
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor Prof. Dr. med. Dieter Naber

**Erhöhen Patienten-Rückmeldungen die Zufriedenheit von Patienten
mit Angststörungen mit der Therapie?
Eine Interventionsstudie.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Inga Isabel Christine Kniep
aus Attendorf

Hamburg 2014

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 14.10.2014

**Veröffentlicht mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Dieter Naber

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. Anne Karow

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: PD Dr. Ingo Schäfer

Abstract

Hintergrund Patientenzufriedenheit ist ein wichtiger Outcome-Parameter der psychiatrischen Behandlung. Studien in anderen Bereichen der Medizin haben dabei gezeigt, dass eine Verbesserung der therapeutischen Allianz zu einer höheren Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten beiträgt.

Ziel Im Rahmen einer kontrollierten Rückmeldestudie soll die Auswirkung einer Intervention, die eine Stärkung der therapeutischen Allianz zum Ziel hat, auf die Patientenzufriedenheit überprüft werden. Weiterhin wird überprüft inwieweit diese Intervention auch Auswirkungen auf weitere Outcome-Parameter hat und welchen Einfluss patientenspezifische Parameter auf die Zufriedenheit haben.

Methode In die Studie wurde ein Patientenkollektiv von n=98 stationär behandelten Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 eingeschlossen. Die Interventions- unterschied sich von der Kontrollgruppe dadurch, dass die Interventionsgruppe die Möglichkeit erhielt zu zwei Zeitpunkten anhand von Fragebögen ihre Einschätzung der therapeutischen Allianz zurück zu melden.

Ergebnisse Ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit bei Behandlungsende konnte nicht gefunden werden. Allerdings konnte ein signifikanter Unterschied bezüglich des wahrgenommenen Einbezugs in den Entscheidungsprozess in der Subskala AIP („aktives Informationsverhalten des Patienten“) des PICS gefunden werden – Patienten der Interventionsgruppe fühlten sich subjektiv besser einbezogen ($p=0,008$). Nur eine Tendenz zur Signifikanz konnte für den Einfluss der Schwere der Erkrankung zu Zeitpunkt 2 ($p=0,064$) und für den Einfluss der subjektiven Belastung zu Zeitpunkt 2 ($p=0,053$) auf die Zufriedenheit gefunden werden.

Schlussfolgerung Während die in dieser Studie gewählte Intervention bei Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 die subjektiv wahrgenommene Beteiligung an der Behandlung erhöhte, scheinen auf die Zufriedenheit bei Behandlungsende noch weitere Faktoren Einfluss gehabt zu haben. Künftige Studien sollten den relativen Einfluss dieser Faktoren weiter untersuchen, um Interventionen zum Patienteneinbezug weiter zu optimieren.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1	Problemstellung.....	4
1.2	Theoretischer Teil.....	5
1.2.1	Patienteneinbezug in den Entscheidungsprozess.....	5
1.2.1.1	Das Modell des „Shared Decision-Making“.....	5
1.2.1.2	Rollenpräferenzen im Entscheidungsprozess.....	6
1.2.1.3	Auswirkungen von „Shared Decision-Making“ auf die therapeutische Beziehung.....	10
1.2.2	Therapeutische Allianz.....	11
1.2.2.1	Entwicklungen zum Begriff und zu Messmethoden der therapeutischen Allianz.....	11
1.2.2.2	Die Bedeutung der therapeutischen Allianz für das Therapieergebnis	14
1.2.3	Patientenzufriedenheit.....	16
1.2.3.1	Definitionen von Patientenzufriedenheit.....	17
1.2.3.2	Compliance, Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg.....	18
1.2.3.3	Der Einfluss von Patientencharakteristika auf die Patientenzufriedenheit.....	19
1.3	Fragestellung und Hypothese.....	23
2.	Material und Methoden	24
2.1	Merkmalsbereiche und deren Operationalisierung.....	24
2.1.1	Merkmalsbereich „Patientencharakteristika“.....	25
2.1.1.1	Erfassung soziodemographischer Merkmale.....	25
2.1.1.2	Erfassung der Psychopathologie.....	25
2.1.2	Merkmalsbereich „Einbezug in den Entscheidungsprozess“.....	27
2.1.3	Merkmalsbereich „Therapeutische Allianz“.....	28
2.1.4	Merkmalsbereich „Patientenzufriedenheit“.....	29
2.2	Vorgehen bei der Datenerhebung.....	30
2.3	Angewandte statistische Verfahren.....	32
3.	Ergebnisse	33

3.1	Stichprobenbeschreibung.....	33
3.2	Patientencharakteristika.....	33
3.2.1	Soziodemographie.....	33
3.2.2	Psychopathologie.....	37
3.3.	Intervention.....	38
3.3.1	“Working Alliance Inventory” (WAI) und “Questionnaire on Therapeutic Alliance“ (QTA).....	38
3.4	Effekte der Intervention auf wahrgenommenen Einbezug und Patientenzufriedenheit.....	38
3.4.1	Einbezug in den Entscheidungsprozess.....	38
3.4.2	Patientenzufriedenheit.....	40
3.5	Einfluss von Patientenvariablen auf die Zufriedenheit mit der Behandlung.....	40
4.	Diskussion	42
4.1	Diskussion der gewählten Methodik.....	42
4.2	Diskussion der Ergebnisse.....	43
4.3	Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	48
5.	Literaturverzeichnis	50
6.	Anhang	63
7.	Danksagung	77
8.	Lebenslauf	78
9.	Erklärung	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmalsbereiche, zugehörige Variablen und deren Operationalisierung

Tabelle 2: Übersicht über die Messinstrumente zu beiden Untersuchungszeitpunkten

Tabelle 3: Geschlecht, Alter, Nationalität

Tabelle 4: Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Tabelle 5: Familiäre Patientenmerkmale

Tabelle 6: Unterschiede in Bezug auf AIP und PAA zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 7: Unterschiede in Bezug auf den COMRADE zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 8: Unterschiede in Bezug auf den ZUF-8 zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 9: Einfluss von soziodemographischen Variablen auf die Patientenzufriedenheit

Tabelle 10: Einfluss von Schwere der Erkrankung und subjektiver Belastung auf die Patientenzufriedenheit

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Ogleich sich die Präferenzen von Patienten bezüglich der gewünschten Rolle im Behandlungsverlauf unterscheiden (z.B. Hubbard et al. 2008), scheinen sich in der heutigen Zeit die meisten Patienten¹ einen stärkeren Einbezug - im Sinne einer geteilten (kollaborativen) Rolle - in ihre Behandlung zu wünschen (Keating et al. 2002; Deber et al. 2007; Hubbard et al. 2008). Neben der Erwartung, bei wichtigen Entscheidungen auch die Möglichkeit zu haben, mit zu entscheiden (Hamann et al. 2005a), ist gerade der Wunsch nach ausreichender Information groß (Ende et al. 1989; Hill & Laugharne 2006). Es gibt Hinweise darauf, dass eine stärkere Kommunikation vom Arzt ausgehend die Zufriedenheit von Patienten steigern kann (Liang et al. 2002). Aber nicht nur dem Einbezug in den therapeutischen Prozess, sondern auch einem früh existierenden Arbeitsbündnis wird ein Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit zugeschrieben (Horvath & Greenberg 1989). Allerdings liegen zu Patienten in der Akutpsychiatrie im Verhältnis bislang nur wenige Befunde vor. Insbesondere ist bei psychiatrischen Patienten nicht hinreichend geklärt, inwieweit die Möglichkeit, während des Therapieprozesses durch Rückmeldungen Einfluss auf den Therapieprozess zu nehmen, die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen kann. Da es sich bei psychiatrischen Patienten um eine sehr heterogene Gruppe handelt, erscheint zudem eine diagnosespezifische Sichtweise notwendig. Die vorliegende Arbeit stellt Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 (neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen) in den Mittelpunkt.

¹ Aufgrund des besseren Leseflusses wird in der Arbeit die männliche Form als geschlechtsneutraler Begriff, der die weiblich wie die männliche Form gleichermaßen meint, benutzt. Ebenfalls werden die Begriffe Arzt und Therapeut synonym verwendet.

1.2.Theoretischer Teil

1.2.1 Patienteneinbezug in den Entscheidungsprozess

1.2.1.1 Das Modell des „Shared Decision-Making“

Der Patientenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen wird zunehmend mehr Aufmerksamkeit zuteil (Frosch & Kaplan 1999; Härter & Simon 2008). So wird inzwischen eine aktivere Rolle der Patienten bei medizinischen Entscheidungen allgemein befürwortet (Härter & Simon 2008). Da das Wissen von Patienten bezüglich ihrer Erkrankung und entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten aufgrund einer besseren Verfügbarkeit von Informationsquellen steigt und sich somit der Wissensstand zwischen ihnen und Ärzten annähert (Simon et al. 2008), verwundert es nicht, dass Patienten auch erwarten, die Möglichkeit zu haben, an Entscheidungen teilzuhaben (Hamann et al. 2005a).

Nach dem paternalistischen Modell, in dem der Arzt die Autorität besitzt (Fritzsche 2005) - das die Zeit vor den 1960er Jahren dominierte (Schain 1980) und in den Anfängen der 70er Jahren immer noch vorherrschte (Quill & Brody 1996) - und dem informativen Modell, das großen Wert auf die Patientenautonomie legt (Faller 2003), ist mit dem „Shared Decision-Making“ ein Modell entstanden, „(...) mit dem der über Jahrhunderte tradierte Stil einer asymmetrischen Kommunikation zwischen Arzt und Patient überwunden werden soll.“ (Kasper et al. 2010, S. 637). Ein Modell also als Mittelweg zwischen Involvierung und Verantwortungsübernahme (Hamann et al. 2005a).

Ein Gesundheitssystem, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt, wird dabei als optimal für eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Arzt und Patient gesehen (Mead & Bower 2000). Loh et al. (2007a) zufolge waren es Charles et al. (1997), die das „Shared-Decision-Making“ erstmals systematisch beschrieben. Die wichtigsten Charakteristika dieses Modells sind durch folgende Punkte gekennzeichnet, wobei diese als Mindestkriterien erachtet werden, die vorhanden sein müssen, um von einem „Shared-Decision-Making“ sprechen zu können (Charles et al. 1997):

-
- (a) Beteiligung von mindestens 2 Teilnehmern (Arzt und Patient)
 - (b) Beide Teilnehmer treffen Maßnahmen, um am Prozess des „Shared-Decision-Making“ teilzunehmen
 - (c) Grundvoraussetzung ist der beidseitige Austausch von Informationen
 - (d) Entscheidung über die Behandlung treffen, wobei beide Teilnehmer mit der Entscheidung einverstanden sind

Das Modell des „Shared Decision-Making“ (deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) wird also davon geprägt, den Arzt als Partner zu sehen (Scheibler et al. 2005). Über einen Austausch von Informationen sowie einer Darlegung der Präferenzen des Patienten wird im Anschluss eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient getroffen, für die beide Beteiligten die Verantwortung tragen (Simon et al. 2008; Faller 2003).

In welchem Maß Patienten sich wünschen, an Entscheidungen beteiligt zu werden und ob dies auch für Patienten aus dem psychiatrischen Bereich zutrifft, soll im Folgenden dargestellt werden.

1.2.1.2 Rollenpräferenzen im Entscheidungsprozess

Wie oben dargestellt, ist mit dem „Shared Decision-Making“ ein Modell entstanden, das Patienten die Möglichkeit gibt den Behandlungsprozess mit zu entscheiden. Für die Unterscheidung von Patienten, die eine aktive oder aber eine eher passive Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen wollen, stellen sich für Ende et al. (1989) dabei als die zwei wichtigsten Punkte deren Präferenzen dabei eine Entscheidung zu treffen (“patients’ preferences for making decisions“) sowie ihr Wunsch nach Informationen (“desire for information“) heraus. Aus einigen Studien (die zu einem Großteil Patienten mit somatischen Erkrankungen einschlossen) geht dabei hervor, dass Patienten zwar ein großes Interesse haben informiert zu werden (Sutherland et al. 1989; Ende et al. 1989; Beisecker & Beisecker 1990; McKeown et al. 2002), aber nicht alle zwangsläufig die Entscheidungen über die Behandlung (mit)treffen wollen (Blanchard et al. 1988; Sutherland et al. 1989; Ende et al. 1989; Deber et al. 2007; Hubbard et al. 2008).

Wirft man nun einen Gesamtblick auf die bevorzugte Rolle, die sich Patienten in der Behandlung wünschen, kommt man zu folgenden Ergebnissen:

Aus Studien, die die Rollenpräferenzen im Sinne von kollaborativer (bzw. geteilter Entscheidung), aktiver oder passiver Rolle der Patienten untersuchten, konnte in einigen Studien bei Patienten mit somatischen Erkrankungen vermehrt der Wunsch nach einer kollaborativen Rolle dargestellt werden. Dies konnte in Studien, die die Präferenzen an Patienten mit Krebserkrankungen untersuchten (Rothenbacher et al. 1997; Protière et al. 2000; Hubbard et al. 2008) gezeigt werden, aber auch für den Bereich von Patienten mit anderen somatischen Erkrankungen (Deber et al. 2007; Ford et al. 2003; Mazur et al. 2005; Kumar et al. 2010). In einem Review von Hubbard et al. (2008), konnten dabei 11 Studien identifiziert werden, in denen eine Mehrheit der Patienten eine kollaborative Rolle bevorzugt. In 6 Studien wurde eine eher passive Rolle von Patienten bevorzugt, in 3 Studien wünschte sich die Mehrheit der Patienten eine aktive Rolle. Ebenfalls bei Patienten mit Krebserkrankungen fanden Degner und Sloan (1992) wie auch Sutherland et al. (1989) hingegen, dass die Mehrheit der Patienten keine kollaborative Rolle wünschte. Hier lag die Präferenz einer Mehrheit der Patienten darin, die Entscheidung über die Behandlung ihren Ärzten zu überlassen (Degner & Sloan 59%; Sutherland et al. 63%).

Auch wenn sich innerhalb des „Shared Decision-Making“-Modells die aktive bzw. autonome Rolle als die am wenigsten präferierte darstellt (max. 18%; Sutherland 1989; Degner & Sloan 1992; Rothenbacher 1997; Ford et al. 2003; Mazur et al. 2005; Deber et al. 2007; Kumar et al. 2010) und es eine Tendenz von Patienten zu geben scheint, die kollaborative Rolle zu bevorzugen, darf man die existierende Variabilität nicht außer acht lassen (Hubbard et al. 2008). Es sollten daher in der Praxis die Präferenzen des jeweiligen Individuums eruiert werden, wobei bedacht werden muss, dass Präferenzen nicht immer gleich bleiben, sondern sich mit der Zeit auch verändern können (Hubbard et al. 2008).

Ob sich die Ergebnisse von Patienten mit somatischen Erkrankungen im Zusammenhang der gewünschten Rolle auch mit denen von psychiatrischen Patienten

gleichen, soll im Folgenden geklärt werden. An dieser Stelle muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass im Untersuchungsfeld bezüglich Behandlungspräferenzen und Entscheidungsfindungen im psychiatrischen Bereich bislang verglichen mit dem somatischen Bereich deutlich weniger Befunde vorliegen (Wills & Holmes-Rovner 2006).

Adams et al. (2007) untersuchten Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und deren Präferenzen am „Shared Decision-Making“. Die Ergebnisse zeigen einen größeren Wunsch nach Beteiligung von Patienten als ihnen zuteil zu werden scheint. Besonders bezüglich der Einnahme neuer Medikamente wurde von 67% eine kollaborative Rolle bevorzugt (nur von 34% wurde die Beziehung als kollaborativ empfunden), 10% präferierten eine autonome Rolle (nur 3% empfanden sich als autonom in ihren Entscheidungen), 23% dagegen eine passive Rolle (63% empfanden ihre Rolle dabei als passiv). Den Autoren zufolge legen die Studienergebnisse einen größeren Wunsch nach Beteiligung an Entscheidungen dar. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass unter den Patienten mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung die Präferenzen für eine partizipative Entscheidungsfindung dabei variieren. Was in dieser Studie darüber hinaus auffällt ist ein größerer Wunsch nach einer passiven Rolle, wenn es um die allgemeine medizinische Versorgung im Vergleich zu psychiatrischen Inhalten (vor allem in Bezug auf Entscheidungen bezüglich Medikamenten) geht.

Auch Hamann et al. (2005b) untersuchten den Teilnahmewunsch an medizinischen Entscheidungen bei psychiatrischen Patienten. Diese Studie beschränkte sich allerdings nur auf Patienten mit Schizophrenie. Ein größeres Bedürfnis nach Beteiligung an Entscheidungen zeigte sich dabei bei Patienten, die unfreiwillig behandelt wurden, eine negative Einstellung gegenüber Medikamenten, sowie ein jüngeres Alter hatten. In dieser Studie von Hamann et al. (2005b) wurde die “decision making preference subscale“ des API (Autonomy Preference Index), ein von Ende et. al (1989) entwickeltes Messinstrument eingesetzt, um den Partizipationswunsch der Patienten zu eruiieren. Für die Autoren wurde dabei der Wunsch der Patienten nach einer gleichberechtigten Beteiligung an einer Entscheidung deutlich.

Hill und Laugharne (2006) fanden, wie dies bereits für den somatischen Bereich aufgezeigt werden konnte (s.o.), auch für psychiatrische Patienten ein großes Bedürfnis nach Informationen. Den Autoren zufolge wünschten sich die meisten Patienten außerdem eine gewisse Beteiligung an Entscheidungen, wobei eine große Variabilität bezüglich des Grades der Beteiligung herrschte (niedriger, moderater oder hoher Wunsch nach Beteiligung).

O'Neal et al. (2008) konnten bei ihrem untersuchten Kollektiv psychiatrischer Patienten zeigen, dass ältere Patienten (> 50 Jahre) ein größeres Bedürfnis hatten an Entscheidungen beteiligt zu sein, als sie das für jüngere Patienten (< 50 Jahre) darlegen konnten. Für eine Mehrheit beider Altersgruppen konnte dabei ein großes Bedürfnis nach Informationen aufgezeigt werden. Wie die Patienten von Adams et al. (2007), so bevorzugten auch Patienten aus der Studie von O'Neal et al. (2008) bezüglich der Einnahme neuer Medikamente eine kollaborative Rolle. Außerdem wurde eine kollaborative Rolle bevorzugt, wenn es darum ging Entscheidungen zu treffen, die die psychiatrische Behandlung betraf. Die meisten sprachen sich hier für eine passive Rolle bei Entscheidungen aus, in denen der Arzt der Erstversorgung (also nicht der Psychiater) involviert war.

Wie bereits O'Neal et al. (2008) feststellen konnten, resultierte auch in der Studie von Patel und Bakken (2010) bei Patienten mit Angststörung und Depressionen ein größerer Wunsch nach Beteiligung an Entscheidungen für psychiatrische Fragestellungen als dies für Fragen über die allgemeine Gesundheit der Fall war. Eine Mehrheit zog es vor, hier zu einem gewissen Grad im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung beteiligt zu sein, wobei sich Menschen spanischer Herkunft für eine eher passive Rolle aussprachen. Ebenso wurden Präferenzen deutlich, mehr an Aufgaben beteiligt zu werden, die eine Entscheidung erfordern als an Aufgaben, die eine Problemlösung erfordern.

Aus den oben dargelegten Studien für den psychiatrischen Bereich erkennt man, ähnlich wie für den somatischen Bereich, dass die meisten Patienten eine Beteiligung an Entscheidungen wünschen (Hamann et al. 2005b; Hill & Laugharne 2006; Adams et al. 2007; Patel & Bakken 2010). Besonders kristallisiert sich der Wunsch heraus, bei

(bestimmten) Aspekten der psychiatrischen Behandlung stärker als bei anderen medizinischen Fragestellungen involviert zu werden (Adams et al. 2007; O’Neal et al. 2008; Patel & Bakken 2010). Auch zeigen sich hier die Präferenzen dabei variabel (Hill & Laugharne 2006; Adams et al. 2007). Aus zwei Studien geht außerdem hervor, dass auch bei psychiatrischen Patienten ein großes Informationsbedürfnis herrscht (Hill & Laugharne 2006; O’Neal et al. 2008).

Inwiefern diese Erkenntnisse auch für das Gesamtspektrum der psychiatrischen Patienten zutreffen, kann aufgrund der geringen Anzahl von Studien bislang nicht beurteilt werden. Insgesamt scheint weitere Forschung zu Patientenpräferenzen im psychiatrischen Bereich notwendig, damit auch Patienten aus diesem Bereich von partizipativer Entscheidungsfindung profitieren können (Patel et al. 2008).

1.2.1.3 Auswirkungen von „Shared Decision-Making“ auf die therapeutische Beziehung

Bisher existieren wenige Studien, die einen Einfluss des „Shared Decision-Making“ auf die therapeutische Allianz untersucht haben (Joosten et al. 2008).

Den Effekt einer „Shared Decision-Making“-Intervention auf die Arzt-Patient-Beziehung haben beispielsweise Bieber et al. (2006) an Patienten mit Fibromyalgie untersucht. Patienten dieser Studie wurden einer „Shared Decision-Making“-Gruppe sowie einer Informationsgruppe randomisiert zugeteilt. Beide Gruppen wurden mit Informationsmaterial bezüglich der Fibromyalgie versorgt. Der Unterschied zwischen den Gruppen bestand darin, dass die „Shared Decision-Making“-Gruppe von einem Therapeuten behandelt wurde, der ein „Shared Decision-Making“-Training unterlaufen hatte. Die so genannte Informationsgruppe wurde von Ärzten behandelt, die dieses spezielle Kommunikationstraining über „Shared Decision-Making“ nicht erhalten hatte. Eine Vergleichsgruppe erhielt die normale Behandlung bei Fibromyalgie. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass eine „Shared Decision-Making“

Intervention, wie sie in dieser Studie zum Einsatz kam, aus Therapeuten wie aus Patientensicht die Arzt-Patient-Beziehung verbessern kann. (Bieber et al. 2006)

Einen ähnlichen Ansatz verfolgten Joosten et al. (2008). Hier wurde untersucht, inwiefern eine „Shared Decision-Making“-Intervention einen Einfluss auf die wahrgenommene therapeutische Allianz bei Patienten mit Suchterkrankungen (psychoaktive Substanzen) aus Therapeuten- und aus Patientensicht hat. Nur Therapeuten der Interventionsgruppe wurden in der auf „Shared Decision-Making“ abgestimmten Interventions-Methode trainiert. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine Intervention zur Verbesserung von „Shared Decision-Making“ die wahrgenommene Allianz aus Therapeutensicht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessern konnte – allerdings nicht aus Patientensicht - und dabei gleichzeitig zu einem besseren Einbezug führt. (Joosten et al. 2008)

1.2.2 Therapeutische Allianz

Auch die „Therapeutische Allianz“ stellt ein wichtiges Konzept im Bereich der Arzt-Patient-Beziehung dar. Im Folgenden werden zunächst Definitionen und Messmethoden in Bezug auf die therapeutische Allianz dargestellt. Im Anschluss wird auf ihre Bedeutung für die Behandlung eingegangen.

1.2.2.1 Entwicklungen zum Begriff und zu Messmethoden der therapeutischen Allianz

Unter therapeutischer Beziehung wird zunächst eine Interaktion zwischen Therapeut und Patient verstanden, die den Therapieerfolg beeinflusst (Pschyrembel 2002). Eine zentrale Bedeutung wird ihr für psychiatrische Settings zugestanden (Priebe & McCabe 2006), wobei hier gerade die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidend ist (Johansson & Eklund 2003; Horvath et al. 2011).

Die Ursprünge eines ersten Allianzkonzeptes gehen Horvath et al. (2011) zufolge bis in die Zeit Sigmund Freuds zurück. Dieser erkannte schon damals die Bedeutung einer Verbindung zwischen Arzt und Patient als wichtig (Freud 1912/1913, nach Horvath 2001). Sterba, Zetzel und Greenson stellen wichtige Autoren für die Weiterentwicklung des Konzeptes der therapeutischen Allianz dar (Horvath et al. 2011). So wurde der Begriff "alliance" erstmals 1956 von Zetzel beschrieben (Horvath et al. 2011), und Greenson prägte den Begriff der "working alliance" (Horvath & Luborsky 1993), der für ihn die intentionellen und rationalen Aspekte der Kollaboration des Patienten hervorhob (Greenson 1967 nach Connor-Greene 1993). Mit der Zeit sind viele weitere Begriffe wie z.B. "therapeutic alliance" oder "helping alliance" entstanden, die alle die Beziehung zwischen Arzt und Patient meinen. Im Weiteren werden in diesem Zusammenhang, solange nicht der spezielle Ausdruck eines Autors gefordert ist, die Begriffe „Allianz“ bzw. „therapeutische Allianz“ genutzt.

Zwei weitere Autoren, die beginnend in den 1970er Jahren das Konzept über die Psychodynamik hinaus weiterentwickeln konnten, sind Luborsky sowie Bordin (Horvath et al. 2011). Bordin (1979) entwickelte dabei das dreiteilige Konzept von "task", "bond" und "goal". Entsprechend den drei Teilen, die dieses Konzept ausmachen, beinhaltet es einerseits die Entwicklung einer Bindung zwischen Arzt und Patient, überdies eine Übereinstimmung bezüglich der zu erreichenden Ziele sowie darüber hinaus einen Konsens, durch welche Aufgaben die Ziele zu erreichen sind (Bordin 1979). Luborskys Entwicklungen, die zu einem ähnlichen Zeitpunkt wie die von Bordin stattfanden, resultierten dabei in einem zweiteiligen Konzept ("the patients experience of the therapist as providing the help that is needed" sowie "the patients experience of treatment as a process of working together toward goals"; Luborsky 1984 zitiert nach Elvins & Green 2008). Nach Auffassung von Luborsky et al. (1983) soll die Beziehung zum Arzt dabei dem Patienten (potenziell) helfen, seinen Zielen näher zu kommen. Trotz unterschiedlicher Definitionen der therapeutischen Allianz über die Jahre hinweg heben die meisten die Kollaboration zwischen Arzt und Patient, zu der eine emotionale Verbindung wie auch eine geteilte Meinung bezüglich der Aufgaben und Therapieziele gehören, hervor (Connors et al. 1997).

Unterschiedliche Konzepte führten auch zur Entwicklung von verschiedenen Messinstrumenten, die die therapeutische Allianz alle ein wenig anders messen (Horvath & Symonds 1991). Zu den Messinstrumenten, die dabei häufiger in Studien genutzt wurden, zählen die "Penn Scales", die "Vanderbilt Scales", der "WAI" sowie der "CALPAS" (Martin et al. 2000). Die Penn Scales wurden ursprünglich dazu entwickelt, das zweiteilige Konzept von Luborsky (Luborsky 1984 nach Martin et al. 2000), das bereits oben dargestellt wurde, zu untersuchen. Die „Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale“ enthält Fragen, die sich auf die Skalen Patient, Therapeut und Interaktion aufteilen (Hartley & Strupp 1983 nach Tichenor & Hill 1989). Horvath und Greenberg (1989) entwickelten das „Working Alliance Inventory“ (WAI), das auf dem dreiteiligen Konzept von Bordin (1979) "goal", "task" und "bond" (s.o.) basiert. Sogar fünf Skalen enthält das CALPAS-Messinstrument ("The California Psychotherapy Alliance Scales"): (1) "patient working capacity" (2) "patient satisfaction" (3) "goal consensus" (4) "working strategy consensus" (5) "therapist understanding and involvement" (Marmar et al. 1987 nach Tichenor & Hill 1989). Mit therapeutischer Allianz kann dabei sowohl die Beziehung zwischen Arzt und Patient gemeint sein bzw. gemessen werden, aber auch einzelne Charakteristika des Patienten wie auch des Arztes (Connor-Greene 1993; Colson 1988).

Auch bei aktueller Durchsicht der Literatur fällt einem ein großes Spektrum an Arbeiten auf, die sich weiterhin mit der therapeutischen Allianz auseinandersetzen. Den vielleicht wichtigsten Grund für das immer noch wachsende Interesse an der therapeutischen Allianz sehen Horvath et al. (2011) in einem von unter anderem von Horvath & Symonds (1991) gefunden Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome, auf deren Bedeutung im Folgenden eingegangen werden soll.

1.2.2.2 Die Bedeutung der therapeutischen Allianz für das Therapieergebnis

Zur Bedeutung des Einflusses der therapeutischen Allianz auf das Therapieergebnis liegen inzwischen zahlreiche Meta-Analysen vor, die einen konsistenten Zusammenhang zwischen einer guten therapeutischen Allianz und einem positiven Therapieergebnis feststellen konnten (z.B. Horvath & Symonds 1991; Martin et al. 2000; Horvath et al. 2011). An dieser Stelle muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Studien diesen Zusammenhang herstellen konnten (Hentschel 2005).

Nach Horvath et al. (2011) können unter anderem die folgenden Variablen den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Outcome beeinflussen:

- Die eingesetzten Messinstrumente,
- die Personen, die die Allianz beurteilen (Patient, Therapeut, Beobachter),
- der Zeitpunkt, an dem die Beurteilung stattfindet (früher, mittlerer, später Zeitpunkt),
- unterschiedliche Outcomekriterien, die untersucht werden.

Da in der vorliegenden Studie verschiedene Personen die therapeutische Allianz beurteilten (Therapeut, Patient), es zwei Beurteilungszeitpunkte diesbezüglich gab und die Patientenzufriedenheit als Outcomekriterium gewählt wurde, soll im Folgenden auf diese drei Punkte eingegangen werden.

In einem Review über 11 Studien, in dem unter anderem untersucht wurde, ob sich die wahrgenommene Allianz abhängig von der Quelle (Patient, Therapeut, Beobachter) unterscheidet, konnten Sharf et al. (2010) keinen signifikanten Unterschied feststellen. Blais et al. (2010) konnten keine signifikante Korrelation zwischen der von Therapeuten wie von Patienten beurteilter Allianz feststellen, allerdings wurde die wahrgenommene Allianz von Patienten hier signifikant höher als von Therapeuten eingeschätzt. Einen nur moderaten Zusammenhang zwischen vom Therapeuten wie vom Patienten beurteilter Allianz zeigt eine Meta-Analyse von Tyron et al. (2007) auf, wobei auch in dieser Studie die Allianz von Patienten höher als von Therapeuten eingeschätzt wurde.

Moderate oder auch niedrige Korrelationen zwischen Therapeuten- und Patientensicht der Allianz erklären sich Hersoug et al. (2002) zufolge aus unterschiedlichen Beurteilungen der Allianz aus der Sichtweise der Beteiligten.

Bezüglich des Beurteilungszeitpunktes legen Ergebnisse einer Studie von Horvath und Greenberg (1989) nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen früh bestehender Allianz und bestimmten Outcomekriterien gibt. Früh bestehender Allianz wird im Gegensatz zu sich später entwickelnder Allianz von Hersoug et al. (2002) ein besserer Vorhersagewert zugestanden und auch für Hartley und Strupp stellt gerade eine früh existierende Allianz einen Prädiktor für ein positives Therapieergebnis dar (Hartley & Strupp 1983; nach Tichenor & Hill 1989). Marziali (1984) erklärt geringere Allianzwerte zu frühen Zeitpunkten im Vergleich zum Ende der Therapie damit, dass der Beziehungsaufbau zwischen Arzt und Patient Zeit benötigt, beide Partner sich erst finden müssen. Dass Patienten, die eine schwächere Allianz aufweisen dabei ein höheres Risiko haben, aus der Therapie auszuschneiden (Sharf et al. 2010), zeigt dabei die Wichtigkeit einer sich früh entwickelnden Allianz.

Therapeutische Allianz entfaltet sich Sexton et al. (1996; nach Hentschel 2005) zufolge relativ rasch, um dann im weiteren Verlauf ein etwa gleich bleibendes Niveau aufrecht zu erhalten. Ein etwa gleich bleibendes Level der wahrgenommenen therapeutischen Allianz aus Patientensicht konnte auch von anderen Autoren festgestellt werden, die keine signifikante Veränderung im Verlauf der Behandlung darstellen konnten (Hansson & Berglund 1992; Svensson & Hansson 1999).

Martin et al. (2000) konnten in ihrer Meta-Analyse darlegen, dass Patienten die therapeutische Allianz im Verlauf als eher stabil (im Gegensatz zu Therapeuten oder Beobachtern) beurteilen. Als wichtig sehen die Autoren in diesem Kontext daher den Aufbau einer guten Allianz bereits zu Beginn der Therapie an, um eine positive Bewertung der therapeutischen Allianz auch zum Ende der Behandlung zu erreichen.

So wie es viele verschiedene Messinstrumente gibt, die die therapeutische Allianz messen (s.o.), kann auch das Outcome mit verschiedenartigen Messinstrumenten gemessen werden. Häufig untersuchte Outcomekriterien sind unter anderem:

- Die Lebensqualität (z.B. Solomon et al. 1995; McCabe et al. 1999),
- die Symptombelastung, die beispielsweise mit der Symptom Checklist-90 gemessen werden kann (Martin et al. 2000)
- und die Patientenzufriedenheit (z.B. Horvath & Greenberg 1989).

Mehrere Studien konnten dabei hinsichtlich dieses Untersuchungsfeldes einen positiven Zusammenhang zwischen den Konstrukten therapeutischer Allianz und Zufriedenheit darstellen (Solomon et al. 1995; Klinkenberg et al. 1998). Dass also therapeutische Allianz und Patientenzufriedenheit signifikant zusammenhängen und die Bewertung der therapeutischen Allianz aus Patientensicht dabei die Patientenzufriedenheit vorhersagen kann (Fuertes et al. 2007) unterstreicht damit die Wichtigkeit einer guten therapeutischen Allianz.

1.2.3 Patientenzufriedenheit

Dem Konstrukt Patientenzufriedenheit wird zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt (Linder-Pelz 1982). Seit Anfang der 90er Jahre wird die Patientenzufriedenheit dabei als ein wichtiger Teil der Ergebnisqualität angesehen (Modestin et al. 2003). Zur Qualitätssicherung, zu der medizinische Dienstleister durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 verpflichtet wurden, spielen neben objektiven Qualitätsindikatoren vermehrt auch subjektive Qualitätsbeurteilungen (Rentrop et al. 1999), wie die Patientenzufriedenheit eine Rolle (Giupponi et al. 2009). Aufgrund der Wichtigkeit der Patientenzufriedenheit für diese Studie, wird diese im Folgenden näher beleuchtet.

1.2.3.1 Definitionen von Patientenzufriedenheit

Die Durchsicht der Literatur macht deutlich, dass es nicht eine einzig und allein gültige Definition von Patientenzufriedenheit gibt. Vielmehr spielt hier die Multidimensionalität eine wichtige Rolle (Linder-Pelz 1982; Haggerty 2010). Im Folgenden werden deshalb einige Autoren dargestellt, die sich mit dem Konstrukt Patientenzufriedenheit auseinandergesetzt haben, wobei nach Ansicht von Kane et al. (1997) einige davon Patientenzufriedenheit eher als einen Bestandteil von Behandlungsergebnissen sehen, für andere sich diese dabei als ein eigenständiges Konstrukt darstellt.

Ipsen (1978, zitiert nach Rentrop et al. 1999, S.459) hat Zufriedenheit wie folgt definiert: „(...) Zufriedenheit ist somit letztlich das Ergebnis des Verhältnisses von Erwartungen zu der (wahrgenommenen) Realität eines Objektes. Sind die Erwartungen niedriger als die Qualität des Objektes so entsteht Zufriedenheit. (...) Umgekehrte Diskrepanzen führen zu Unzufriedenheit“. Andere Autoren heben in Bezug auf die Patientenzufriedenheit diese als ein Zusammenspiel zwischen Erwartungen und Erfahrungen hervor, wobei einige Fälle zeigen, dass auch schlechtere Ergebnisse als erwartet zur Zufriedenheit führen können (Hudak et al. 2004). Für Carr-Hill (1992) stellt sich Zufriedenheit dabei sehr komplex dar, wobei der Lebensstil, Erfahrungen, Erwartungen sowie auch bestimmte Wertvorstellungen eine Rolle spielen.

Dass es keine einzig gültige Definition von Zufriedenheit aus Patientensicht gibt, zeigt sich auch anhand einer Studie über die Patientenzufriedenheit im hausärztlichen Bereich (Marcinowicz et al. 2010). Von den 36 Studienteilnehmern wurden dabei folgende Charakteristika zur Zufriedenheit als wichtig erachtet: (a) ”good doctor-patient interaction“; (b) ”health improvement or resolution of health problems“; (c) ”fulfilment of prior expectations“; (d) ”availability of health care“; (e) ”combination of multiple characteristics“; (f) ”absence of dissatisfaction“.

In einem älteren Review von Ware et al. (1977) wurden hingegen als wichtigste Dimensionen der Zufriedenheit die folgenden zusammengefasst: (a) “art of care“, (b) “technical quality of care“, (c) “accessibility/convenience“, (d) “finances“, (e) “physical

environment“, (f) “availability“, (g) “continuity of care“, (h) “efficacy/outcomes of care”.

Es zeigt sich also, dass unterschiedliche Aspekte bezüglich der Patientenzufriedenheit existieren, wobei besonders Erwartungen und Erfahrungen hier eine wichtige Rolle zu spielen scheinen. Die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition erklärt sich dabei aus der subjektiven Sicht des Patienten (Ruggeri 1994).

Welche Bedeutung sich trotz der unterschiedlichen Wahrnehmung von Patientenzufriedenheit ergibt, soll im Folgenden beleuchtet werden.

1.2.3.2 Compliance, Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg

Als Patientencompliance wird das Ausmaß gesehen, mit dem sich Patienten an medizinische Vorgaben halten (Burgoon et al. 1991). Bereits in den 1980er Jahren setzten sich Studien mit dem Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Compliance auseinander (z.B. Linn et al. 1982). Generell wird angenommen, dass die Anweisungen des Arztes von zufriedenen Patienten befolgt werden (Linder-Pelz 1982). Dass viele Faktoren dabei die Patientencompliance beeinflussen, konnte Cameron (1996) in einem Review darlegen. Zusammenfassend konnte sie als die wichtigsten sozialen und psychologischen Faktoren, die die Patientencompliance beeinflussen, fünf übergeordnete Kategorien ausmachen: (a) “knowledge and understanding“, (b) “quality of interaction“, (c) “social isolation and social support“, (d) “health beliefs and attitudes“, (e) “illness and treatment“. Wenn Patienten nicht compliant sind, kann dies dabei oft mit einer Verschlechterung der Erkrankung einhergehen (Burgoon et al. 1991).

Obgleich einige Studien einen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und bestimmten Aspekten der Compliance (Litt & Cuskey 1984; Murray & Wiese 1975) bzw. genereller Compliance darlegen konnten (Francis et al. 1969; Albrecht & Hoogstraten 1998), trifft dies keinesfalls für alle zu (Huis in't Veld et al. 2010). Als wichtiger Punkt kann aber festgehalten werden, dass eine gute Compliance, auf die eine Verbesserung der

klinischen Situation des Patienten folgt, zu einer größeren Patientenzufriedenheit führt. Die Patientenzufriedenheit an sich kann aber auch die Compliance des Patienten beeinflussen und so über diesen Weg zu einer Verbesserung der klinischen Situation führen. (Dubina et al. 2009)

Patientenzufriedenheit scheint also einerseits die Grundlage für den Behandlungserfolg zu sein – auf der anderen Seite aber auch ein Ergebnis, das aus einer guten Compliance resultiert und somit eine wichtige Basis für das gesamte Therapieergebnis darstellt.

1.2.3.3 Der Einfluss von Patientencharakteristika auf die Patientenzufriedenheit

Da Patientenzufriedenheit als ein wichtiges Ziel in der Gesundheitsversorgung angesehen wird (z.B. Linder-Pelz 1982), scheint es von großer Bedeutung, Faktoren zu eruiieren, die diese beeinflussen. Viele Studien haben sich daher mit verschiedenen Patientencharakteristika und deren Einfluss auf bzw. Beziehung zur Zufriedenheit auseinander gesetzt. Zu den Merkmalen, die dabei häufig untersucht worden sind zählen besonders das Alter und das Geschlecht. Die Zusammenhänge stellen sich in der Literatur allerdings uneinheitlich dar. So konnten einige Autoren einen Zusammenhang zwischen bestimmten Merkmalen und der Zufriedenheit darstellen, andere Ergebnisse lieferten dagegen keinen Zusammenhang. Einige dieser Studien werden im Folgenden dargestellt.

Giupponi et al. (2009) konnten in ihrer Studie zur Behandlungszufriedenheit von zwei unterschiedlichen Stichproben von stationär behandelten psychiatrischen Patienten (Patienten aus Südtirol und München) für Alter, Diagnose und Verweildauer keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit feststellen. Nur in einer der beiden Stichproben (Münchener Patienten) waren Frauen signifikant zufriedener als Männer ($p < 0,01$).

Boydell et al. (2010) untersuchten die Zufriedenheit bestimmter psychiatrischer Patienten unterschiedlicher ethnischer Gruppen. Über einen Unterschied in der Gesamtzufriedenheit zwischen afrikanischen und kaukasischen Patienten in

Großbritannien konnten die Autoren dabei nicht berichten, allerdings trat bei Patienten afrikanischer sowie karibischer Herkunft mit einigen Behandlungsaspekten eine größere Unzufriedenheit im Vergleich zu kaukasischen Patienten zu Tage.

Modestin et al. (2003) konnten dagegen ältere Patienten, Patienten mit einem besseren Versicherungsstatus wie auch freiwillig eingetretene Patienten als diejenigen identifizieren, deren Zufriedenheit insgesamt etwas höher als bei Patienten mit dem gegenteiligen Merkmal lag.

In der Studie von Findik et al. (2010) wurde die Beziehung zwischen Art der Station, Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildungsgrad sowie Dauer des Aufenthalts und der Zufriedenheit untersucht. Wie die Autoren darlegen, wurden in dieser Studie generell hohe Zufriedenheitswerte erzielt. Patienten mit bestimmten Charakteristika stellten sich dabei allerdings zufriedener als andere dar, wobei nicht alle Aspekte statistische Signifikanz erreichten. Im Einzelnen handelte es sich um:

- Patienten von chirurgischen Stationen im Gegensatz zu Patienten von internistischen Stationen ($p = 0,097$),
- männliche Patienten im Gegensatz zu weiblichen Patienten ($p = 0,047$),
- Patienten mit einem geringeren Bildungsstand ($p = 0,437$),
- Patienten mit einem mittleren Alter (40-59 Jahre) ($p = 0,044$),
- Patienten mit einem geringeren Einkommen ($p = 0,002$),
- sowie Patienten mit einer längeren Aufenthaltsdauer ($p = 0,434$).

Eine Zufriedenheitsstudie über die ambulante Versorgung von Linn et al. (1982) konnte ebenfalls darlegen, dass ältere Patienten (> 65 Jahre) zufriedener als jüngere Patienten (< 65 Jahre) waren. Allerdings zeigten Patienten hier auch eine größere Unzufriedenheit, je schwerer ihre Erkrankung eingeschätzt wurde.

Boudreaux et al. (2000) fanden in ihrer Studie zur Zufriedenheit von Patienten in einer Notaufnahme weitgehend keine Zusammenhänge zwischen demographischen Daten (u.a. Alter, Geschlecht, Ethnizität) und der Gesamtzufriedenheit. Allerdings zeigte die

Aufenthaltsdauer einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit ($p < 0,05$). Diesen Autoren zufolge waren Patienten, die eine längere Aufenthaltsdauer verzeichneten, tendenziell unzufriedener.

Jaipaul und Rosenthal (2003) fanden eine höhere Zufriedenheit bei Patienten, die sich subjektiv gesünder fühlten ($p < 0,001$). Mit steigendem Alter (bis zu einer Altersgruppe von 65-80 Jahren) wurden höhere Zufriedenheitswerte erreicht, ab dem Alter von 80 Jahren waren die Zufriedenheitswerte dagegen wieder rückläufig. Allerdings heben die Autoren in diesem Zusammenhang hervor, dass die Zufriedenheit bei älteren Patienten geringer sank, wenn sie sich gesünder fühlten (Jaipaul & Rosenthal 2003).

Eine Assoziation zwischen Zufriedenheit und den Merkmalen Alter, Gesundheitszustand und Ethnie konnten auch Young et al. (2000) darlegen. So konnten die Autoren einen signifikanten Zusammenhang zwischen höherem Alter sowie einem besseren (selbst eingeschätzten) Gesundheitszustand mit höheren Zufriedenheitswerten darlegen. Eine größere Unzufriedenheit stellte sich bei "non-white patients" im Gegensatz zu "white patients" dar. Diese Ergebnisse konnten dabei für stationäre Patienten der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie für ambulante Patienten gleichermaßen dargestellt werden.

Bereits in den 90er Jahren konnten Hall und Dornan (1990) in einer Meta-Analyse eine erhebliche Variabilität bezüglich des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen Daten und Patientenzufriedenheit ausmachen. Von den untersuchten Variablen Alter, Ethnizität, Geschlecht, Sozioökonomischer Status (Sozialstatus, Einkommen, Bildung), Familienstand sowie Familiengröße konnte ein signifikanter Zusammenhang nur zwischen höherem Alter und einer höheren Zufriedenheit sowie zwischen einem geringeren Bildungsstatus und einer höheren Zufriedenheit dargestellt werden. Der Zusammenhang zwischen höherem Sozialstatus (im Sinne der Beschäftigungssituation) sowie Familienstand (verheiratet) und Zufriedenheit beschreiben die Autoren dagegen nur als annähernd signifikant (Hall & Dornan 1990).

Probleme in diesem Untersuchungsfeld sieht bereits Weiss in den 80er Jahren. Wie dieser darlegt, kam den soziodemographischen Variablen in Untersuchungen viel Aufmerksamkeit zuteil. Einheitliche Erkenntnisse über den Zusammenhang auf die Zufriedenheit ergaben sich dabei allerdings nicht. Als mögliche Ursachen dieser uneinheitlichen Erkenntnisse sieht dieser Autor dabei die großen Unterschiede in der Beschaffenheit der Stichproben, der unterschiedlichen Charakteristika, die untersucht wurden, sowie in Unterschieden in der Messung der Patientenzufriedenheit an. (Weiss 1988)

Anhand der Unterschiede wird also deutlich, dass Zufriedenheit mit der Behandlung nicht auf einfache Art und Weise anhand bestimmter Merkmale erklärt werden kann.

1.3 Fragestellung und Hypothese

Ausgehend von den oben dargestellten Studien, die einen Zusammenhang zwischen Einbezug in therapeutische Entscheidungen, therapeutischer Allianz und Patientenzufriedenheit herstellen konnten, wurde in der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen, (a) Welche Auswirkungen eine Intervention, die Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 (neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen) die Möglichkeit gibt zu einem festgelegten Zeitpunkt nach Beginn einer stationären psychiatrischen Behandlung die subjektiv wahrgenommene therapeutische Allianz an die jeweiligen Behandler zurück zu melden, auf die Zufriedenheit am Ende der Behandlung zeigt. Eine weitere Fragestellung der Untersuchung war (b) ob diese Intervention Einfluss auf einen weiteren Outcome-Parameter, den wahrgenommenen Einbezug in den Entscheidungsprozess, hat. Schließlich wurde untersucht (c) welche Zusammenhänge sich zwischen bestimmten Variablen (Geschlecht, Staatangehörigkeit, Alter, Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung) und der Zufriedenheit zeigen.

Hypothesen:

Zu (a): Verglichen mit einer Kontrollgruppe zeigt die Interventionsgruppe eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Behandlung an deren Ende.

Zu (b): Verglichen mit einer Kontrollgruppe, zeigt die Intervention einen signifikanten positiven Einfluss auf den wahrgenommenen Einbezug in den Entscheidungsprozess.

Zu (c): In beiden Gruppen sind Zusammenhänge zwischen weiteren relevanten Variablen (soziodemographische Merkmale, Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung) und der Behandlungszufriedenheit festzustellen.

2. Material und Methoden

In diesem Abschnitt erfolgt die Darstellung der angewandten Messinstrumente und das Vorgehen bei der Datenerhebung. Zuvor wird ein Überblick über die Zuordnung der Messinstrumente zu den verschiedenen berücksichtigten Merkmalsbereiche gegeben. Schließlich folgen Informationen bezüglich der angewandten Auswertungsverfahren.

2.1 Merkmalsbereiche und deren Operationalisierung

Die in der Untersuchung erhobenen Variablen(-gruppen) konnten verschiedenen Merkmalsbereichen zugeordnet werden. Tabelle 1 stellt Merkmalsbereiche, Variablengruppen und deren Operationalisierung im Überblick dar. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Instrumente detaillierter dargestellt.

Tabelle 1 Merkmalsbereiche, zugehörige Variablen und deren Operationalisierung

Patientencharakteristika	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Soziodemographie:</i><ul style="list-style-type: none">- <i>Soziodemographisches Interview</i>▪ <i>Psychopathologie:</i><ul style="list-style-type: none">- <i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>- <i>Clinical Global Impressions (CGI)</i>
Einbezug in den Entscheidungsprozess	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Perceived Involvement in Care Scales (PICS)</i>▪ <i>Combined Outcome Measure for Risk Communication and Decision Making Effectiveness (COMRADE)</i>
Therapeutische Allianz	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>▪ <i>Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA)</i>
Patientenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)</i>

2.1.1 Merkmalsbereich „Patientencharakteristika“

2.1.1.1 Erfassung soziodemographischer Merkmale

Für diese Studie wurde ein soziodemographisches Interview zusammengestellt, anhand dessen Staatsangehörigkeit und Geschlecht, berufsassoziierte Merkmale (aktuelle Beschäftigungssituation, Schulbildung, Ausbildung) und familiäre Merkmale (Familienstand, Anzahl der Kinder, Wohnsituation) erhoben wurden.

2.1.1.2 Erfassung der Psychopathologie

Das „**Brief Symptom Inventory**“ (**BSI**) ist ein aus 53 Items bestehendes Messinstrument (Derogatis 1975), das eine Kurzform der SCL(Symptom-Check-List)-90-R darstellt (Franke 2000). Es dient der Erfassung von „subjektiver Beeinträchtigung“, die durch körperliche und psychische Symptome sichtbar wird (Franke 2000). Die 53 Items müssen auf einer Skala von „0 = überhaupt nicht“ bis „4 = sehr stark“ bewertet werden und sollen Auskunft über die Symptome der letzten sieben Tage geben (Derogatis 1975). Insgesamt können neun Subskalen und drei globale Kennwerte gebildet werden (Derogatis 1975, Franke 2000). Das BSI umfasst folgende Subskalen (Derogatis 1975):

Skala 1: “Somatization“ (Items 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37)

Skala 2: “Obsession-Compulsion“ (Items 5, 15, 26, 27, 32, 36)

Skala 3: “Interpersonal Sensitivity“ (Items 20, 21, 22, 42)

Skala 4: “Depression“ (Items 9, 16, 17, 18, 35, 50)

Skala 5: “Anxiety“ (Items 1, 12, 19, 38, 45, 49)

Skala 6: “Hostility“ (Items 6, 13, 40, 41, 46)

Skala 7: “Phobic Anxiety“ (Items 8, 28, 31, 43, 47)

Skala 8: “Paranoid Ideation“ (Items 4, 10, 24, 48, 51)

Skala 9: “Psychoticism“ (Items 3, 14, 34, 44, 53).

Neben den oben genannten Skalen gibt es noch einige Fragen ohne Skalenzuordnung. Hierzu zählen Fragen nach „schlechtem Appetit“, „Einschlafschwierigkeiten“, „Gedanken an den Tod“ und „Sterben“, außerdem nach „Schuldgefühlen“. (Franke 2000)

Bei den globalen Kennwerten handelt es sich um den GSI (Global Severity Index), den PSDI (Positive Symptom Distress Index) sowie den PST (Positive Symptom Total).

Bezüglich der internen Konsistenzen der neun Subskalen werden von Franke (2000) Werte zwischen $r = 0,63$ und $r = 0,85$ angegeben. Für einzelne Skalen ließ sich darüber hinaus die kriterienbezogene Validität nachweisen (Franke 2000).

Bei den „**Clinical Global Impressions**“ (CGI) handelt es sich laut Guy (1976) um ein Messinstrument, das aus drei Teilen besteht. Hierbei handelt es sich um die Teile: (1) Schwere der Erkrankung, (2) globale Verbesserung und (3) Wirksamkeitsindex. In der aktuellen Studie wurde nur der Fragebogen zur Schwere der Erkrankung eingesetzt, wobei das Vorgehen beim Auslassen von den Teilen (2) und (3) von Guy (1976) beschrieben wird und somit kein Problem darstellt.

Die Schwere der Erkrankung wird vom Therapeuten anhand einer vorgegebenen 7-stufigen Skala eingeschätzt – eine „0“ empfiehlt der Autor bei einer nicht gemachten Bewertung (Guy 1976):

- 1 = normal (nicht krank)
- 2 = Patient ist ein Grenzfall psychischer Erkrankung
- 3 = mittelschwere Erkrankung
- 4 = deutlich krank
- 5 = ziemlich krank
- 6 = schwere Erkrankung
- 7 = sehr schwere Erkrankung

2.1.2 Merkmalsbereich „Einbezug in den Entscheidungsprozess“

Der „**Perceived Involvement in Care Scales**“ (**PICS**) ist ein Messinstrument, das zur Darstellung der subjektiv wahrgenommenen Einbeziehung des Patienten in die Behandlung entwickelt worden ist (Scheibler et al. 2004). Es ist von der amerikanischen Version von Lerman et al. (1990) von Scheibler et al. (2004) übertragen worden, um ein in Deutschland validiertes Messinstrument zu haben, das das „Shared Decision-Making“-Konzept erfassen soll (Scheibler et al. 2004).

Das genannte Instrument besteht aus drei Subskalen. Die erste Subskala wurde „Patientenaktivierung durch die Ärzte“ (PAA) benannt, die zweite Subskala „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ (AIP), die dritte „Entscheidungsteilnahme des Patienten“ (ETP) und besteht insgesamt aus 13 Items (Scheibler et al. 2004). In der vorliegenden Studie wurde eine Kurzversion des PICS, bestehend aus neun Items verwendet, die nur die erste (PAA) sowie die zweite (AIP) Subskala beinhaltet.

Den vorgegebenen Aussagen kann mittels einer 4-stufigen Likert-Skala in unterschiedlichem Grad zugestimmt werden. Dabei kann den Antworten von „1 = stimme überhaupt nicht zu“ bis „4 = stimme voll und ganz zu“ zugestimmt werden.

Die interne Konsistenz der Subskalen wird von den Autoren als gut angesehen. (Scheibler et al. 2004)

Das „**Combined Outcome Measure for Risk Communication and Decision Making Effectiveness**“ (**COMRADE**) ist ein aus 20 Fragen bestehendes Messinstrument, das von Edwards et al. (2003) entwickelt wurde, mit einem Fokus auf Entscheidungsfindungen bezüglich der Behandlung und der Risikokommunikation. Risikokommunikation meint dabei einen offenen beidseitigen Austausch von Informationen und individueller Meinung über Risiken, der zu besserem Verständnis und besserem Handling bezüglich des Risikomanagements führen soll (Ahl et al. 1993, S.1050).

Die 20 Items verteilen sich auf zwei Skalen, die jeweils zehn Items beinhalten. Die erste Skala wurde "Satisfaction with communication" genannt, die zweite Skala "Confidence in decision". (Edwards et al. 2003) Die Fragen sind auf einer 5-stufigen Skala zu beantworten, die von „1= stimme überhaupt nicht zu“ bis „5= stimme voll und ganz zu“ reichen.

2.1.3 Merkmalsbereich „Therapeutische Allianz“

Das „**Working Alliance Inventory Client/Therapeut**“ (WAI-C/T) ist ein von Horvath & Greenberg (1989) entwickeltes Messinstrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz, das auf Bordins Theorie der therapeutischen Allianz basiert. Zurückgehend auf Bordin (1979) wird mit "goals" eine Übereinstimmung von Therapeut und Patient über zu erreichende Ziele gesehen, mit "tasks" eine Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient, durch welche Aufgaben diese Ziele zu erreichen sind, und mit "bonds" eine Entwicklung einer tieferen Bindung zwischen Therapeut und Patient. Die Originalversion des WAI besteht aus 36 Items (Horvath & Greenberg 1989). In dieser Studie wurde allerdings eine Kurzform (WAI-Short), entwickelt von Tracey & Kokotovic (1989) und bestehend aus 12 Items, verwendet. Dieser Fragebogen misst dabei einen generellen Allianzfaktor sowie drei spezifische Allianzfactoren (Tracey & Kokotovic 1989). Beantwortet werden die Fragen auf einer 7-stufigen Skala, mit möglichen Antworten von „1 = nie“ bis „7 = immer“. Für den Therapeuten sowie für den Patienten existiert dabei jeweils eine eigene Version (Tracey & Kokotovic 1989).

In ihrer Studie kommen Tracey and Kokotovic (1989) außerdem zu einer guten internen Konsistenz. So liegt der Cronbach-alpha-Wert für den generellen Allianzfaktor der Patientenversion bei 0,98, bei der Therapeutenversion bei 0,95.

Das „**Questionnaire on Therapeutic Alliance**“ (QTA-P/MD) wurde von Pajonk et al. (2007) entwickelt, um die therapeutische Allianz aus Arzt- sowie Patientensicht darzustellen. Ausgangspunkt der Entwicklung dieses Fragebogens war den Autoren

zufolge eine durch mehrere Studien dargelegte Tatsache, dass eine gute therapeutische Allianz ein besseres Therapieergebnis vorhersagen kann. Je sechs Fragen müssen vom Therapeuten (QTA-MD) wie auch vom Patienten beantwortet werden (QTA-P), wobei diese auf einer Skala, die aus vier Stufen besteht („sehr ausgeprägt“ bis „gar nicht ausgeprägt“), zu beantworten sind (Pajonk et al. 2007). Die Autoren konnten bei diesem Instrument für den QTA-MD (= Therapeutenversion) durch Faktorenanalyse zwei Faktoren darstellen, was in einer Gliederung der Items in zwei Teilbereiche resultierte. Dies ist einerseits der kognitive Teilbereich (Item 3, 2 und 5), andererseits der emotionale Teilbereich (Items 4,1 und 6). Für die Patientenversion konnte dagegen kein zweiter Faktor dargestellt werden. Bezüglich der internen Konsistenzen ergab sich für den QTA-MD ein Cronbach-alpha-Wert von 0,85, für den QTA-P ein Wert von 0,83 (Pajonk et al. 2007).

2.1.4 Merkmalsbereich „Patientenzufriedenheit“

Der **Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)** ist ein Messinstrument, das die Patientenzufriedenheit in einer globalen, eindimensionalen Form misst (Schmidt & Wittmann 2002). Inhaltlich geht es hierbei um die globale Beurteilung der Klinik sowie über die Bewertung der eigenen Behandlung. Dieser Fragebogen, der als ökonomisches Screeninginstrument zur Erfassung der Zufriedenheit angesehen wird, wurde als Übersetzung der von Attkisson und Zwick entwickelten amerikanischen Version „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ-8) für den stationären Bereich entwickelt. Als wichtige Grundlage für seine Entwicklung gilt dabei die Ansicht der Patientenzufriedenheit als ein wichtiges Zielkriterium in der gesamten Breite der Gesundheitsversorgung. (Schmidt & Wittmann 2002)

Insgesamt besteht dieses Messinstrument aus acht Items, die auf einer 4-stufigen Skala vom Patienten beantwortet werden müssen. Entsprechend der Polung von „1“ = „ungünstigste Ausprägung“ bis „4“ = „positivste Ausprägung“ werden die Items zur Auswertung zusammengerechnet (Schmidt & Wittmann 2002).

Die interne Konsistenz des ZUF-8 wurde für einzelne Stichproben gemessen und lag zwischen 0,87 und 0,93. Die Skalenwerte werden von den Autoren dabei als deutlich linksschief beschrieben, was insgesamt höheren Zufriedenheitsscores entspricht. (Schmidt & Wittmann 2002)

2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die vorliegende Auswertung ist im Kontext einer größeren Studie zu sehen, aus der sich eine Patientenstichprobe mit einer F3-Diagnose als Schwerpunkt sowie eine Patientenstichprobe mit einer F4-Diagnose als Schwerpunkt ergab. Die vorliegende Untersuchung fokussiert dabei auf Patienten mit der zweitgenannten Diagnose. In die Untersuchung wurden Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die konsekutiv auf eine von zwei offenen Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgenommen wurden. Die Einschlusskriterien umfassten die Diagnose einer F3- bzw. F4-Störung nach ICD-10. Einziges Ausschlusskriterium waren unzureichende Deutschkenntnisse.

Die zuständige Ethikkommission war vor Studienbeginn informiert worden.

Für die Studie infrage kommende Patienten wurde innerhalb von einer Woche nach Aufnahme die Teilnahme angeboten (T1). Es erfolgte eine Aufklärung über Ziele und Prozeduren der Studie und es wurde das schriftliche Einverständnis der Patienten zur Studienteilnahme eingeholt. Um Kontaminationseffekte zu vermeiden wurde zunächst die Kontrollgruppe, in einem zweiten Schritt die Interventionsgruppe rekrutiert.

An die *Kontrollgruppe* wurden zu Zeitpunkt 1 (T1) folgende Fragebögen ausgeteilt:

- Soziodemographischer Bogen
- Brief Symptom Inventory (BSI)

Gleichzeitig wurde vom zugehörigen Therapeuten der CGI (Clinical Global Impressions) ausgefüllt.

Zwei Wochen nach T1 wurden die Fragebögen für Zeitpunkt 2 (T2) ausgehändigt. Dabei handelt es sich bei der *Kontrollgruppe* im Einzelnen um folgende Instrumente:

- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)
- Perceived Involvement in Care Scales (PICS)
- Combined Outcome Measure for Risk Communication and Decision Making Effectiveness (COMRADE).

Parallel zur Ausgabe der Fragebögen zu T2 erhielt der Therapeut wiederum den CGI und wurde um erneute Bewertung der Schwere der Erkrankung des Patienten gebeten.

Nachdem Ausgabe und Rückgabe der Fragebögen bei der *Kontrollgruppe* abgeschlossen waren, folgte das gleiche Prozedere in der *Interventionsgruppe*. Der Unterschied zur *Kontrollgruppe* bestand darin, dass die Patienten zu beiden Zeitpunkten (T1 und T2) hier noch zwei weitere Fragebögen erhielten:

- Working Alliance Inventory-Client (WAI-C)
- Questionnaire on Therapeutic Alliance-Patient (QTA-P)

Auch seitens der Therapeuten wurden zusätzlich die entsprechenden Therapeutenversionen des WAI (WAI-T) und QTA (QTA-MD) ausgefüllt.

Die *Intervention* bestand darin, dass mit Wissen der Patienten sowohl WAI-C als auch QTA-P an den Therapeuten zurückgemeldet wurden. Hierbei wurde darauf geachtet, dass der Therapeut keine Kopie der o.g. Patientenversionen bekam, solange er selbst seinen zugehörigen Fragebogen noch nicht abgegeben hatte. Die Intention dabei lag darin, den Therapeuten nicht indirekt durch einen vorzeitigen Einblick auf die Einschätzung des Patienten in seiner Bewertung zu beeinflussen. Dieses Vorgehen wurde bei T1 sowie bei T2 gleichermaßen durchgeführt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die eingesetzten Instrumente zu beiden Zeitpunkten.

Tabelle 2 Übersicht über die Messinstrumente zu beiden Untersuchungszeitpunkten

Patient	Therapeut
T1 (1 Woche nach Aufnahme): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einverständniserklärung ▪ soziodemographische Daten ▪ BSI ▪ WAI-C (nur bei Interventionsgruppe) ▪ QTA-P (nur bei Interventionsgruppe) 	T1 (1 Woche nach Aufnahme): <ul style="list-style-type: none"> ▪ CGI ▪ WAI-T (nur bei Interventionsgruppe) ▪ QTA-MD (nur bei Interventionsgruppe)
T2 (2 Wochen nach T1): <ul style="list-style-type: none"> ▪ BSI ▪ ZUF-8 ▪ PICS ▪ COMRADE ▪ WAI-C (nur bei Interventionsgruppe) ▪ QTA-P (nur bei Interventionsgruppe) 	T2 (2 Wochen nach T1): <ul style="list-style-type: none"> ▪ CGI ▪ WAI-T (nur bei Interventionsgruppe) ▪ QTA-MD (nur bei Interventionsgruppe)

T1 = Zeitpunkt 1, T2 = Zeitpunkt 2

2.3 Angewandte statistische Verfahren

Die Daten wurden anonymisiert mithilfe des „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS; Version 15.0) ausgewertet. Dies umfasste zunächst die deskriptive Statistik getrennt nach Kontroll- und Interventionsgruppe (Häufigkeit und Verteilung aller Merkmale). Weitere Verfahren, die angewandt wurden, umfassten unabhängige t-Tests (zweiseitig), um mögliche signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen darzustellen. Schließlich wurden multiple Regressionsmodelle zur Überprüfung des Einflusses bestimmter Variablen auf die Zufriedenheit berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Werte mit $p < 0,05$ gelten damit als statistisch signifikant.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Es wurden Patienten von zwei Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit den Schwerpunkten Angst- und Zwangsstörung bzw. Depressionen in die Studie einbezogen. Die vorliegende Studie konzentriert sich dabei auf Patienten mit einer *F4-Diagnose nach ICD-10*.

Von den anfangs n=184 Patienten mit kompletten Datensätzen hatten n =123 Patienten eine F4-Diagnose nach ICD-10 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) als Haupt- oder Nebendiagnose. Von dieser Gruppe brachen nach T1 n=17 Patienten, nach T2 n=8 Patienten die Studie wieder ab. Gründe für einen Studienabbruch lagen in einer frühzeitigen Entlassung, einer Verlegung oder aber einer nicht vorhandenen Compliance zu den entsprechenden Zeitpunkten. Daraus resultierte ein Patientenkollektiv von n=98 Patienten, wobei sich davon n=47 in der *Interventionsgruppe* befanden, n=51 in der *Kontrollgruppe*. Die *Interventionsgruppe* unterschied sich von der *Kontrollgruppe* wie oben beschrieben durch zwei Fragebögen zur therapeutischen Allianz, deren Ergebnisse den zuständigen Therapeuten zurückgemeldet wurden.

3.2 Patientencharakteristika

3.2.1 Soziodemographie

Zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich bezüglich des Durchschnittsalters (Interventionsgruppe: M=37,81 Jahre, SD=12,73; Kontrollgruppe: M=39,14 Jahre, SD=16,62; p=0,66) wie auch der Aufenthaltsdauer (Interventionsgruppe: M=59,13 Tage, SD=26,10; Kontrollgruppe: M=62,43 Tage, SD=25,29; p=0,53) keine signifikanten Unterschiede. Auch zwischen dem Geschlecht (p=0,53) und der Staatsangehörigkeit (p=1,00) wie auch der Schulbildung (p=0,09),

dem Ausbildungsstand ($p=0,44$), der Erwerbstätigkeit ($p=0,44$), dem Familienstand ($p=0,30$) und der Anzahl der Kinder ($p=0,42$) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen darstellen. Lediglich die Ergebnisse bezüglich der Wohnsituation stellten sich als signifikant verschieden dar ($p=0,05$). Im Folgenden werden die Verteilung der einzelnen Patientenmerkmale zur besseren Übersicht in Tabellenform in zusammenfassenden Kategorien dargestellt (Tabelle 3).

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, gab es eine höhere Anzahl an weiblichen Patienten in beiden Gruppen. Weiter befanden sich die meisten Patienten in der Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren.

Tabelle 3 *Geschlecht, Alter, Nationalität*

	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe	
	n		n	
Geschlecht				
männlich	15	(31,9 %)	20	(39,2 %)
weiblich	32	(68,1 %)	31	(60,8 %)
Alter				
zwischen 18 und 35 Jahren	21	(44,7 %)	27	(52,9 %)
zwischen 36 und 45 Jahren	14	(29,8 %)	10	(19,6 %)
zwischen 46 und 60 Jahren	9	(19,1 %)	6	(11,8 %)
über 60 Jahre	3	(6,4 %)	8	(15,7 %)
Staatsangehörigkeit				
deutsch	41	(87,2 %)	44	(86,3 %)
nicht-deutsch	4	(8,5 %)	5	(9,8 %)
keine Angabe	2	(4,3 %)	2	(3,9 %)

Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

Der Blick auf *Ausbildung und Erwerbstätigkeit* (Tabelle 4) zeigte in der Interventions- wie in der Kontrollgruppe eine Mehrheit von Patienten mit einem Gymnasial- oder einem Realschulabschluss auf. Bezüglich des Ausbildungsstandes fällt auf, dass in beiden Gruppen die meisten Patienten eine Lehre abgeschlossen haben, aber auch Patienten, die keine Ausbildung abgeschlossen haben waren hier nicht selten vertreten. In beiden Gruppen waren die meisten Patienten auch erwerbstätig.

Tabelle 4 *Ausbildung und Erwerbstätigkeit*

	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe	
	n		n	
Schulbildung				
Ohne Abschluss	4	(8,5 %)	0	(0 %)
Hauptschule	6	(12,8 %)	10	(19,6 %)
Realschule	12	(25,5 %)	20	(39,2 %)
Gymnasium	23	(48,9 %)	21	(41,2 %)
keine Angabe	2	(4,3 %)	0	(0 %)
Ausbildungsstand				
keine	12	(25,5 %)	14	(27,5 %)
Lehre abgeschlossen	19	(40,4 %)	19	(37,3 %)
Fach-/Meisterschule abgeschlossen	3	(6,4 %)	9	(17,6 %)
Hochschule/ Studium abgeschlossen	10	(21,3 %)	9	(17,6 %)
keine Angabe	3	(6,4 %)	0	(0 %)
Erwerbstätigkeit				
Lehre, Ausbildung oder Studium erwerbstätig	8	(17,0 %)	7	(13,7 %)
nicht erwerbstätig	17	(36,2 %)	17	(33,3 %)
arbeitslos	1	(2,1 %)	3	(5,9 %)
berentet	3	(6,4 %)	6	(11,8 %)
keine Angabe	6	(12,8 %)	2	(3,9 %)
	12	(25,5 %)	16	(31,4 %)

Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

Bezüglich *familiärer Patientenmerkmale* (Tabelle 5) fanden sich in der Interventionsgruppe im Verhältnis zur Kontrollgruppe mehr Patienten, die ledig waren. Die wenigsten Patienten in beiden Gruppen waren allerdings geschieden/getrennt oder verwitwet. Bezüglich der Anzahl der Kinder geben die meisten Patienten beider Gruppen an, keine Kinder zu haben.

Tabelle 5 *Familiäre Patientenmerkmale*

	Interventions- gruppe		Kontroll- gruppe	
	n		n	
Familienstand				
ledig	26	(55,3 %)	19	(37,3 %)
verheiratet	9	(19,1 %)	17	(33,3 %)
in fester Partnerschaft	6	(12,8 %)	10	(19,6 %)
geschieden/getrennt	4	(8,5 %)	3	(5,9 %)
verwitwet	1	(2,1 %)	2	(3,9 %)
keine Angabe	1	(2,1 %)	0	(0 %)
Anzahl der Kinder				
keine	30	(63,8 %)	30	(58,8 %)
eins	10	(21,3 %)	10	(19,6 %)
zwei	3	(6,4 %)	9	(17,6 %)
drei und mehr	3	(6,4 %)	2	(3,9 %)
keine Angabe	1	(2,1 %)	0	(0 %)
Wohnsituation				
allein lebend	15	(31,9 %)	14	(27,5 %)
mit Partner lebend	13	(27,7 %)	28	(54,9 %)
mit Kind(ern) lebend	4	(8,5 %)	1	(2,0 %)
sonstige Konstellation	11	(23,4 %)	7	(13,7 %)
keine Angabe	4	(8,5 %)	1	(2,0 %)

Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

3.2.2 Psychopathologie

Im „**Brief Symptom Inventory**“ (**BSI**) erreichten die Patienten in der Kontrollgruppe zu T1 einen GSI-Wert von $M=1,36$ ($SD=0,76$) zu T2 einen GSI-Wert von $M=1,12$ ($SD=0,78$) ($p=0,05$). In der *Interventionsgruppe* entsprach der GSI-Wert zu T1 $M=1,25$ ($SD=0,55$), zu T2 $M=1,01$ ($SD=0,60$) ($p=0,01$). Im Verlauf zeigte sich also in beiden Gruppen ein signifikanter Unterschied. Der Vergleich zwischen den Gruppen zu T1 ergab einen nicht signifikanten Unterschied ($p=0,53$), ebenso wenig konnte zu T2 im Gruppenvergleich ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($p=0,54$).

In den „**Clinical Global Impressions**“ (**CGI**) wurde den Patienten beider Gruppen zu beiden Zeitpunkten von den Therapeuten eine deutliche Erkrankung („4“ = deutlich krank) attestiert, mit Tendenzen zu einer stärkeren Erkrankung („5“ = ziemlich krank). Patienten der *Kontrollgruppe* erreichten zu T1 einen CGI-Wert von $M=4,65$ ($SD=1,07$), zu T2 betrug dieser $M=4,29$ ($SD=1,10$) ($p=0,01$). Für die Patienten der *Interventionsgruppe* stellten sich die Werte zu T1 mit $M=4,74$ ($SD=1,36$) und zu T2 mit $M=4,30$ ($SD=1,35$) ($p=0,01$) dar. Im Verlauf zeigten sich hier also auch hier signifikante Unterschiede. Der Gruppenvergleich zu T1 ($p=0,69$) sowie zu T2 ($p=0,99$) zeigte erneut keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

3.3 Intervention

Das „Working Alliance Inventory“ und das „Questionnaire on Therapeutic Alliance“ wurden zu den Zeitpunkten T1 und T2 nur in der Interventionsgruppe ausgegeben. Es existieren eine Patienten- sowie eine Therapeutenversion. An dieser Stelle soll allerdings nur ein Überblick über die Mittelwerte der Patienten gegeben werden, da von diesen auch die Bewertung der Zufriedenheit erfolgte.

3.3.1 “Working Alliance Inventory” (WAI) und “Questionnaire on Therapeutic Alliance” (QTA)

Im „Working Alliance Inventory“ (WAI) wurden von den Patienten generell hohe Werte erreicht. Zu T1 war dies ein WAI-Wert von $M=65,43$ ($SD=11,87$), zu T2 wurde ein Wert von $M=66,25$ ($SD=12,55$) erreicht. Was auffällt ist eine Erhöhung des Mittelwerts zu Zeitpunkt 2. Allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant ($p=0,45$).

Im „Questionnaire on Therapeutic Alliance“ (QTA) erreichten die Patienten zu T1 im Mittel einen Wert von $M=3,22$ ($SD=3,00$), zu T2 $M=3,24$ ($SD=3,38$) ($p=0,95$). Hier blieb die wahrgenommene Allianz im Verlauf weitgehend stabil.

3.4 Effekte der Intervention auf wahrgenommenen Einbezug und Patientenzufriedenheit

3.4.1 Einbezug in den Entscheidungsprozess

In der „Perceived Involvement in Care Scales“ (PICS) fanden sich für beide Subskalen (AIP = „Aktives Informationsverhalten des Patienten“ und PAA = „Patientenaktivierung durch die Ärzte“) hohe Werte in beiden Gruppen (vgl. Tabelle 6). Patienten der Kontrollgruppe erreichten beim AIP-Score dabei signifikant niedrigere Werte als die Patienten der Interventionsgruppe (Tabelle 6), was also einem höheren

wahrgenommenen aktiven Informationsverhalten in der Interventionsgruppe entspricht. Auch in Bezug auf den PAA-Score zeigten die Patienten der Interventionsgruppe höhere Werte als die Patienten der Kontrollgruppe wobei keine statistische Signifikanz erreicht wurde (Tabelle 6).

Tabelle 6 Unterschiede in Bezug auf AIP und PAA zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

	Patientengruppe	M	SD	p
AIP	Kontrollgruppe	2,73	0,76	0,008
	Interventionsgruppe	3,13	0,65	
PAA	Kontrollgruppe	3,02	0,72	0,176
	Interventionsgruppe	3,21	0,67	

AIP = aktives Informationsverhalten des Patienten, PAA = Patientenaktivierung durch Ärzte, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

Bezüglich des „**Combined Outcome Measure for Risk Communication and Decision Making Effectiveness**“ (COMRADE) geben beide Gruppen, wie in Tabelle 7 ersichtlich, hohe Bewertungen ab. Dabei wurden von der Interventionsgruppe im Mittel höhere Werte als von der Kontrollgruppe erzielt, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant war.

Tabelle 7 Unterschiede in Bezug auf den COMRADE zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

	Patientengruppe	M	SD	p
COMRADE	Kontrollgruppe	72,75	19,73	0,587
	Interventionsgruppe	74,91	19,38	

COMRADE = Combined Outcome Measure For Risk Communication and Decision Making Effectiveness; M= Mittelwert, SD= Standardabweichung; Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

3.4.2 Patientenzufriedenheit

Im Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8) stellt sich die Zufriedenheit für die Patienten beider Gruppen sehr hoch dar (möglicher Gesamtscore: 8-32; Schmidt & Wittmann 2002). Ein signifikanter Unterschied der Zufriedenheit zwischen den Gruppen konnte nicht gefunden werden (Tabelle 8).

Tabelle 8 Unterschiede in Bezug auf den ZUF-8 zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

	Patientengruppe	M	SD	p
ZUF-8	Kontrollgruppe	25,65	4,65	0,879
	Interventionsgruppe	25,78	4,04	

ZUF-8 = Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Kontrollgruppe n= 51, Interventionsgruppe n= 47

3.5 Einfluss von Patientenvariablen auf die Zufriedenheit mit der Behandlung

Anhand multipler Regressionsmodelle wurde versucht, die abhängige Variable Zufriedenheit (hier abgebildet durch den ZUF-8 Gesamtscore) durch verschiedene unabhängige Variablen (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Alter, Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung) zu erklären. Patientencharakteristika wie Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Alter zeigten dabei keinen Zusammenhang mit der Zufriedenheit (Tabelle 9).

Tabelle 9 Einfluss von soziodemographischen Variablen auf die Patientenzufriedenheit

Modell	Standardisierter Koeffizient Beta	Signifikanz
Geschlecht	-0,01	0,951
Geschlecht	0,003	0,975
Staatsangehörigkeit	0,06	0,603
Geschlecht	0,03	0,818

Staatangehörigkeit	0,05	0,630
Alter	-0,14	0,208

Auch in Bezug auf die Psychopathologie (Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung) konnte kein Einfluss auf die Zufriedenheit gefunden werden (Tabelle 10). Nur im letzten dargestellten Modell fand sich eine Tendenz zur Signifikanz in Bezug auf die Schwere der Erkrankung zu T2 sowie für die subjektive Belastung zu T2.

Tabelle 10 Einfluss von Schwere der Erkrankung und subjektiver Belastung auf die Patientenzufriedenheit

Modell	Standardisierter Koeffizient Beta	Signifikanz
Schwere der Erkrankung zu T1 (CGI)	-0,07	0,575
Schwere der Erkrankung zu T1 (CGI)	-0,28	0,107
Schwere der Erkrankung zu T2 (CGI)	0,29	0,091
Schwere der Erkrankung zu T1 (CGI)	-0,25	0,153
Schwere der Erkrankung zu T2 (CGI)	0,27	0,117
Subjektive Belastung zu T1 (GSI)	-0,13	0,294
Schwere der Erkrankung zu T1 (CGI)	-0,25	0,152
Schwere der Erkrankung zu T2 (CGI)	0,32	0,064
Subjektive Belastung zu T1 (GSI)	0,05	0,751
Subjektive Belastung zu T2 (GSI)	-0,29	0,053

4. Diskussion

Die vorliegende Studie befasste sich damit, welchen Einfluss die Rückmeldung der therapeutischen Allianz auf die Patientenzufriedenheit bei Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 hat. Als weitere Aspekte wurde der Einfluss von anderen Variablen (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Alter, Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung) auf die Zufriedenheit beleuchtet sowie der Einfluss der Intervention auf den wahrgenommenen Einbezug in den Entscheidungsprozess. An dieser Stelle folgt zunächst die Diskussion der Methodik sowie im Anschluss daran die Diskussion der Ergebnisse, um dann einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen geben zu können.

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Bezüglich der Methodik dieser Studie gibt es einige Punkte, die hinterfragt werden müssen. So könnte die begrenzte Anzahl an untersuchten Patienten mit ($n= 51$ in der Kontrollgruppe und $n= 47$ in der Interventionsgruppe) ihre Aussagekraft einschränken. Insbesondere könnten mögliche Effekte der Intervention sich aufgrund dieses Umstandes nicht ausreichend abgebildet haben. Weiter muss auch die Intervention, die lediglich im Vorliegen zweier Messinstrumente bestand, kritisch hinterfragt werden.

Zwar konnten Svensson und Hansson (1999) in ihrer Studie mit an Schizophrenie erkrankten Patienten ($n= 26$) mit je nur einem Fragebogen über die therapeutische Allianz für Therapeut und Patient und einem Einsatz zu drei verschiedenen Zeitpunkten feststellen, dass die Einschätzung der therapeutischen Allianz von Seite der Therapeuten zu Beginn der Behandlung positiv mit einem günstigen Outcome zusammenhängt.

Und auch Fitzpatrick et al. (2005) konnten in ihrer Studie ($n= 48$) mit dem Einsatz von nur einem Messinstrument über die therapeutische Allianz für den Therapeuten und Patienten zu je drei Zeitpunkten feststellen, dass die therapeutische Allianz über die Zeit aus Therapeuten- und Patientensicht zunahm.

Dennoch muss in Betracht gezogen werden, dass die bloße Rückmeldung der therapeutischen Allianz in der vorliegenden Studie nicht ausreichend war, um einen Unterschied zwischen beiden Gruppen herzustellen. So könnte die Tatsache, dass die Patienten der Interventionsgruppe zwar die Fragen zur Allianz beantworteten, aber möglicherweise nicht durch jeden Therapeuten auf diese Rückmeldung eingegangen wurde, sogar den gegenteiligen Effekt gehabt haben.

In der Untersuchung wurden überwiegend Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Während dies die Erhebung stark vereinfachte, könnte es auch zu Einschränkungen der Datenqualität geführt haben. So bleibt in Bezug auf die einzelnen Fragen offen, ob sie von den Patienten richtig interpretiert wurden und somit auch richtig beantwortet werden konnten. Im Verlauf der Studie kamen vereinzelt Patienten auf die Untersucher zu und baten um Klärung der einen oder anderen Frage aufgrund von Verständnisproblemen. Allerdings wurde dies sicherlich nicht von allen Patienten so gehandhabt, da sie entweder keine Aufklärung wollten oder die Fragen möglicherweise falsch verstanden haben, ohne dass es ihnen bewusst war. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass die Patienten eine große Menge an Fragen beantworten mussten, was besonders für den zweiten Erhebungszeitpunkt zutraf. Hierbei stellt sich die Frage, ob es der Motivation zuträglich gewesen wäre, wenn man die Patienten bei der Beantwortung der Fragen unterstützt hätte und ob sich die Ergebnisse dadurch anders dargestellt hätten. Bei einigen Patienten hätte diese Herangehensweise sicherlich Zuspruch gefunden, andere hätten sich möglicherweise „unter Beobachtung“ gefühlt und die Fragen möglicherweise im Sinne der sozialen Erwünschtheit beantwortet.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Gegensatz zu Studien wie beispielsweise der von Fuertes et al. (2007), die einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Zufriedenheit bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen darstellen konnten und darüber hinaus ebenfalls darlegen konnten, dass die Bewertung der therapeutischen Allianz die Patientenzufriedenheit vorhersagen kann, konnte diese Annahme in der vorliegenden

Studie bei Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10, nicht bestätigt werden. In Bezug auf die Patientenzufriedenheit, die mit dem ZUF-8 gemessen wurde, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe. Allerdings unterschied sich die Studie von Fuertes et al. (2007) von der vorliegenden Studie dadurch, dass die befragten Patienten nur zu einem Zeitpunkt gebeten wurden Angaben über die therapeutische Allianz sowie ihre Zufriedenheit zu machen. Weiter wurde keine Kontrollgruppe einbezogen, sodass der Einfluss dieser Intervention nicht untersucht werden konnte. Wie oben bereits ausgeführt muss in Betracht gezogen werden, dass die Intervention in der vorliegenden Studie nicht ausreichend war, um eine höhere Zufriedenheit in der Interventionsgruppe zu erreichen. Ein Grund könnte dabei sein, dass bewusst keine weiterführenden Maßnahmen getroffen wurden, um sicher zu stellen, dass die Rückmeldungen durch die Behandler tatsächlich aufgegriffen wurden.

Eine Studie von Solomon et al. (1995) konnte zwischen Patientengruppen eines Zentrums für psychische Gesundheit, die einerseits einem "consumer team" andererseits einem "nonconsumer team" im Case Management-Bereich zugeteilt wurden, ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen der Stärke der Allianz und bestimmten Outcomes, wie z.B. der Zufriedenheit darstellen. Allerdings konnte die Hypothese, dass Patienten aus dem "consumer team" höhere Bewertungen der Allianz abgeben würden, nicht bestätigt werden. Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen in beiden Teams waren die Bewertungen der Allianz nicht signifikant verschieden. (Solomon et al. 1995)

Diese Studie gibt deshalb Anlass zu der Frage, ob sich in der vorliegenden Studie die wahrgenommene Allianz auch in der Kontrollgruppe, in der sie nicht gemessen wurde, ähnlich hoch wie in der Interventionsgruppe dargestellt hätte.

In Bezug auf die Ergebnisse des PICS – ein Maß für den den wahrgenommenen Einbezug des Patienten – zeigten sich generell hohe Werte in den Subskalen AIP und PAA auf. Dies entspricht Werten wie sie auch in der Studie von Scheibler et al. (2004) berichtet wurden. Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzudeuten, dass in der Einrichtung, in der die Datenerhebung stattfand, bereits ein hoher Grad an gegenseitigem Informationsaustausch erreicht war, der wie Charles et al. (1997) beschreiben, ein Charakteristikum des „Shared Decision-Making“ ist. Dabei zeigte sich

jedoch ein signifikanter Unterschied der Subskala AIP zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe, in der die Patienten der Interventionsgruppe ein stärker wahrgenommenes aktives Informationsverhalten als die Patienten der Kontrollgruppe angaben. Dies deutet darauf hin, dass die Intervention in der vorliegenden Studie zumindest zu einem subjektiv besseren Einbezug der Patienten beigetragen hat, auch wenn dies nicht ausreichend war, um eine höhere generelle Zufriedenheit mit der Behandlung zu erreichen.

Dass das Informationsbedürfnis bei Patienten generell hoch ist, wurde bereits in unterschiedlichen Studien dargelegt (u.a. McKeown et al. 2002; Hill & Laugharne 2006). Loh et al. (2007b) konnten dabei in einer Studie, in der eine „Shared Decision-Making“- Intervention eingesetzt und der PICS zu zwei Zeitpunkten ausgegeben wurde, zeigen, dass sich bei Patienten mit Depressionen in der Interventionsgruppe eine signifikant höhere wahrgenommene Patientenbeteiligung in Bezug auf die Subskala „Patientenaktivierung“, nicht jedoch „Informationsverhalten“ zeigte. Die Tatsache, dass in der Studie von Loh et al. (2007b) also anhand der anderen Subskala des PICS ein Effekt gefunden wurde, könnte dabei damit in Zusammenhang stehen, dass in dieser Studie Entscheidungshilfen an die Patienten ausgegeben wurden, also tatsächlich ein stärkerer Schwerpunkt im Bereich der Aktivierung des Patienten gesetzt wurde.

Eine Studie, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen „Shared Decision-Making“ und der therapeutischen Allianz untersuchte, ist die von Joosten et al. (2008). Hier wurde der Effekt einer „Shared Decision-Making“-Intervention bei Patienten mit einer bestehenden Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen auf die therapeutische Allianz im Vergleich zu einer Kontrollgruppe untersucht. Die Ergebnisse konnten nur einen Einfluss der Intervention auf die Bewertung der Allianz aus Therapeutensicht, nicht aus Patientensicht herstellen. Die wahrgenommene Allianz wurde dabei von Therapeuten der Interventionsgruppe signifikant höher bewertet. Ein weiteres Beispiel für die Zusammenhänge zwischen „Shared Decision-Making“ und Arzt-Patient-Beziehung, ist die von Bieber et al. (2006). Hier konnte gezeigt werden, dass die hier erfolgte „Shared Decision-Making“-Intervention aus Therapeuten- wie aus Patientensicht die Arzt-Patient-Beziehung verbessern konnte. Interessant an dieser

Studie ist dabei die Tatsache, dass das spezielle „Shared Decision-Making“-Kommunikationstraining für Ärzte einen expliziten Schwerpunkt darauf legte, eine gute Allianz mit dem Patienten aufzubauen.

An dieser Stelle könnte man sich fragen, welcher Art die jeweiligen Zusammenhänge sind. So könnte eine gute therapeutische Allianz die Voraussetzung dafür sein, Patienten beim „Shared Decision-Making“ optimal einzubeziehen oder eine bessere Vorbereitung auf das „Shared Decision-Making“ bereits zu einer Verbesserung der wahrgenommenen Allianz führen. An dieser Stelle besteht sicher noch weiterer Forschungsbedarf.

Wie die Werte in Bezug auf die Patientenzufriedenheit, waren auch die im COMRADE erreichten Werte, dessen Fragen bestimmte Aspekte des Entscheidungsfindungsprozesses abdecken (Edwards et al. 2003), zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Wie beim PICS konnten zwei Faktoren („Satisfaction with communication“ und „Confidence in decision“), die verschiedene Bereiche des „decision-making“ betreffen, von den Entwicklern des Fragebogens (Edwards et al. 2003) herausgearbeitet werden. Allerdings scheinen hier möglicherweise andere Bereiche des „decision-making“ stärker angesprochen zu werden als im PICS, so dass sich keine vergleichbaren Unterschiede abbildeten. Insgesamt fanden sich in beiden Gruppen hohe Werte anhand des COMRADE. Dies könnte wie oben in Bezug auf den PICS erwähnt für eine gute Kommunikationskultur in den Settings sprechen, in denen die Untersuchung statt fand. Alternativ muss die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass die Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit, die bei Fragen bezüglich Präferenzen stärker auftritt (Scheibler et al. 2004), beeinflusst waren. Auf eine weitere alternative Erklärung, nämlich einer generellen Tendenz zu hohen Zufriedenheitswerten im COMRADE wie in anderen vergleichbaren Bögen, wurde von Knapp et al. (2009) hingewiesen. Vor dem Hintergrund dieser Studie muss man sich auch fragen, ob der COMRADE als geeignetes Messinstrument im nicht-allgemeinmedizinischen Bereichen weiter verwendet werden sollte, da in der Untersuchung von Knapp et al. (2009) die Konstruktvalidität dieses Instrumentes, das für allgemeinmedizinische Settings entwickelt wurde, nicht gestützt werden konnte.

Im Hinblick auf bestimmte Variablen (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Alter, Schwere der Erkrankung, subjektive Belastung), deren Einfluss auf die Zufriedenheit untersucht wurde, konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Nur in einem Modell zeigte sich eine Tendenz zur Signifikanz für den Einfluss der Schwere der Erkrankung zu Zeitpunkt 2 ($p=0,064$) und für den Einfluss der subjektiven Belastung zu Zeitpunkt 2 ($p=0,053$) auf die Zufriedenheit. Die Ergebnisse zu den soziodemographischen Daten der aktuell durchgeführten Studie decken sich dabei mit der Annahme von Hall & Dornan (1990), die in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss kommen, dass soziodemographischen Charakteristika nur ein geringfügiger Vorhersagewert für die Zufriedenheit zugestanden werden kann. Obwohl in einigen Studien Zusammenhänge hergestellt werden konnten, zeigt sich eine hohe Variabilität bezüglich dieser Ergebnisse (Hall & Dornan 1990). Hier sollten weitere Untersuchungen folgen, da wie von Weiss (1988) dargelegt, ein möglicher Grund für diese Variabilität, im Gebrauch von unterschiedlichen Messinstrumenten zur Patientenzufriedenheit liegt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zum Einfluss der Schwere der Erkrankung auf die Zufriedenheit zu Zeitpunkt 2 zeigen eine ähnliche Tendenz auf, wie dies bereits von Linn et al. (1982) festgestellt werden konnte. Auch in dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Einschätzung der Schwere der Erkrankung aus Sicht des Therapeuten der beste Vorhersagewert für die Patientenzufriedenheit war. Umgekehrt konnten Young et al. (2000) in ihren Untersuchungen einen subjektiv besser eingeschätzten Gesundheitsstatus mit einer signifikant höheren Zufriedenheit in Zusammenhang bringen. Der Gesundheitszustand könnte also einen gewissen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Dennoch sollten die oben genannten Befunde durch weitere Studien abgesichert werden. Weiter sollte der Frage nachgegangen werden, inwiefern der Zeitpunkt der Beurteilung hier eine Rolle spielt.

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Studie untersuchte bei Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 (neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen) (a) die Auswirkungen einer Intervention, die eine Rückmeldung der vom Patienten empfundenen therapeutischen Allianz umfasste auf die Patientenzufriedenheit am Behandlungsende. Zudem wurde (b) untersucht, inwiefern der Intervention ein Einfluss auf den wahrgenommenen Einbezug in den Entscheidungsprozess zugeschrieben werden kann. Schließlich wurde (c) der Einfluss verschiedener weiterer Variablen, etwa soziodemographischer Charakteristika und Krankheitsschwere, auf die Patientenzufriedenheit untersucht. Insgesamt konnten n=98 Datensätze von Patienten ausgewertet werden, wobei sich n=51 in der Kontrollgruppe und n=47 in der Interventionsgruppe befanden. Die Ergebnisse zeigten dabei keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit bei Behandlungsende zwischen beiden Gruppen. Patienten der Interventionsgruppe waren demnach nicht signifikant zufriedener als Patienten der Kontrollgruppe (a). Im Untersuchungsfeld des wahrgenommenen Einbezugs in den Entscheidungsprozess konnte ein Unterschied zwischen beiden Gruppen nur anhand des Subscores AIP („aktives Informationsverhalten des Patienten“) des PICS dargelegt werden. Hier berichteten Patienten der Interventionsgruppe ein signifikant aktiveres Informationsverhalten als Patienten der Kontrollgruppe (b). Soziodemographische Variablen zeigten keinen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit, lediglich für die Schwere der Erkrankung zu Zeitpunkt 2 wie auch für die subjektive Belastung zu Zeitpunkt 2 fand sich eine Tendenz zu einem signifikanten Zusammenhang (c).

Im Rahmen zukünftiger Studien ist eine Weiterentwicklung im Bereich der Forschung zur Patientenzufriedenheit wünschenswert - besonders für den Bereich von Patienten mit einer F4-Diagnose nach ICD-10 (neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen), zu dem bislang kaum Untersuchungen vorliegen. Die oben genannten Studien, die einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Patientenzufriedenheit darstellen konnten, können hier erste Hinweise geben. Die in der vorliegenden Studie eingesetzte Intervention sollte dabei durch stärker wirksame Interventionen ersetzt werden, um nicht nur den subjektiven Einbezug, sondern auch die

Patientenzufriedenheit zu steigern. Dabei sollten auch Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Allianz und dem subjektiv wahrgenommenen Einbezug in den Entscheidungsprozess weiter untersucht werden. Darüber hinaus gilt es auch den Einfluss weiterer Variablen auf die Zufriedenheit zu beleuchten, wobei hier besonders darauf geachtet werden sollte, die Studien vergleichbarer zu gestalten. Die Untersuchungen sollten sich dabei nicht nur auf die soziodemographischen Daten beschränken, sondern auch ein besonderes Augenmerk auf dem vom Patienten wie vom Therapeuten eingeschätzten Gesundheitszustand sowie deren Einschätzung und Bedeutung zu verschiedenen Zeitpunkten, beinhalten.

5. Literaturverzeichnis

Adams JR, Drake RE, Wolford GL (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services*; 58 (9): 1219-1221.

Ahl AS, Acree JA, Gipson PS, McDowell RM, Miller L, McElvaine MD (1993). Standardization of nomenclature for animal health risk analysis. *Revue scientifique et technique de l'office international des epizooties*. 12 (4): 1045-1053.

Albrecht G, Hoogstraten J (1998). Satisfaction as a determinant of compliance. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 26 (2): 139-146.

Beisecker AE, Beisecker TD (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*; 28 (1): 19-28.

Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schneider A, Richter A, Wilke S, Hartmann M, Eich W (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia – A qualitative and quantitative 1 year follow-up of randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*; 63 (3): 357-366.

Blais MA, Jacobo MC, Smith SR (2010). Exploring therapeutic alliance in brief inpatient psychotherapy: A preliminary study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*; 17 (5): 386-394.

Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine*; 27 (11): 1139-1145.

Bordin ES (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 16 (3): 252-260.

Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*; 18 (4): 394-400.

Boydell J, Morgan C, Dutta R, Jones B, Alemseged F, Dazzan P, Morgan K, Doody G, Harrison G, Leff J, Jones P, Murray R, Fearon P (2010). Satisfaction with inpatient treatment for first-episode psychosis among different ethnic groups: A report from the UK AESOP study. *International Journal of Social Psychiatry*; 20: 1-8.

Burgoon M, Birk TS, Hall JR (1991). Compliance and satisfaction with physician-patient communication. An expectancy theory interpretation of gender differences. *Human Communication Research*; 18 (2): 177-208.

Cameron C (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*; 24 (2): 244-250.

Carr-Hill RA (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*; 14 (3): 236-249.

Charles C, Gafni A, Whelan T (1997). Shared decision-making in the medical encounter : What does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*; 44 (5): 681-692.

Colson DB, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk SH, Gabbard GO, Newsom GE, Coyne L (1988). Patient collaboration as a criterion for the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Psychology*; 5 (3): 259-268.

Connor-Greene PA (1993). The therapeutic context: Preconditions for change in psychotherapy. *Psychotherapy*; 30 (3): 375-382.

Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and and Clinical Psychology*; 65 (4): 588-598.

Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N (2007). Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expectations*; 10 (3): 248-258.

Degner LF, Sloan JA (1992). Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*; 45 (9): 941-950.

Derogatis L (1975). Brief Symptom Inventory (BSI). <<http://brown2.alliant.wikispaces.net/file/view/BSI+Article.pdf>> (14.02.2011 11:56).

Dubina MI, O'Neill JL, Feldmann SR (2009). Effect of patient satisfaction on outcomes of care. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*; 9 (5): 393-395.

Edwards A, Elwyn G, Hood K, Robling M, Atwell C, Holmes-Rovner M, Kinnersley P, Houston H, Russell I (2003). The development of COMRADE - a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision-making in consultations. *Patient Education and Counseling*; 50 (3): 311–322.

Elvins R, Green J (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*; 28 (7): 1167-1187.

Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA (1989). Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*; 4 (1): 23-30.

Faller H (2003). Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation*; 42 (3): 129-135.

Findik UY, Unsar S, Sut Necdet (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*; 12 (2): 162-169.

Fitzpatrick MR, Ikwabe S, Stalikas A (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*; 15(1-2): 69-79.

Ford S, Schofield T, Hope T (2003). Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expectations*; 6 (1): 72-80.

Francis V, Korsch BM, Morris MJ (1969). Gaps in doctor-patient communication – Patients' response to Medical Advice. *New England Journal of Medicine*; 280 (10): 535-540.

Franke, GH (2000). Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Fritzsche K. Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. In: Fritzsche K, Wirsching M (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer Verlag. Berlin. 2005. 56-57.

Frosch DL, Kaplan RM (1999). Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*; 17 (4): 285-294.

Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan LS (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*; 66 (1): 29-36.

Giupponi G, Hensel S, Müller P, Soelva M, Schweigkofler H, Steiner E, Pycha R, Möller-Leimkühler AM (2009). Behandlungszufriedenheit und Einflussfaktoren in der stationären Psychiatrie: ein deutsch/italienischer Vergleich. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*; 77 (6): 346-352.

Guy W (1976). Clinical Global Impressions. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev. Ed. Rockville, MD. 217-222.

Haggerty JL (2010). Are measures of patient satisfaction hopelessly flawed? *British Medical Journal*; 341: 790-791.

Hall JA, Dornan MC (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*; 30 (7): 811-818.

Hamann J, Loh A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M, Heesen C (2005a). Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. *Der Nervenarzt*; 77 (9): 1071-1078.

Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W (2005b). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*; 162 (12): 2382-2384.

Hansson L, Berglund M (1992). Stability of therapeutic alliance and its relationship to outcome in short-term inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Social Medicine*; 20 (1): 45-50.

Härter M, Simon D (2008). Shared decision-making in diverse health care systems – Translating research into practice. *Patient Education and Counseling*; 73 (3): 399-401.

Hentschel U (2005). Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*; 50 (5): 305-317.

Hersoug AG, Monsen JT, Havik OE, Høglend P (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 71 (1): 18-27.

Hill SA, Laugharne R (2006). Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*; 15 (1): 75-84.

Horvath AO, Greenberg LS (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*; 36 (2): 223-233.

Horvath AO, Symonds BD (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*; 38 (2): 139-149.

Horvath AO, Luborsky L (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 61 (4): 561-573.

Horvath AO (2001). The alliance. *Psychotherapy*; 38 (4): 365-372.

Horvath AO, Del Re AC, Flückinger C, Symonds D (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*; 48 (1): 9-16.

Hubbard G, Kidd L, Donaghy E (2008). Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*; 12 (4): 299-318.

Hudak PL, McKeever PD, Wright JG (2004). Understanding the meaning of satisfaction with treatment outcome. *Medical Care*; 42 (8): 718-725.

Huis in't Veld R, Kosterink SM, Barbe T, Lindegård A, Marecek T, Vollenbroek-Hutten M (2010). Relation between patient satisfaction, compliance and the clinical benefit of a teletreatment application for chronic pain. *Journal of Telemedicine and Telecare*; 16 (6): 322-328.

Jaipaul CK, Rosenthal GE (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*; 18 (1): 23-30.

Johansson H, Eklund M (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 17 (4): 339-346.

Joosten EAG, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ (2008). Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference and Adherence*; 2: 277-285.

Kane RL, Maciejewski M, Finch M ((1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*; 35 (7): 714-730.

Kasper J, Légaré F, Scheibler F, Geiger F (2010). Shared Decision-Making und Kommunikationstheorie: „Grounding the tango“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 104 (8-9): 636-641.

Keating NL, Guadagnoli E, Landrum MB, Borbas C, Weeks JC (2002). Treatment decision making in early-stage breast cancer: Should surgeons match patients' desired level of involvement? *Journal of Clinical Oncology*; 20 (6): 1473-1479.

Klinkenberg WD, Calsyn RJ, Morse GA (1998). The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*; 34 (6): 569-578.

Knapp C, Huang IC, Madden V, Vadaparampil S, Quinn G, Shenkman E (2009). An evaluation of two decision-making scales for children with life-limiting illnesses. *Palliative Medicine*; 23 (6): 518-525.

Kumar R, Korthuis PT, Saha S, Chander G, Sharp V, Cohn J, Moore R, Beach MC (2010). Decision-making role preferences among patients with HIV: Associations with patient and provider characteristics and communication behaviors. *Journal of General Internal Medicine*; 25 (6): 517-523.

Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG (1990). Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to attitudes about illness and medical care. *Journal of General Internal Medicine*; 5 (1): 29-33.

Liang W, Burnett CB, Rowland JH, Meropol NJ, Eggert L, Hwang YT, Silliman RA, Weeks JC, Mandelblatt JS (2002). Communication between physicians and older women with localized breast cancer: Implications for treatment and patient satisfaction. *Journal of Clinical Oncology*; 20 (4): 1008-1016.

Linder-Pelz S (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*; 16 (5): 577-582.

Linn MW, Linn BS, Stein SR (1982). Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Medical Care*; 20 (6): 606-614.

Litt IF, Cuskey WR (1984). Satisfaction with health care: A predictor of adolescents' appointment keeping. *Journal of Adolescent Health Care*; 5 (3): 196-200.

Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007a). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*; 104 (21): 1483-1488.

Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M (2007b). The effects of shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*; 67 (3): 324-332.

Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy – A counting signs vs. a global rating method. *The Journal of Nervous and Mental disease*; 171 (8): 480-491.

Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R (2010). Understanding satisfaction with family doctor care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 16 (4): 712-715.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 68 (3): 438-450.

Marziali E (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance. Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 172 (7): 417-423.

Mazur DJ, Hickam DH, Mazur MD, Mazur MD (2005). The role of the doctor's opinion in shared decision making: what does shared decision making really mean when considering invasive medical procedures? *Health Expectations*; 8 (2): 97-102.

McCabe R, Röder-Wanner UU, Hoffmann K, Priebe S (1999). Therapeutic relationship and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*; 45 (4): 276-283.

McKeown RE, Reininger BM, Martin M, Hoppmann RA (2002). Shared Decision Making: Views of first-year residents and clinic patients. *Academic Medicine*; 77 (5): 438-445.

Mead N, Bower P (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*; 51 (7): 1087-1110.

Modestin J, Hanselmann F, Rüesch P, Grünwald H, Meyer P (2003). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*; 154: 127-138.

Murray BP, Wiese HJ (1975). Satisfaction with care and the utilization of dental services at a neighborhood health center. *Journal of Public Health Dentistry*; 35 (3): 170-176.

O'Neal E, Adams JR, McHugo GJ, Van Citters AD, Drake RE, Bartels SJ (2008). Preferences of older and younger adults with serious mental illness for involvement in decision-making in medical and psychiatric settings. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 16 (10): 826-833.

Pajonk FG, Schmitz FS, Karow A, Engel R (2007). Assessment of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenic patients – The questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA). Submitted for publication to: *The British Journal of Psychiatry*.

Patel SR, Bakken S, Ruland C (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current Opinion in Psychiatry*; 21 (6): 606-612.

Patel SR, Bakken S (2010). Preferences for participation in decision making among ethnically diverse patients with anxiety and depression. *Community Mental Health Journal*; 46 (5): 466-473.

Priebe S, McCabe R (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 113 (Suppl. 429): 69-72.

Protière C, Viens P, Genre D, Cowen D, Camerlo J, Gravis G, Alzieu C, Bertucci F, Resbeut M, Maraninchi D, Moatti JP (2000). Patient participation in medical decision-making: A French study in adjuvant radio-chemotherapy for early breast cancer. *Annals of Oncology*; 11 (1): 39-45.

Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch (2002). 259. Auflage. Walter de Gruyter Verlag: Berlin, New York.

Quill TE, Brody H (1996). Physician recomodations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of Internal Medicine*; 125 (9): 763-769.

Rentrop M, Böhm A, Kissling W (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung: Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*; 67 (10): 456-465.

Rothenbacher D, Lutz MP, Porzsolt F (1997). Treatment decisions in palliative cancer care: Patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *European Journal of Cancer*; 33 (8): 1184-1189.

Ruggeri M (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 29 (5): 212-227.

Schain WS (1980). Patients' rights in decision making: The case for personalism versus paternalism in health care. *Cancer*; 46 (4 Suppl): 1035-1041.

Scheibler F, Freise D, Pfaff H (2004). Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung – Validierung der deutschen PICS-Skalen. *Journal of Public Health* 12 (3): 199-209.

Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H (2005). Shared decision-making. *G+G Wissenschaft*; 1: 23-31.

Schmidt J, Wittmann WW. ZUF-8 Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler, E, Schumacher, J, Strauß, B (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Hogrefe-Verlag. 2002. 392-396.

Sharf J, Primavera LH, Diener MJ (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*; 47 (4): 637-645.

Simon D, Loh A, Härter M (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*; 47: 84-89.

Solomon P, Draine J, Delaney MA (1995). The working alliance and consumer case management. *The Journal of Mental Health Administration*; 22 (2): 126-134.

Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA, Tritchler DL, Till JE (1989). Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 82 (5): 260-263.

Svensson B, Hansson L (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 99 (4): 281-287.

Tichenor V, Hill CE (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*; 26 (2): 195-199.

Tracey TJ, Kokotovic AM (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1 (3): 207-210.

Tyron GS, Blackwell SC, Hammel EF (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*; 17 (6): 629-642.

Ware JE Jr., Davies-Avery A, Stewart AL (1977). The measuring and meaning of patient satisfaction: A review of the literature. In: *The Rand Paper Series*, December 1977; <http://www.rand.org/pubs/papers/2008/P6036.pdf> (12.01.2011 10:40).

Weiss GL (1988). Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care*; 26 (4): 383-392.

Wills CE, Holmes-Rovner M (2006). Integrating decision making and mental health interventions research: Research directions. *Clinical Psychology*; 13 (1): 9-25.

Young GJ, Meterko M, Desai KR (2000). Patient satisfaction with hospital care – Effects of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*; 38 (3): 325-334.

6. Anhang

Ausgabematerial an den Patienten:

Patienteninformation/ Schriftliche Einverständniserklärung

„Verbesserung der Patientenzufriedenheit“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bemühen uns sehr, die Qualität der Behandlung unserer Patienten zu erhöhen. Derzeit führen wir eine Studie durch, die die Zufriedenheit der Patienten in Ihrer Behandlung untersucht. Wir würden Sie gerne bitten, zu zwei Zeitpunkten im Behandlungsverlauf kurze Fragebögen auszufüllen. Sie beschäftigen sich mit Ihrem aktuellem Befinden und Ihrer Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Die Angaben zur Behandlungszufriedenheit werden Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt zurückgemeldet, so dass Sie dadurch die Möglichkeit haben, auf Ihre Behandlung Einfluss zu nehmen.

Wir werden Ihre Angaben vertraulich unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht auswerten.

Wir würden uns freuen, wenn Sie durch Ihre Teilnahme an der Studie dazu beitragen würden, die Behandlung hier im Hause weiter zu verbessern.

Für weitere Rückfragen steht Ihnen Ihre Stationsärztin/ Ihr Stationsarzt oder die Studienleiter zur Verfügung.

Prof. Dr. Dieter Naber Dr. Ingo Schäfer Dr. Christoph Goemann

Ich bin mit der Teilnahme an der Studie einverstanden, die obigen Ausführungen habe ich verstanden.

Datum..... Unterschrift der/s Patientin/en.....

Datum..... Unterschrift der/s Ärztin/Arzt.....

Soziodemographischer Fragebogen

(SVOR – modifiziert)

Stationäre Aufnahme:

Staatsangehörigkeit:

Aktuelle Beschäftigungssituation:

Geschlecht: männlich
 weiblich

Familienstand: ledig
 verheiratet
 in fester Partnerschaft
 geschieden/getrennt
 verwitwet

Anzahl der Kinder: keine
 Anzahl:.....

Schulbildung: ohne Abschluss
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium

Ausbildung: keine
 Lehre abgeschlossen
 Fach-/Meisterschule abgeschlossen
 Hochschule/Studium abgeschlossen

Wohnsituation: allein lebend
 mit Partner lebend
 mit Kind(ern) lebend
 sonstige:.....

BSI (Brief Symptom Inventory)

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 7 Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage bis heute unter...

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	0	1	2	3	4

01.	Nervosität oder innerem Zittern	0-1-2-3-4
02.	Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0-1-2-3-4
03.	der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0-1-2-3-4
04.	dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0-1-2-3-4
05.	Gedächtnisschwierigkeiten	0-1-2-3-4
06.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0-1-2-3-4
07.	Herz- und Bustschmerzen	0-1-2-3-4
08.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0-1-2-3-4
09.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0-1-2-3-4
10.	dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	0-1-2-3-4
11.	schlechtem Appetit	0-1-2-3-4
12.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0-1-2-3-4
13.	Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0-1-2-3-4
14.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0-1-2-3-4
15.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0-1-2-3-4
16.	Einsamkeitsgefühle	0-1-2-3-4
17.	Schwermut	0-1-2-3-4
18.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0-1-2-3-4
19.	Furchtsamkeit	0-1-2-3-4
20.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0-1-2-3-4
21.	Dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0-1-2-3-4
22.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0-1-2-3-4
23.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0-1-2-3-4
24.	dem Gefühl, daß andere sie beobachten oder über Sie reden	0-1-2-3-4
25.	Einschlafschwierigkeiten	0-1-2-3-4
26.	dem Zwang wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0-1-2-3-4
27.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0-1-2-3-4

Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen 7 Tage bis heute unter...

Kategorie	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Zahl	0	1	2	3	4

28.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0-1-2-3-4
29.	Schwierigkeiten beim Atmen	0-1-2-3-4
30.	Hitzewallungen oder Kälteschauer	0-1-2-3-4
31.	Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0-1-2-3-4
32.	Leere im Kopf	0-1-2-3-4
33.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0-1-2-3-4
34.	dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0-1-2-3-4
35.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0-1-2-3-4
36.	Konzentrationsschwierigkeiten	0-1-2-3-4
37.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0-1-2-3-4
38.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0-1-2-3-4
39.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0-1-2-3-4
40.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0-1-2-3-4
41.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0-1-2-3-4
42.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0-1-2-3-4
43.	Abneigung gegen Menschenmengen z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0-1-2-3-4
44.	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0-1-2-3-4
45.	Schreck- oder Panikanfällen	0-1-2-3-4
46.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0-1-2-3-4
47.	Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0-1-2-3-4
48.	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0-1-2-3-4
49.	so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht still sitzen können	0-1-2-3-4
50.	dem Gefühl, wertlos zu sein	0-1-2-3-4
51.	dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0-1-2-3-4
52.	Schuldgefühlen	0-1-2-3-4
53.	dem Gedanken, daß irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0-1-2-3-4

ZUF-8 (Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit)

ZUF-8

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet	gut	weniger gut	schlecht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht	eigentlich nicht	im allgemeinen ja	eindeutig ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. In welchem Maße hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
sie hat fast allen entsprochen	sie hat den meisten entsprochen	sie hat nur wenigen entsprochen	sie hat diesen nicht entsprochen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Würden Sie einem Freund/einer Freundin diese Klinik empfehlen, wenn sie/er ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden	leicht unzufrieden	weitgehend zufrieden	sehr zufrieden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hat die Behandlung die sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half ein ganze Menge	ja, sie half etwas	nein, sie half eigentlich nicht	nein, sie hat die Dinge erschwert
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden	weitestgehend zufrieden	leicht unzufrieden	ziemlich unzufrieden
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Würden Sie wieder in diese Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht	ich glaube nicht	ich glaube ja	eindeutig ja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PICS (Perceived Involvement in Care Scales)

1. Die Ärzte fragten mich, ob ich mit ihren Entscheidungen einverstanden bin.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
2. Die Ärzte gaben mir eine vollständige Erklärung meiner Krankheitssymptome beziehungsweise der Behandlung.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
3. Die Ärzte fragten mich, was ich für die Ursachen meiner Beschwerden halten würde.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
4. Die Ärzte ermutigten mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
5. Die Ärzte ermutigten mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
6. Ich bat die Ärzte, mir die Behandlung bzw. das weitere Vorgehen genauer zu erklären.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
7. Ich bat die Ärzte um eine Einschätzung meiner Krankheitssymptome.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
8. Ich erklärte meine Beschwerden sehr genau.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4
9. Ich fragte die Ärzte eine Menge über die Krankheitssymptome.	stimme überhaupt nicht zu 1	stimme eher nicht zu 2	stimme eher zu 3	stimme voll und ganz zu 4

COMRADE (Combined Outcome Measure for Risk Communication and Decision Making Effectiveness)

1. Der Arzt hat mich auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5
2. Im Gespräch mit dem Arzt konnte ich meine Meinung zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sagen.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5
3. Der Arzt gab mir Gelegenheit, dazu so viel Information zu erfragen, wie ich brauchte.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5
4. Der Arzt hat mich ausreichend über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5
5. Der Arzt hat mir diese Informationen ausreichend erläutert.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5
6. Die Informationen waren gut zu verstehen.	Stimme überhaupt nicht zu	1	2	3	4	Stimme voll und ganz zu	5

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
7. Ich kenne jetzt die Vorteile der Behandlung bzw. der Nicht- Behandlung.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
8. Ich kenne jetzt die Nachteile der Behandlung bzw. der Nicht- Behandlung.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
9. Der Arzt gab mir die Chance, zu entscheiden, welche Behandlung für mich die beste ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
10. Der Arzt gab mir im Gespräch die Möglichkeit, mich an der Entscheidung zu beteiligen.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
11. Insgesamt bin ich zufrieden mit der Information, die ich erhalten habe.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
12. Mein Arzt und ich stimmen darin überein, welche Behandlung (oder Nicht-Behandlung) für mich die beste ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
13. Ich kann ohne weiteres meine Erkrankung auch noch einmal mit meinem Arzt besprechen.	1	2	3	4		5

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
14. Ich bin mit der Art und Weise zufrieden, wie im Gespräch mit meinem Arzt entschieden worden ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
15. Ich bin sicher, dass die getroffene Entscheidung für mich persönlich die richtige ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
16. Ich bin davon überzeugt, alle für die Entscheidung wesentlichen Auskünfte erhalten zu haben.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
17. Es ist klar, welche Entscheidung für mich die beste ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
18. Ich bin mir über die Behandlungsmöglichkeiten für mich im klaren.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
19. Ich finde, dass der Entscheidung genügend Aufklärung vorangegangen ist.	1	2	3	4		5
	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme voll und ganz zu
20. Die Entscheidung zeigt auf, was für mich am wichtigsten ist.	1	2	3	4		5

WAI-C (Working Alliance Inventory)

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Ihre Beziehung zu ihrer/m Ärztin/Arzt beschreiben könnten. Umranden Sie mit einem Kreis zu jeder Aussage eine Zahl, die Ihre Einschätzungen bezogen auf den stationären Aufenthalt wiedergibt.

WAI-C

1. Der Arzt und ich sind uns einig, welche Dinge in der Behandlung notwendig sind, um meine Situation zu verbessern.						
1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
2. Was ich in der Behandlung mache, eröffnet mir neue Wege mein Problem zu betrachten.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
3. Ich glaube, dieser Arzt mag mich.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
4. Der Arzt versteht nicht, was ich im Rahmen der Behandlung erreichen will.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
5. Ich vertraue auf die Fähigkeiten meines Arztes von diesem Hilfe zu erhalten.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
6. Der Arzt und ich arbeiten auf gemeinsam vereinbarte Ziele hin.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
7. Ich habe das Gefühl, dass der Arzt mich schätzt.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
8. Wir stimmen dahingehend überein, was für mich wichtig ist zu bearbeiten.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
9. Der Arzt und ich haben ein Vertrauensverhältnis aufgebaut.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
10. Der Arzt und ich sind verschiedener Auffassung, was meine tatsächlichen Probleme sind.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
11. Wir sind übereingekommen, welche Veränderungen gut für mich sein würden.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
12. Ich glaube, dass die Art und Weise, wie wir an meinen Problemen arbeiten, richtig ist.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer

QTA-P (Questionnaire on Therapeutic Alliance)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

	Sehr ausgeprägt	Mäßig ausgeprägt	Wenig ausgeprägt	Gar nicht ausgeprägt
1. Fühlen Sie sich gut informiert über die Behandlung mit ihrem Medikament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie verstanden warum Ihr Arzt Ihnen eine Therapie mit diesem Medikament vorgeschlagen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie das Gefühl, dass bei der Festlegung der Therapie Ihre Erwartungen an eine langfristige Behandlung berücksichtigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich gut behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Können Sie mit ihrem Arzt offen über Bedenken mit der Behandlung sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Empfinden Sie Ihre Beziehung zum Arzt als vertraulich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgabematerial an den Therapeuten:

CGI-Score*:

- * 1 – normal (nicht krank)
- 2 – Patient ist ein Grenzfall psychischer Erkrankung
- 3 – mittelschwere Erkrankung
- 4 – deutlich krank
- 5 – ziemlich krank
- 6 – schwere Erkrankung
- 7 – sehr schwere Erkrankung

WAI-T (Working Alliance Inventory)

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Ihre Beziehung zu ihrem Patienten beschreiben könnten. Umranden Sie mit einem Kreis zu jeder Aussage eine Zahl, die Ihre Einschätzung bezogen auf den stationären Aufenthalt des Patienten wiedergibt.

WAI-T

1. Der Patient und ich sind uns einig, welche Schritte erforderlich sind, um ihre/seine Situation zu verbessern.						
1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
2. Der Patient und ich sind mit dem Nutzen der derzeitigen Therapiemaßnahmen zufrieden.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
3. Ich glaube, dieser Patient mag mich.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
4. Ich bin unsicher, was wir im Rahmen der Behandlung erreichen wollen.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
5. Ich vertraue auf meine Fähigkeit, diesem Patienten helfen zu können.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
6. Wir arbeiten auf gemeinsam vereinbarte Ziele hin						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
7. Ich schätze diesen Patienten als Mensch.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
8. Wir stimmen dahingehend überein, was für den Patienten wichtig ist zu bearbeiten.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
9. Der Patient und ich haben ein Vertrauensverhältnis aufgebaut.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
10. Der Patient und ich sind verschiedener Auffassung, was seine tatsächlichen Probleme sind.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
11. Wir sind übereingekommen, welche Veränderungen gut für den Patienten sein würden.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
12. Der Patient glaubt, dass die Art und Weise, wie wir an seiner Behandlung arbeiten, richtig ist.						
1 nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer

QTA-MD (Questionnaire on Therapeutic Alliance)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

	Sehr ausgeprägt	Mäßig ausgeprägt	Wenig ausgeprägt	Gar nicht ausgeprägt
7. Der Patient steht der Behandlung hoffnungsvoll und vertrauensvoll gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bei der Aufklärung über die Medikation hat der Patient interessiert nachgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Patient hat eigene Erwartungen und Wünsche in das Ziel der Behandlung aktiv mit eingebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Der Patient fühlt sich wohl unter der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der Patient spricht offen mit Ihnen über Sorgen im Zusammenhang mit der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Der Patient vertraut Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei all den Personen bedanken, die mich in der Zeit, in der diese Dissertation entstanden ist unterstützt haben.

Insbesondere möchte ich mich bei Herrn Prof. Naber für die Bereitstellung des Themas und die Unterstützung während der gesamten Zeit bedanken. Großer Dank gilt auch Herrn Dr. Schäfer für die vielen hilfreichen Ratschläge, die er mir zu allen Zeiten, wo Hilfestellung nötig war, gegeben hat. Sehr dankbar bin auch für die statistische Hilfestellung von Herrn Prof. Andresen.

Großer Dank gilt auch meiner Familie und meinem Freund, die mich in guten Zeiten unterstützt und auch in schlechten Zeiten immer angespornt haben.

Die Studie, aus der hier ein spezifischer Teil berichtet wird, war eine Gemeinschaftsarbeit. Großer Dank gilt daher auch Marlies Lippert sowie Bastian Radtke, mit denen zusammen die Grundsteine für diese Arbeit gelegt wurden.

8. Lebenslauf

entfällt aus Datenschutzgründen

9. Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: