologie und Praxis* 22: 49 - 57 (1978).
- KRAMPEN, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Medizinische Psychologie* 5: 39 - 49 (1979).
- KRAMPEN, G. & v. DELIUS, A.: Ein Fragebogen zu erlebten gesundheitlichen Veränderungen von stationären Patienten (in Vorbereitung).
- LANGENMAYR, A.: *Krankheit als psychosoziales Phänomen*. Hogrefe, Göttingen 1980.
- LANTERMANN, E.D.: *Interaktionen*. Urban & Schwarzenberg, München 1980.
- LEWIN, K.: *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Huber, Bern 1963.
- MOGAR, R.E., HELM, S.T., SNEDEKER, M.R., SNEDEKER, M.H. & WILSON, W.M.: Staff attitudes toward the alcoholic patient. *Archives of General Psychiatry* 21: 449 - 454 (1969).
- MOOS, R.: *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. Wiley, New York 1974.
- MOOS, R. & BROMET, E.: Relation of patient attributes to perceptions of the treatment environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 350 - 351 (1978).
- MOOS, R. & SCHWARTZ, J.: Treatment environment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 154: 264-275 (1972).

- MURRAY, H.A.: Explorations in personality. Oxford Press, New York 1938.
- PISANI, V.D.: Assessing inpatients attitudes toward an alcoholism treatment center. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 30: 640-644 (1969).
- PRATT, R., LINN, M., CARMICHAEL, J. & WEBB, N.: The alcoholic's perception of the ward as a predictor of after care attendance. Journal of Clinical Psychology 33: 915-918 (1977).
- ROTTER, J.B.: The role of the psychological situation in determining the direction of behavior. Nebraska Symposium on Motivation 3: 245-268 (1955).
- SPIEGEL, D. & KEITH-SPIEGEL, P.: Perceptions of ward climate by nursing personal in a large NP-hospital. Journal of Clinical Psychology 27: 390-393 (1971).
- v. TROSCHKE, J.: Das Kind als Patient im Krankenhaus. Kindler, München 1974.
- WALLACE, M.J., IVANCEVICH, J.M. & LYON, H.L.: Measurement modifications for assessing organizational climate in hospitals. Academy of Management Journal 18: 82-98 (1975).
- ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C.: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz, Weinheim 1978.
- ZUCKERMANN, M. & MELLSTROM, M.: The contributions of persons, situations, modes of responses, and their interactions in self-reported responses to hypothetical and real anxiety-inducing situations. In: MAGNUSSON, D. & ENDLER, N.S. (Ed.), Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology. Lawrence Erlbaum, Hillsdale (New Jersey) 1977. S. 193-200.
- ZUNG, W.: Treatment prediction in depression using a self-rating scale. Biological Psychiatry 2: 321-329 (1970).

Anschriften den Verfasser

Dr. Günter Krampen, Dipl.-Psych., Universität Trier, FB I - Psychologie, Schneidershof, 5500 Trier.
Dipl.-Psych. Andreas von Delius, Rainwiesenweg 26, 8501 Schwaig 2.