Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber

Der ideale Arzt aus der Sicht psychiatrisch erkrankter Patienten

-

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Patientenprioritäten

Dissertation

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

Nils Commentz
aus Schleswig

Hamburg 2007

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 31.03.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

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

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. A. Trojan

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof Dr. B. Andresen

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1
1.1 Vorwort 1
1.2 Problemstellung 1
1.3 Literatursuche 2
1.4 Literaturüberblick 2
1.5 Theoretischer Teil 4
1.5.1 Definition der Arzt-Patienten-Beziehung und Rolle des Arztes 4
1.5.2 Forschungsfelder zu gewünschten Arztvariablen 6
1.5.2.1 Die therapeutische Allianz 6
1.5.2.2 Rollentheoretische Konzepte zur Patientenautonomie 13
1.5.2.3 Zu Befragungen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie 15
1.5.2.4 Gewünschte und erwartete Arztcharakteristika 17
1.5.3 Fragestellung 22
1.5.4 Ziel der Arbeit 22
2 Methoden 24
2.1 Erstellung der Testvorform zur Erfassung von erwünschten Arztcharakteristika 24
2.1.1 Ergebnisse der Vorstudie 24
2.1.2 Konstruktion der Testvorform 25
2.2 Clinical Global Impression Scale (CGI) 26
2.3 Vorgehen bei der Datenerhebung 26
2.4 Statistische Verfahren 27
2.5 Konstruktion des endgültigen Fragebogens 27
3 Ergebnisse 29
3.1 Stichprobenbeschreibung 29
3.2 Ergebnisse der Auswertung der einzelnen Items 30
3.2.1 Antwortverhalten zur Qualifikation und Motivation des Arztes 32
3.2.2 Antwortverhalten zu kulturellen Aspekten 34
3.2.3 Antwortverhalten zum Auftreten des Arztes 35
3.2.4 Antwortverhalten zu Alters- und Geschlechtscharakteristika 38
3.2.5 Antwortverhalten zu Persönlichkeitseigenschaften 39
3.2.6 Antwortverhalten zum Arzt-Patienten-Verhältnis 41
3.2.7 Antwortverhalten zu Aspekten des Therapiegespräches 45
3.2.8 Antwortverhalten zu Verhaltenscharakteristika 48
3.3 Itemselektion 52
3.3.1 Faktorenanalyse 53
3.3.2 Interkorrelation der Faktoren 56
3.3.3 Verteilung der Faktoren im Vergleich zur Normalverteilung 56
3.3.4 Korrelation der Faktoren mit den soziodemographischen Daten 59

3.3.5 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Faktoren und Itemeliminierung 61
3.3.6 Entwicklung der Endfassung des Fragebogens 64
4 Diskussion 66
4.1 Diskussion der gewählten Methodik 66
4.2 Diskussion der Ergebnisse der Testvorform 67
4.3 Diskussion der Ergebnisse der Faktorenanalyse und der Erstellung der endgültigen Fragebogenversion 71
4.4 Ausblick 72
5 Zusammenfassung 74
6 Literatur 75
7 Anhang 85
7.1 Testvorform des Fragebogens 85
7.2 Endgültiger Fragebogen 91
7.3 An die Behandler augehändigter Fragebogen 96
7.4 Clinical Global Impression Scale 97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rollenerwartung an den Arzt nach Parsons (1951) 4
Tabelle 2: Übergeordnete Kategorien (Fones et al., 1998)..... 18
Tabelle 3: gewünschte Arztcharakteristika (Cullen et al., 2003) 19
Tabelle 4: Zuordnung der Nennung von Charakteristika zu den Kategorien (Cullen et al., 2003) 19
Tabelle 5: Subskalen zu Arzteigenschaften (Schattner et al., 2004) 20
Tabelle 6: Am häufigsten gewählte Items (Schattner et al., 2004)..... 20
Tabelle 7: Am seltensten gewählte Items (Schattner et al., 2004)..... 20
Tabelle 8: Kategorien und Codes der Vorstudie..... 24
Tabelle 9: Interpretation der Korrelationskoeffizienten 27
Tabelle 10: Verteilung der Schulabschlüsse auf die Diagnosegruppen (in %)..... 29
Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Items, geordnet nach Mittelwertausprägung..... 30
Tabelle 12: Qualifikation und Motivation der Ärztin/des Arztes - Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 32
Tabelle 13: t-Test zu Präferenzen der Geschlechter bzgl. des Rufs des Arztes 33
Tabelle 14: t-Test zu Präferenzen der Geschlechter bzgl. Fortbildungsverhalten des Arztes 33
Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Alter und Fortbildungsverhalten (Produkt-Moment-Korrelation) 33
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen Alter und Kenntnisse über eigene Fachrichtung hinaus (Produkt-Moment-Korrelation)..... 34
Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Alter und Erfahrung (Produkt-Moment-Korrelation).. 34
Tabelle 18: Kultur – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 34
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und Kulturzugehörigkeit (Produkt-Moment-Korrelation) 35
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Zahl der Aufenthalte und Kulturzugehörigkeit (Produkt-Moment-Korrealtion)..... 35
Tabelle 21: Auftreten des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten..... 36
Tabelle 22: t-Test Geschlechtspräferenz bzgl. einem gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes 36
Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation)..... 37

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation) 37
Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Alter und Höflichkeit (Produkt-Moment-Korrelation). 37
Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Standesdünkel (Produkt-Moment-Korrelation) 38
Tabelle 27: Alter/Geschlecht des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 38
Tabelle 28: Zusammenhang zwischen Alter des Patienten und Alter des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation) 39
Tabelle 29: Eigenschaften des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 39
Tabelle 30: Zusammenhang zwischen Alter und Hilfsbereitschaft (Produkt-Moment-Korrelation) 40
Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Selbstsicherheit des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation) 41
Tabelle 32: Arzt-Patienten Verhältnis – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 41
Tabelle 33: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Medikationsaufklärung 43
Tabelle 34: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Aufklärung über Medikation (Produkt-Moment-Korrelation) 43
Tabelle 35: t-Test Geschlechtspräferenzen bzgl. Medikationsauswahl 43
Tabelle 36: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Therapieauswahl 44
Tabelle 37: Zusammenhang zwischen Alter und Therapieauswahl durch den Arzt (Produkt-Moment-Korrelation) 44
Tabelle 38: Zusammenhang zwischen Alter und Vorgabe von Zielen (Produkt-Moment-Korrelation) 44
Tabelle 39: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und klaren Zielvorgaben (Produkt-Moment-Korrelation) 45
Tabelle 40: Therapiegespräch – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 45
Tabelle 41: Zusammenhang zwischen Alter und sachlicher und kontrollierter Gesprächsführung (Produkt-Moment-Korrelation) 46
Tabelle 42: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und sachlicher und kontrollierter Gesprächsführung (Produkt-Moment-Korrelation) 46
Tabelle 43: Zusammenhang zwischen Alter und Ansprechen schwieriger Punkte (Produkt-Moment-Korrelation) 47

Tabelle 44: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Ansprechen schwieriger Punkte (Produkt-Moment-Korrelation) 47
Tabelle 45: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Ratschlaggebung (Produkt-Moment-Korrelation) 47
Tabelle 46: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und Ratschlaggebung (Produkt-Moment-Korrelation) 48
Tabelle 47: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und kritisiert werden (Produkt-Moment-Korrelation) 48
Tabelle 48: Verhalten des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten 49
Tabelle 49: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. der Geduld und Zeit des Arztes 50
Tabelle 50: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Distanzwahrung 51
Tabelle 51: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. uneingeschränkter Wertschätzung.. 51
Tabelle 52: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Gleichbehandlung der Patienten..... 51
Tabelle 53: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Gleichbehandlung der Patienten (Produkt-Moment Korrelation) 52
Tabelle 54: Zusammenhang zwischen Alter und Informiertheit über Krankengeschichte (Produkt-Moment-Korrelation) 52
Tabelle 55: Faktorenanalyse der Testvorform 53
Tabelle 56: Varianzaufklärung durch Fünf-Faktoren-Lösung 55
Tabelle 57: Interkorrelation der Faktoren, Korrelationskoeffizient nach Pearson 56
Tabelle 58: Alter und CGI, Korrelationen mit den Faktoren 60
Tabelle 59: Voraufenthalte und Erkrankungsdauer, Korrelationen mit den Faktoren nach Pearson 60
Tabelle 60: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Faktor 3: Autonomie..... 61
Tabelle 61: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Faktor 4: klassisch/ paternalistisch.. 61
Tabelle 62: Interne Konsistenz der Faktoren der Kurzskalen 62
Tabelle 63: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse 62
Tabelle 64: Neu erstellte Items für die Endfassung des Fragebogens..... 65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Scree-Plot 55
Abbildung 2: Verteilung Faktor 1 im Vergleich zur Normalverteilungskurve..... 57
Abbildung 3: Verteilung Faktor 2 im Vergleich zur Normalverteilungskurve..... 57
Abbildung 4: Verteilung Faktor 3 im Vergleich zur Normalverteilungskurve..... 58
Abbildung 5: Verteilung Faktor 4 im Vergleich zur Normalverteilungskurve..... 58
Abbildung 6: Verteilung Faktor 5 im Vergleich zur Normalverteilungskurve..... 59

1 Einleitung

1.1 Vorwort

Im Folgenden werden aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit nur Formen im „generischen Maskulinum“ verwandt. Es ist aber grundsätzlich ein geschlechtsneutraler Gebrauch beabsichtigt.
Des Weiteren werden die Begriffe Arzt, Therapeut und Behandler in dieser Abhandlung synonym verwendet. Auch die Begriffe therapeutische Beziehung, Arbeitsbündnis, therapeutische Arbeitsbeziehung, einfach Allianz oder Arzt-Patienten-Beziehung werden in Ermangelung einer einheitlichen Definition dieser Konstrukte synonym verwendet. Einzig der Begriff der therapeutischen Allianz wird vor allem im Zusammenhang mit dem ihm zugeschriebenen Forschungsfeld verwendet, auch wenn hier ebenfalls keine einheitliche Definition vorliegt.

1.2 Problemstellung

Die Forschung der letzten Jahre zeigt die Vorteile einer weitergehenden Patientenzentrierung und einer erweiterten Patientenautonomie in der ärztlichen Versorgung. Es scheint nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht sinnvoll, die Zufriedenheit des Patienten zu erhöhen. Viele Untersuchungen ergaben auch einen Benefit auf therapeutischer Ebene (u.a. Pfaff, Freise, Mager & Schrappe, 2001; Hoffmann, 2004). So ist eine Zunahme der Patientenzufriedenheit mit höherer Compliance und somit auch mit einem größeren Therapieerfolg korreliert (Langewitz, Keller & Denz, 1995).
Die auf diesem Gebiet durchgeführten Untersuchungen stellten jedoch nur selten die individuellen Wünsche und Erwartungen von Patienten an ihren behandelnden Arzt in den Vordergrund, sondern versuchten retrospektiv die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung im Zuge von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ermitteln (z.B. Langewitz et al., 1995; Pfaff et al., 2001; Nübling, Weber, Zierath & Langewitz, 2003) oder untersuchten eher global die an das Gesundheitssystem gestellten Wünsche und Erwartungen von Patienten (u.a. Laine et al.,1996; Wensing, Jung, Mainz, Olesen & Grol, 1998).
Die wenigen Arbeiten, die sich explizit mit erwünschten Arzteigenschaften befassen, sind dazu mehr auf die medizinische Grundversorgung ausgerichtet (u.a. Cullen, Bury & Leahy, 2003; Fones, Kua & Goh, 1998; Schattner, Rudin & Jellin, 2004; Wensing et al., 1998). So existieren bislang keine Messinstrumente, die sich mit den individuellen Vorstellungen von psychiatrischen Patienten in Bezug auf Arztcharakteristika und die spezifischen Probleme und Gegebenheiten des psychiatrischen Fachbereiches befassen. Doch gerade auf diesem Gebiet mit seinen zumeist langen Therapieverläufen, seiner besonders sensiblen therapeutischen Allianz und der oftmals geringeren Einsichtsfähigkeit in die eigene Erkrankung scheint eine größere Kenntnis der Bedürfnisse, Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche, die zu mehr Patientenzufriedenheit und damit höherer Compliance führen kann, essentiell für den Therapieerfolg zu sein.

1.3 Literatursuche

Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe von Datenbanken und Monographien durchgeführt und durch Literaturverweise aus den relevanten Beiträgen vervollständigt. Außerdem wurden aktuelle Publikationen der dieses Forschungsgebiet berührenden Fachzeitschriften gesichtet.

1. Datenbanken
In die Suche einbezogen wurden die Datenbanken Medline (Silverpattern Medliner 1994 – 10.04), Psyndex Plus (1977 – 2004/9) und Psychlit (1983 – 2004). Zunächst wurde mit dem Suchterm: „good general practitioner or perfect general practitioner or good doctor or perfect doctor or good physician or perfect physician“ gesucht. Anschließend wurde die Suche mit den folgenden Stichworten eingegrenzt: „therapist variables or interpersonal variables or patient satisfaction or satisfaction or therapeutic setting or setting or therapeutic relationship or characteristics or patient perspective or features or qualities or properties”.

2. Lehrbücher
Es wurden Monographien aus dem Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung auf relevante Beiträge durchgesehen (Horvat & Greenberg, 1989, 1994; Rudolf, 1991; Heuser-Schreiber, 1982).

1.4 Literaturüberblick

Die Literatur zu den Erwartungen von Patienten an ihre Ärzte zeigt sich heterogen. In der Forschung wurden bislang den drei Forschungsfeldern „therapeutische Allianz“ (v.a. in der Psychotherapie), Patientenautonomie (rollentheoretische Ansätze) und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, die jeweils in Teilaspekten die hier untersuchten Patientenerwartungen mit aufgreifen, vergleichsweise viel Aufmerksamkeit zuteil. Im Folgenden soll daher zuerst auf diese Themenfelder im Besonderen eingegangen werden. Sich explizit mit den Erwartungen und Wünschen von Patienten an ihren Arzt befassende Untersuchungen sind hingegen selten, so dass sich hier nur wenige mit dem Ansatz der vorliegenden Untersuchung vergleichbare Studien finden ließen (Cullen et al., 2003; Fones et al., 1998; Schattner et al., 2004; Wensing et al., 1998). Diese unterscheiden sich jedoch in der gewählten Stichprobe und in der gewählten Methode teils deutlich von der hier vorliegenden Arbeit. Des Weiteren existieren Studien, die sich mit spezifischen Teilaspekten der Erwartungen von Patienten beschäftigen, wie z.B. dem Alter und Geschlecht des Arztes (Bourke, 2002) oder seinen Kommunikationseigenschaften (Cruz & Pincus, 2002; Deveugele, Derese, van den Brink-Muinen, Bensing & Maeseneer, 2002).

Das Forschungsgebiet, welches sich mit der therapeutischen Allianz befasst, ist breit gefächert und hat eine vergleichsweise lange Tradition, die bis zu den Anfängen des 20. Jahrhunderts zurückreicht. Über die Jahre entstanden verschiedene Konstrukte und Definitionen, welche Elemente an der Ent-

stehung der therapeutischen Allianz beteiligt sind und aus welchen Faktoren sie sich zusammensetzt. Hierbei hat in letzter Zeit mehr und mehr das Modell von Bordin (1979) an Bedeutung gewonnen und dient heutzutage als Grundlage vieler aktueller Untersuchungen. Dabei werden verschiedene, zum Teil sehr gut validierte Instrumente, wie das „Working Alliance Inventory“ (WAI, Horvath & Greenberg, 1986) oder die „California Psychotherapy Alliance Scales“ (CALPAS, Marmar et al., 1989) zur Messung der Stärke der therapeutischen Allianz eingesetzt und es existiert eine Vielzahl von Lehrbüchern und Beitragswerken zu diesem Thema. Alle Arbeiten haben gemein, dass sie sich der Qualität der therapeutischen Allianz zu einem spezifischen Therapiezeitpunkt widmen, um zu ermitteln, wie schnell sich die therapeutische Allianz formt und in welchem Maße sie sich über den Therapiezeitraum verändert. Dabei wird im Besonderen Augenmerk auf die, die Allianz beeinflussende Faktoren, und ihre Korrelation mit dem Behandlungserfolg gelegt, aber auch spezielle Einflussfaktoren werden von Seiten der Patienten und der Behandler beleuchtet.

Die Patientenautonomie, beziehungsweise die verschiedenen Rollenkonzepte, welche die Beziehung zwischen Arzt und Patient und ihrer gegenseitigen Interaktion beschreiben, sind anfangs vor allem im englischsprachigen Raum immer stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt (Hamann, Langer & Kissling, 2003b). Dabei hat sich besonders das Modell des "Shared-decision-making", das für eine stärkere Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen steht, als Möglichkeit zur Verbesserung der Compliance und der Patientenzufriedenheit erwiesen (Scheibler, Janssen & Pfaff, 2003). Es gibt jedoch bislang vergleichsweise wenig Literatur über die Untersuchung der verschiedenen Rollenmodelle in der Psychiatrie (Hamann, Langer & Kissling, 2003a).

Ein weiteres Forschungsgebiet, welchem gerade in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde, ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. So wird der Patient zum einen stärker denn je auch als Kunde gesehen, auf dessen Wünsche man vermehrt Rücksicht nimmt (Langewitz, Conen, Nübling & Weber, 2001), zum anderen zwingt der Kostendruck zu immer drastischeren Einschnitten in der gewohnten Patientenversorgung. Hier hat sich die Qualitätssicherung als probates Mittel erwiesen, um diese beiden Extreme so weit wie möglich in Einklang miteinander zu bringen. Im Vergleich zur vorliegenden Arbeit sind diese Studien jedoch zumeist retrospektiv (Nübling et al., 2003) und oftmals an eine spezifische Situation (z.B. das Aufnahmegespräch) gekoppelt, die der Patient bewerten soll. Dazu spiegeln sie die Erwartungen oder Wünsche von Patienten an den Arzt nur indirekt wieder. Zwar ist davon auszugehen, dass hohe Zufriedenheit oft mit der Erfüllung oder gar dem Übertreffen von Erwartungen einhergeht, jedoch lässt sich eine solche Feststellung nicht ohne weiteres pauschalisieren: zu individuell entsteht Zufriedenheit und zu viele äußere Einflussfaktoren wirken auf sie ein (Ware, Snyder, Wright & Davies 1983).

Diejenigen Arbeiten, die einen mit der hier vorliegenden Arbeit am ehesten vergleichbaren Ansatz haben, d.h., die sich explizit mit den Wünschen und Erwartungen befassen, die Patienten ihrem Arzt entgegenbringen, nahmen sich allesamt nicht psychiatrischer Patienten an, sondern es wurde ein unselektiertes Patientengut, Patienten anderer Fachbereiche oder Experten wie medizinisches Personal oder die Allgemeinbevölkerung befragt (Cullen et al., 2003; Fones et al., 1998; Schattner et al.,

2004, Wensing et al., 1998). Hinzu kommt - zumindest bei einer Studie - eine fragliche Übertragbarkeit auf westeuropäische Verhältnisse (Fones et al., 1998).

1.5 Theoretischer Teil

1.5.1 Definition der Arzt-Patienten-Beziehung und Rolle des Arztes

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat in nahezu allen medizinischen Fachgebieten eine herausragende Bedeutung. Sie stellt die Grundlage zur Behandlung jeder Krankheit dar und hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Zufriedenheit des Patienten und den Behandlungserfolg (u.a. Howgego, Yellowless, Owen, Meldrum & Dark, 2003; Meise, Günther & Gritsch, 1992). Dennoch existiert bislang kein Modell der Arzt-Patienten-Beziehung, welches alle hierbei bedeutenden Variablen integriert, sowie deren Beziehungen untereinander eindeutig definiert (Huppmann & Wilker, 1988).

Nach dem Klinischen Wörterbuch Pschyrembel (2001, 259. Auflage, S. 136) umfasst sie das „Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Allgemeinen, im Besonderen im Sinne einer therapeutischen Beziehung, die unter anderem durch die jeweilig angenommene Arzt- bzw. Krankenrolle geprägt ist. Die Arzt-Patienten-Beziehung kann hiernach asymmetrisch (traditionell/paternalistisch) oder symmetrisch (partnerschaftlich) gestaltet sein“. Asymmetrisch ist die Beziehung, wenn der Arzt, der alleine über das Fachwissen verfügt, dieses nur teilweise mit dem Patienten teilt und ihn zudem nicht in vollem Umfang in Entscheidungen mit einbezieht.

Huppmann und Wilker (1988) sehen dabei drei Hauptvariablen, welche die Interaktion von Arzt und Patient beeinflussen. Neben Personenvariablen (soziodemographischen Charakteristika, Erwartungen, Verhaltensstilen, „health beliefs“, Fachwissen, etc.), spielen Prozessvariablen (Konsultation, Symptome, Instrumentarium etc.) und Ergebnisvariablen (Compliance etc.) eine wichtige Rolle. Es wird deutlich, dass sowohl Arzt als auch Patient einen großen Einfluss auf die Arzt-Patient-Interaktion besitzen.

Ein Teil der oben erwähnten (Rollen-) Erwartungen, die ein Patient dem Arzt entgegenbringt, wurden schon 1951 von Parsons in fünf wesentlichen Kennzeichen der Arztrolle dargelegt (Tabelle 1 zitiert nach Strauß, Berger, Troschke & Brähler, 2002).

Tabelle 1: Rollenerwartung an den Arzt nach Parsons (1951)

1.) Emotionale Neutralität: Forderung, sachlich-rational zu handeln und die eigenen Emotionen zu kontrollieren
2.) Kollektivitätsorientierung: Uneigennützig zu handeln, d.h. die Abhängigkeit von Patienten nicht auszunutzen
3.) Universalismus: Uneingeschränkt zur Hilfeleistung bereit zu sein
4.) Vorgegebenheitsorientierung: Verpflichtung des Arztes zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit
5.) Funktionale Spezifität: Ausschließliche Anwendung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkompetenz

Goeppert (1985) beschreibt neben dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zudem ein Dienstleistungsverhältnis. Je nach Situation kann eine dieser Komponenten vorherrschen (z.B. bei primär bewusstlosen Patienten das Dienstleitungsverhältnis bzw. bei vielen psychiatrischen Patienten das Vertrauensverhältnis) oder beide Komponenten spielen eine ähnlich große Rolle (z.B. bei einer allgemeinärztlichen Konsultation).

In Anlehnung an Goeppert werden drei Grundformen der Arzt-Patienten-Beziehung bei Huppmann und Wilker (1988) dargestellt. Die Erste ist gekennzeichnet durch aktives Handeln auf Seiten des Arztes und passive Hilflosigkeit des Patienten („activity-passivity“). Diese Form findet man beispielsweise bei bewusstlosen Patienten. Eine weitere Grundform beschreibt den Arzt als führend und kontrollierend, der Patient dagegen wirkt an der Beziehung mit und zeigt „Gehorsam“ gegenüber der Führung durch den Arzt („guidance-cooperation“). Typischerweise ist dies die im Verhältnis zu akut erkrankten Patienten vorherrschende Beziehungsart. Als dritte Form beschreiben Huppmann und Wilker (1988) schließlich das therapeutische Arbeitsbündnis („mutual participation“), welches sich vor allem bei der Behandlung chronischer Leiden (z.B. Diabetes mellitus) oder auch oftmals im psychotherapeutisch/psychiatrischen Bereich finden lässt. Der Patient prüft und erprobt hierbei selbstständig Handlungsalternativen.

Meise et al. (1992) weisen außerdem auf die große Bedeutung der Kommunikation im Arzt-Patienten-Kontakt hin. Sie verweisen darauf, dass hier schon zeitlich oftmals große Defizite bestehen. Zusätzlich schreiben sie dem Krankheitskonzept des Patienten großen Einfluss zu.

Im Zusammenhang mit einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung wird häufig statt von Arzt-Patienten-Beziehung von einer therapeutischen Allianz oder therapeutischen Arbeitsbeziehung (Rudolf & Manz, 1993) gesprochen. Neben der schon erwähnten Betonung des Vertrauensverhältnisses weist die Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient noch einige Besonderheiten auf. So spielen hier neben der affektiven bzw. emotionalen Verbindung, dem kooperativen Arbeitsbündnis und der intellektuellen Adäquatheit der Interventionen (Margraf, 2000) vor allem auch die Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten eine herausragende Rolle.
Zudem stellte Shapiro (1999) die Hypothese auf, dass nicht die Interventionsform entscheidend für das Behandlungsergebnis ist, sondern dieses vielmehr durch die Qualität der therapeutischen Allianz beeinflusst wird. Tatsächlich konnten viele Arbeiten einen, wenn auch nicht sehr starken, aber dafür stabilen Zusammenhang zwischen der Güte der therapeutischen Allianz und der Compliance und damit auch mit dem Behandlungserfolg nachweisen (u.a. Hentschel, 2005; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Rudolf & Manz, 1993).
Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass es selbstverständlich noch eine Vielzahl anderer theoretischer Modelle zur Erklärung der therapeutischen Beziehung in Psychiatrie und Psychotherapie existieren. So finden sich neben der Rollentheorie und der psychoanalytisch basierten Herangehensweise, auf welche später u.a. aufgrund der einfacheren Objektivierbarkeit genauer eingegangen wird, noch Modelle der Systemtheorie, der Sozialpsychologie, der kognitiven Verhaltenstherapie und des sozialen Konstruktionismus (McGuire, McCabe & Priebe, 2001).

1.5.2 Forschungsfelder zu gewünschten Arztvariablen

Aus der Durchsicht der Literatur zur Arzt-Patienten-Beziehung wird klar, dass es nur wenige Arbeiten gibt, die sich umfassend und ausschließlich mit von Patienten gewünschten Arztvariablen befassen. Vielmehr zeigen sich gleich mehrere Forschungsfelder, die dieses Thema zwar berühren, jeweils aber gänzlich andere Ursprünge und Hintergründe besitzen. Dazu gehören die Gebiete therapeutischen Allianz (in der Psychotherapie), Qualitätssicherung in Form von Patientenbefragungen und Rollenmodelle zur Patientenautonomie. Jeder dieser Ansätze enthält für die vorliegende Arbeit wichtige Grundlagen und eröffnet verschiedene Sichtweisen auf die Anforderungen, die Patienten, aber auch das Gesundheitswesen, heute an die Ärzteschaft stellen. Das Forschungsgebiet der therapeutischen Allianz beschäftigt sich unter anderem mit Arztvariablen, die einen positiven Beitrag zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer guten Allianz leisten. Die Patientenzufriedenheit hingegen beschreibt, inwieweit bestimmte Erwartungen von Patienten, beispielsweise auch bezüglich Arztcharakteristika, erfüllt worden sind (retrospektiv). Auch bei der Patientenautonomie spielen Eigenschaften des Arztes eine entscheidende Rolle, da dieser es ist, der dem Patienten Informationen über seine Erkrankung gibt und das Maß der Autonomie mitbestimmt.
Im weiteren Verlauf soll in erster Linie der jeweilige Forschungsstand im Bezug auf psychiatrische Patienten dargelegt werden.
Abschließend soll dann der aktuelle Forschungsstand zu (den wenigen) globalen Instrumenten, welche die Wünsche und Erwartungen von Patienten an ihren Arzt erfassen, dargelegt und einige spezifische Gesichtspunkte (z.B. Geschlechtspräferenzen der Patienten) näher beleuchtet werden.

1.5.2.1 Die therapeutische Allianz

In den heterogenen Forschungsfeldern, die sich im weitesten Sinne mit der Arzt-Patienten-Beziehung befassen, spielt die traditionsreiche, aus dem Gebiet der Psychotherapie stammende Forschung über die therapeutische Allianz (auch „Working Alliance“ oder „therapeutische [Arbeits-] Beziehung“ genannt) eine große Rolle.
Die therapeutische Allianz beschreibt die mehr oder weniger aktive oder passive Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die nicht nur auf den Therapieverlauf und die Compliance, sondern auch auf den Therapieerfolg entscheidenden Einfluss hat (Frank & Gunderson, 1990; Howgego et al., 2003).
Trotz der großen Anstrengungen, die auf diesem Gebiet in den letzten 100 Jahren unternommen wurden, ist es bislang noch nicht gelungen, eine von allen (psycho-) therapeutischen Fachrichtungen akzeptierte, allgemeingültige Definition der therapeutischen Allianz zu finden (Howgego et al., 2003), obwohl in der aktuellen Forschung das Konzept von Bordin (1979) weit reichende Akzeptanz gefunden hat, auf welches im weiteren Verlauf noch genauer eingegangen werden soll.

Der Begriff der therapeutischen Allianz bzw. des therapeutischen Verhältnisses hat seine Ursprünge in den ersten Jahrzehnten des letzten Jahrhunderts. Freud (1913) sah die Beziehung zwischen The-

rapeut und Patient als ein von Übertragung und Gegenübertragung geprägtes Konstrukt. Man findet bei ihm aber auch schon Andeutungen von einer relativ neurosefreien, rationalen Komponente in der therapeutischen Beziehung. Basierend auf diesen Vorstellungen entwickelten sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts mehrere, teilweise recht unterschiedliche Perspektiven, die hier, aufgrund ihres Umfanges und der heute teilweise nur noch eingeschränkten Relevanz, nur kurz und unvollständig Erwähnung finden können.

Hentschel (2005) setzte sich in einer Übersichtsarbeit mit einigen davon auseinander. So befasste sich beispielsweise Zetzel (1956) mit den Übertragungskonzepten und ihren unterschiedlichen Auffassungen. Greenson (1965) baute Freuds Konzept weiter aus, postulierte erstmals implizit die Unvermeidbarkeit von Allianzbrüchen und beschrieb die analytische Theorie als ein Oszillieren zwischen realitätskonformer Aufrechterhaltung des Kontaktes zum Therapeuten und der Risikobereitschaft zu Regression und Phantasievorstellungen. Zusätzlich wurde die Identifikation mit dem Therapeuten über die Therapiesituation hinaus als wichtiger Punkt hervorgehoben.

Ähnlich, aber Greensons Konstrukt noch ausbauend, ging Paolino (1981) auf die Komponenten der Allianz ein, betonte die Wichtigkeit eines Veränderungswunsches beim Patienten, schloss aber gleichzeitig andere Therapieformen als die Psychoanalyse aus seinen Betrachtungen aus.

Hingegen beschrieb Rogers (1951) die Faktoren Empathie, Kongruenz und uneingeschränkte positive Wertschätzung als notwendige Bedingungen für das Erreichen von therapeutisch herbeigeführten Veränderungen bzw. Therapieerfolgen (Howgego et al., 2003). Bei seiner patientenzentrierten Sichtweise wird der therapeutischen Allianz selbst somit ein großer Beitrag am Therapieerfolg zugewiesen.

Die verhaltenstherapeutische Sicht wiederum maß der Allianz nicht die entscheidende Rolle zu, wie sie von Gesprächstherapeuten wie Rogers vertreten wurde. Nach ihrem Verständnis erwuchs eine positive Allianz eher aus den Hilfestellungen, die der Therapeut dem Patienten gab, und den Zielen, die er mit ihm erreichte. Dennoch werden auch die sozialen Beziehungen zwischen Therapeut und Patient als wichtiger Einflussfaktor angesehen (Meyer & Chesser, 1971). Zudem bieten beispielsweise „Arbeitsverträge“ oder ähnliche Maßnahmen die Möglichkeit zur Objektivierung der therapeutischen Beziehung.

Einen Schwerpunkt auf die soziale Stellung des Patienten legte Strong (1968) mit seinem Konzept, in dem der Patient den Therapeuten als vertrauensvoll, erfahren und attraktiv ansieht und der Therapeut mit Hilfe dieser Attribuierung in der Lage ist, die Therapie positiv zu beeinflussen (Howgego et al., 2003).

Die heute jedoch einflussreichste und meistbeachtete Definition der therapeutischen Allianz lieferte 1979 Bordin (Bordin, 1979; Ackermann & Hisenroth, 2003). Er bediente sich eines interdisziplinären Ansatzes, in dem die Allianz aus den drei Kernkomponenten „Goal“ (Ziel), „Task“ (Arbeitsaufgabe) und „Bond“ (Bindung, „Wir-Gefühl“) besteht.

In seinem Konzept ist es der Patient, der aktiv nach Veränderungsmöglichkeiten seiner Lage sucht, die ihm der Therapeut als professioneller Helfer anbietet. Beide verständigen sich dabei auf die Therapieziele, die erreicht werden sollen (Goals), und die Verteilung der dazu notwendigen (Arbeits-) Aufgaben (Tasks). Neben diesen kognitiven Aspekten entwickelt sich zwischen dem Patienten und dem Therapeuten eine eher auf der affektiven Ebene stattfindende Beziehung (Bond), die zur Aufrechterhaltung des partnerschaftlichen Verhältnisses beiträgt.
Die weit reichende Akzeptanz dieser Definition der therapeutischen Allianz liegt sowohl in ihrer Anwendbarkeit auf verschiedene theoretische Orientierungen in der Psychotherapie als auch in der Betonung der partnerschaftlichen Komponente. Der Patient nimmt hier eine aktive und zum Teil auch autonome Stellung ein und muss für eine funktionierende Beziehung die Aufgaben und Ziele mittragen. Bordin und den auf seinem Modell Fuß fassenden Arbeiten ist es schlussendlich zu verdanken, dass der Begriff der therapeutischen Allianz auch empirisch fassbar wurde. (Hentschel, 2005)

Basierend auf Bordins Modell (1979) entstand unter Horvath (1981) und Horvath & Greenberg (1986; 1989) das Working Alliance Inventory (WAI), welches bis heute eines der am besten untersuchten und meistverwendeten Instrumente dieses Forschungsgebietes ist (Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001). Das Ziel seiner Entwicklung war es, nicht nur ein klinisches Werkzeug zu schaffen, sondern auch eine Vorhersage des Therapieerfolges zu ermöglichen und verschiedene Therapieformen untereinander vergleichbar zu machen. Das WAI existiert mittlerweile in einer langen Version mit je 12 Items für jede der drei Subskalen (Goals, Tasks, Bond) und einer kurzen Fassung mit je vier Items pro Subskala. Es kann (etwas abgewandelt) Therapeuten, Patienten und Beobachtern vorgelegt werden (Horvath & Greenberg, 1986). Jedes Item wird auf einer 7 Punkte Likert-Skala gemessen.
Neben einer hohen Reliabilität (Cronbachs α von .85 bis .93 [Neale & Rosenheck, 1995]) zeichnet sich das WAI durch eine hohe Konstruktvalidität aus. Diese wurde durch einen aufwendigen Entwicklungsprozess erreicht, in dem die Items mehrfach Expertengruppen zur Durchsicht und Zuordnung zu den Subskalen vorgelegt wurden (Horvath & Greenberg, 1986).

Daneben existiert eine Vielzahl anderer Instrumente wie die „Therapeutic Alliance Scale“ (Marziali, Marmar & Krupnick, 1981), die „Vanderbilt Scales“ (Hartley & Strupp, 1983), die Pennsylvania Scales (Luborsky, McLellan, Woody, O´Brien & Auerbach, 1985) oder die California Psychotherapy Alliance Scales (Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989).
Neben dem WAI haben letztere am meisten Bedeutung erlangt. Sie bestehen aus 24 Items, die sich den vier Subskalen „Arbeitskapazität des Patienten“, „Engagement des Patienten“, „Verständnis des Therapeuten“ und „Konsens über die Arbeitsstrategien“ zuordnen lassen. Auch hier wurde eine sehr hohe Reliabilität für den Gesamtscore der Skalen gefunden (Cronbachs α von .87 bis .97) (Tunis, Delucci, Schwartz, Banys & Sees, 1995).

Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Skalen scheint aber eingeschränkt zu sein (bei den meisten Korrelationsstudien nur 50-60% gemeinsame Varianz), so dass die Skalen als nicht äquivalent anzusehen sind und unterschiedliche Aspekte der Allianz messen (Hentschel, 2005).

Einen wichtigen Beitrag zur Relevanz der Forschung auf diesem Feld stellt die positive Korrelation der Allianz mit dem Behandlungserfolg (Outcome) dar, wie sie von einer Mehrzahl der Studien gefunden wurde. Eine Metaanalyse (Horvath & Symonds, 1991), welche die Ergebnisse von 24 Studien verwendete, zeigte eine durchschnittliche Korrelation von r=.26. Die Autoren gehen jedoch aufgrund ihres sehr konservativen Ansatzes von Korrelationen bis zu r=.32 aus (Horvath & Greenberg, 1994). Obwohl die Korrelation damit nicht als sehr groß bezeichnet werden kann, ist sie jedoch, gemessen an anderen Faktoren, die das Behandlungsergebnis beeinflussen können, als vergleichsweise stabil anzusehen. Im deutschsprachigen Raum fanden Rudolf und Manz (1993) zwischen Arbeitsbeziehung und Behandlungsergebnis aus Sicht des Therapeuten die höchste Korrelation mit r=.64. Gewöhnlich ist die Korrelation zwischen Allianz und Therapieerfolg aus Sicht des Patienten höher (Hentschel, 2005). Es darf allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass auch eine nicht unerhebliche Zahl von Studien keinen Einfluss der therapeutischen Allianz auf die Compliance und das Outcome nachweisen konnte (z.B. Barber et al., 2001).
Es ist besonders interessant, dass Aussagen über den Therapieerfolg schon sehr früh, das heißt nach der dritten bis fünften Therapiesitzung, gemacht werden können (Horvath & Greenberg, 1994). Das lässt darauf schließen, dass die Grundlagen für die Formierung einer guten therapeutischen Allianz früh gelegt werden (Sexton, Hembre & Kvarme, 1996). Gelingt es in den ersten Stunden nicht, eine gemeinsame Basis zu finden, dem Patienten Hoffnung auf Änderung zu vermitteln und seine Sorgen zu mindern, so wird es zunehmend schwerer, eine gute Allianz in den späteren Stunden aufzubauen.

Bei der Frage nach Einflussfaktoren auf die therapeutische Allianz wurde in vielen Studien der Bedeutung von Patientenvariablen nachgegangen (Ackermann & Hilsenroth, 2003). Sie bringen bestimmte Bindungsverhaltensweisen, Charaktereigenschaften und Vorgeschichten in die therapeutische Beziehung mit ein, die Dispositionen für die Ausbildung einer tragfähigen therapeutischen Allianz bilden. Weniger Beachtung fand aber die Bedeutung der Anpassungsfähigkeit des Therapeuten an diese Gegebenheiten und seine Fähigkeit zur Berücksichtigung der Patienteneigenschaften beim therapeutischen Vorgehen (Ackermann & Hilsenroth, 2003). In Bezug auf das in dieser Arbeit behandelte Thema scheint es zwar nicht unabdingbar, dass die Eigenschaften des Therapeuten, die einen positiven Einfluss auf die Stärke der therapeutischen Allianz haben, im Umkehrschluss auch Variablen sind, die sich Patienten wünschen bzw. erwarten. Dennoch ist davon auszugehen, dass hier zumindest eine Schnittmenge existiert. Daher soll an dieser Stelle auf Therapeuteneigenschaften eingegangen werden, denen ein Einfluss auf die therapeutische Allianz nachgewiesen werden konnte.
So fanden Ackermann und Hilsenroth (2003) in einem Übersichtsartikel 25 Studien, die Einblicke in diesen Themenkomplex ermöglichen.
Folgende Befunde scheinen vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse:

- Es zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen einer guten therapeutischen Allianz (früh in der Therapie gemessen) und folgenden **Therapeutenvariablen**:
    - Vertrauenswürdigkeit (Horvath & Greenberg, 1989)
    - Bestätigung des Patienten in der Therapie (Najavits & Strupp, 1994)
    - Flexibilität (Kivlingham, Clemets, Blake, Arnez & Brady, 1993)

    - Interessensbekundung (Hersoug, Hogelend, Monsen & Harvik, 2001; Saunders, 1999)
    - Der Fähigkeit, aufmerksam zu wirken (Hersoug et al., 2001; Saunders, 1999)
    - Selbstvertrauen (Hersoug et al., 2001; Saunders, 1999)
    - Der Vermittlung von Zuversicht (Hersoug et al., 2001; Saunders, 1999)
    - Der Fähigkeit, emotionale Wärme auszustrahlen (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang & Cordell, 1991)
    - Erfahrenheit (Hersoug et al., 2001; Mallinckrodt & Nelson, 1991)
- Zusätzlich bezeichnete die Hälfte der Patienten in einer Studie von Bachelor (1995) die Kompetenz des Therapeuten und seinen Respekt dem Patienten gegenüber als charakteristisch für eine gute therapeutische Allianz.
- Weitere Attribute, die sich positiv auswirken, sind: Offenheit, Freundlichkeit und Ehrlichkeit (Ackermann & Hilsenroth, 2003).

- Auf Seite der **Techniken**, die dem Therapeuten helfen, die therapeutische Allianz aufzubauen und zu festigen, finden sich folgende Methoden:
    - Zeigen von Verständnis (Bachelor, 1991; Crits-Christoph et al., 1998)
    - Förderung einer größeren Therapiesitzungstiefe durch vermehrte Reflexion und Erleichterung der Äußerung von Affekten, vermehrtes Nachfragen, Ratschläge geben und Anerkennen von Fortschritten (Ackerman, Hilsenroth, Baity & Blagys, 2000; Price & Jones, 1998; Svenson & Hansson, 1999a; Sexton et al., 1996)
    - Verstärktes Explorieren des Patienten und Betonung der Teamarbeit (Bachelor, 1991)
    - Lebhaftes und aktives Verhalten (Mohl et al., 1991)
    - Aktiver verbaler Austausch (Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman & Roose, 1998)
    - Verständliche Kommunikation (Price & Jones, 1998)
- Daneben erwies sich empathisches Verhalten in Form von Bekräftigen (Najavits & Strupp, 1994), Helfen (Coady & Marziali, 1994), Freundlich sein (Bachelor, 1991) und Verständnis zeigen (Bachelor, 1995; Crits-Christoph, Barber & Kurcias, 1993; Najavits & Strupp, 1994; Price & Jones, 1998) als positiver Beitrag zur Allianzbildung.
- Zudem zeigten Joyce & Piper (1998) einen positiven Einfluss auf die Allianz, wenn sowohl Therapeut als auch Patient von der Therapie einen Nutzen erwarten.

Ackerman & Hilsenroth (2003) bezeichneten es darüber hinaus als sehr wichtig, dass der Patient von Anfang an dem Therapeuten und der Therapie positiv gegenübersteht, da somit die Ausbildung einer Arbeitsbeziehung erheblich erleichtert wird.

Eine weitere Übersicht über negative Einflussfaktoren für die Allianz lieferten Ackerman & Hilsenroth (2001). So weisen Rigidität, Kälte, Unsicherheit, Kritik, Distanz, Gespanntheit und geistige Abwesenheit einen negativen Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz auf (Hentschel, 2005).

Hersoug et al. (2001) fanden keinen Einfluss des Geschlechts des Therapeuten auf die Bildung einer therapeutischen Allianz, wohingegen die Ergebnisse von Werner-Wilson, Michaels, Gellhaus und Thiesen (2003) nahe legen, dass weibliche Therapeuten aufgrund ihrer Sozialisation einen anderen Kommunikationsstil haben, der die Herbeiführung einer Bindung zum Patienten begünstigt (Hentschel, 2005). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied im Kommunikationsstil wird nach Hall & Roter (2002) auch generell in der Arzt-Patienten-Beziehung zwischen männlichen und weiblichen Ärzten beobachtet.

Das Alter des Therapeuten als positiver oder negativer Einflussfaktor auf den Allianzaufbau, teilweise auch als Erfahrungsvariable operationalisiert, zeigt in den vorhandenen Untersuchungen unterschiedliche Ergebnisse (Hentschel, 2005). Hersoug et al. (2001) konnten beispielsweise keinen Einfluss auf die Allianz feststellen (vom Patienten beurteilt), beobachteten aber, dass erfahrene Therapeuten gerade früh in der Therapie eher zurückhaltender mit der Einschätzung der Stärke der Allianz waren.

Es ist möglich, dass Patienten, die einer ethnischen Minderheit angehören, Behandler derselben ethnischen Minderheit präferieren (Atkinson & Lowe, 1995), eine definitive Aussage ist zum derzeitigen Zeitpunkt aber noch nicht möglich (Karlsson, 2005).

Obwohl nicht direkt Gegenstand dieser Untersuchung, soll kurz erwähnt werden, dass selbstverständlich auch Patientenvariablen unabhängig von Therapeutencharakteristika oder Therapietechniken einen großen Faktor bei der Entstehung der therapeutischen Allianz darstellen (Ackermann & Hilsenroth, 2003). Sowohl soziodemographische Merkmale als auch klinische Unterschiede (wie Diagnosen und Schwere der Erkrankung) oder zum Beispiel individuelle Persönlichkeitseigenschaften haben einen mehr oder weniger großen Einfluss auf die Güte der Arzt-Patienten-Beziehung und somit auch auf den Behandlungserfolg. Dies legt den Schluss nahe, dass verschiedene Patientenpopulationen auch unterschiedliche Wünsche und Erwartungen ihrem Arzt entgegenbringen. Allerdings hat der Arzt als Interaktionspartner in der Allianz auch die Möglichkeit, wenn nicht gar Pflicht, auf diese Gegebenheiten zu reagieren und sie besonders zu berücksichtigen, um eine stabile Allianz zu ermöglichen (Hentschel, 2005).
McCabe und Priebe (2003) lieferten wichtige Ergebnisse für den Bereich der Psychiatrie, indem sie den Einfluss verschiedener psychiatrischer Diagnosegruppen (Alkoholabhängigkeit, depressive Störungen und Schizophrenie) sowohl bei ambulanten als auch stationären Patienten auf ihre Einschätzung der therapeutischen Allianz mit einem einfachen, aus drei Items bestehenden Instrument (gekürzte Version der „Helping Alliance Scales“) untersuchten. Die von den Patienten wahrgenommene Güte der therapeutischen Allianz unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen. Sie wurde am höchsten von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und am niedrigsten von an Schizophrenie erkrankten Patienten, die sich in stationärer Langzeittherapie befanden, eingeschätzt. Zudem ging in allen Gruppen - bis auf diejenige der stationär betreuten Schizophrenen - ein höherer, von einem Dritten ermittelter Wert in der Psychopathologie mit einer schwächeren Allianz einher. Ähnliches stellte sich auch bei den an Schizophrenie leidenden, stationär behandelten Patienten dar, wenn sie ihre Symptome selbst einschätzen sollten. Insgesamt zeigte die Studie aber, dass nur 3-28% der Varianz

der therapeutischen Beziehung durch die Psychopathologie erklärt werden kann, was McCabe und Priebe (2003) zu dem Schluss kommen ließ, dass soziodemographische und klinische Variablen den Hauptteil der Erklärung der Varianz ausmachen.
Zusätzlich zur Schwere und Art der Symptome spielen die Erwartungen an die Therapie und interpersonelle Strukturen eine Rolle bei der Bildung der Allianz (Constatino, Blasey & Agras, 2005). So zeigt die Übersichtsarbeit von Hentschel (2005), dass neben dem Ausmaß der psychopathologischen Symptome auch Stress (Saunders, 2001), erhöhte Aggressivität (Beaufort, McNeil & Binder, 1997), dominant-feindselige Haltung (Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994), distanziertes Verhalten (Santiago et al., 2001) und geringes Engagement (Hardy, Cahill, Shapiro, Barkham, Reese & Macaskill, 2001) einen negativen Einfluss auf die Bildung einer tragfähigen Allianz haben. Positive Eigenschaften hingegen gehen mit höheren Allianz-Scores einher (Dykemann & LaFleur, 1996). So sind nach Svensson und Hansson (1999) die Güte der sozialen Beziehungen, aber auch die Arbeitsfähigkeit der Patienten vor Therapiebeginn, Faktoren, die mit einem positiven Allianzaufbau assoziiert sind (hier allerdings nur bestätigt für die aus Sicht der Therapeuten eingeschätzte Allianz).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es eine sehr große Menge an Faktoren gibt, die Einfluss auf die therapeutische Allianz zu haben scheinen. Sowohl Patienten als auch Therapeuten bringen unterschiedlich zu gewichtende Eigenschaften ein. Zudem spielen auch vom Therapeut angewandte Techniken und nicht zuletzt das Setting eine große Rolle. Dies macht es umso wichtiger, die Erwartungen und Wünsche der Patienten näher zu untersuchen, um damit Ansatzpunkte aufzuzeigen, die eine Verbesserung der Ausgangslage zur Entwicklung einer positiven Allianz ermöglichen.

Abschließend muss nochmals auf die Probleme der Übertragbarkeit der aus der Psychotherapie entwickelten Modelle der therapeutischen Allianz auf die Psychiatrie und auf die bislang eher spärliche Studienlage zu diesem Thema hingewiesen werden (Howgego et al., 2003; McGuire et al., 2001). In der Psychiatrie kommt es häufiger vor, dass Patienten nicht aktiv eine Veränderung (die sie mit Hilfe einer Therapie erlangen könnten) suchen, sondern ohne Einsicht in ihre Erkrankung behandelt werden müssen. Oftmals ist es für sie nicht möglich, den Arzt - beziehungsweise Therapeuten – frei zu wählen. Daneben spielt die medikamentöse Therapie mit ihren Nebenwirkungen und dem daraus erwachsenden Complianceproblem, welches von psychopathologischen Charakteristika und niedrigeren Selbstkontrollmechanismen noch verstärkt wird (Meise et al., 1992), in der Psychiatrie eine große Rolle. Es ist zudem notwendig, andere Maßstäbe zur Bewertung des Therapieerfolges anzuwenden. Bei chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise der Schizophrenie, kann schon Stabilität oder die Vermeidung von Rückfällen ein erstrebenswertes Therapieziel sein (McGuire et al., 2001). Es ist somit anzunehmen, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Allianz bei psychiatrischen Patienten deutlich erschwert ist (Frank & Gunderson, 1990). Deshalb scheint es gerade hier von großer Bedeutung, die Prioritäten von psychiatrischen Patienten bezüglich Arztcharakteristika zu untersuchen, um Rückschlüsse für eine Verbesserung der therapeutischen Allianz in der Psychiatrie ziehen zu können.

1.5.2.2 Rollentheoretische Konzepte zur Patientenautonomie

Das Rollenverhalten von Arzt und Patient stellt ein weiteres wichtiges Feld der aktuellen Forschung um Patientenprioritäten dar. Dabei stehen die verschiedenen Möglichkeiten im Vordergrund, wie Arzt und Patient mit Informationen bezüglich Therapieoptionen, Therapiepräferenzen und Entscheidungen bezüglich der Therapie umgehen. Aktuell werden drei Konstrukte voneinander unterschieden, die hier in Grundzügen (nach Hamann et al., 2003a; Scheibler et al., 2003 und McGuire et al., 2001) kurz dargelegt werden sollen:

1. Die klassische Form stellt das **paternalistische Modell** dar. Hier wird von feststehenden, objektiven und allgemeingültigen Gesundheitszielen ausgegangen, die für Arzt und Patienten dieselben sind. Der Arzt übt die alleinige Informationshoheit aus und fällt für den Patienten nach bestem Gewissen die aus seiner Sicht richtigen Therapieentscheidungen. Dabei weiß der Arzt (nach Hamann et al., 2003a) allerdings häufig wenig über die individuellen Prioritäten des Patienten und es kann zu Fehleinschätzungen kommen.
2. Eine ausgeglichene Mittelstellung (symmetrische Beziehung) nimmt das **Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung** ein. Schon in den 70er Jahren hat sich der äquivalent verwendete Begriff des **"Shared-decision-making"** im englischsprachigen Raum etabliert (Scheibler et al., 2003) und ist in der letzten Zeit immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, wenn es um Fragen der Patientenzufriedenheit und der Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung geht. Die partizipative Entscheidungsfindung basiert darauf, dass Arzt und Patient alle Entscheidungen gemeinsam treffen. Vorraussetzung ist hierbei die professionelle und verständliche Aufarbeitung der Informationen bezüglich Therapieoptionen, Risiken und Prognosen und die Bereitwilligkeit beider Parteien, partnerschaftlich einen Konsens zu erarbeiten. Dabei kann auch ggf. auf so genannte Entscheidungshilfen (in Form von Videos, Computerprogrammen etc.) zurückgegriffen werden, die dem Patienten helfen sollen, sich vor wichtigen Entscheidungen umfassend über das spezifische Themengebiet und das Risiko-Nutzen-Verhältnis bestimmter Optionen zu informieren (Scheibler et al., 2003; Hamann et al., 2003a).
3. Das **„Informed-choice"-Modell** („informierte Wahl") stellt den höchsten Autonomiegrad des Patienten dar. Der Arzt ist hier kompetenter technischer Experte, der den Patienten umfassend informiert und ihm alle Möglichkeiten und Risiken aufzeigt. Die Entscheidungen selbst und die Verantwortung bezüglich der Entscheidung liegen aber ganz alleine beim Patienten.

Vor allem im englischsprachigen Raum wurden in den letzten Jahren viele Studien zu diesen rollentheoretischen Modellen durchgeführt. Dabei zeigte sich unter anderem, dass etwa die Hälfte der Patienten angibt, die Behandlungsentscheidungen mitbestimmen zu wollen (Kjellgren, Svensson, Ahlner & Saljo, 2000; Strull, Lo & Charles, 1984; Steinbach, 2004; Scheibler et al., 2003). Besonders jüngere (McKinstry, 2000; Hamann et al., 2003a; Klemperer, 2003), gebildetere (Thompson, Pitts & Schwankovsky, 1993) Menschen und Personen mit interner Kontrollüberzeugung (Docherty & Fiester, 1985) legen Wert auf größere Autonomie. Demgegenüber zeigten gerade ältere (Hamann, Cohen, Leucht,

Busch & Kissling, 2005; Langewitz, Nübling & Weber, 2006) und besonders Tumorpatienten einen deutlich geringeren Partizipationswunsch (Steinbach, 2004). McKinstry (2000) fand zudem keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und dem Partizipationswunsch.
Beachtet werden muss auch die von einigen Autoren betonte Unterscheidung zwischen Informations- und Partizipationspräferenz, zwischen denen kein statistischer Zusammenhang gefunden wurde (Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989). Dabei fällt das Informationsbedürfnis erwartungsgemäß deutlich höher aus, als der Wunsch, für die getroffenen Therapieentscheidungen selbst Verantwortung zu übernehmen (Scheibler, 2004).
Wenngleich etwa die Hälfte des Patientenkollektivs für aktive Mitentscheidung plädiert, wird aber tatsächlich ein weitaus geringerer Teil mit einbezogen (Scheibler et al., 2003). So kamen Braddock, Edwards, Hasenberg, Laidley und Levinson (1999) bei einer Analyse von über 1000 Arzt-Patienten Gesprächen (bei Allgemeinmedizinern, Internisten und Orthopäden) zu dem Schluss, dass weniger als 10% der Therapieentscheidungen unter eindeutiger Einbeziehung der Patienten zustande kamen.
Dabei haben viele Untersuchungen gezeigt, dass eine gesteigerte Beteiligung der Patienten zu größerer Zufriedenheit mit der Behandlung, zu höherem Vertrauen zu dem Behandler (Thom, 2001; Thom et al., 2002), zu höherer Motivation zur Behandlung (Pfaff et al., 2001; Scheibler et al., 2003) und zu besseren Therapieverläufen führt (McKinstry, 2000; McGuire et al., 2001). Sowohl Passivität von Seiten des Patienten (paternalistisches Modell) als auch von Seiten des Arztes („Informed-choice“-Modell) führen zu schlechteren Behandlungsergebnissen durch Non-Compliance und frühe Therapieabbrüche (McGuire et al., 2001).
Dennoch gibt es auch Kritiker, die Argumente gegen eine größere Patientenautonomie in Form des "Shared-decision-making" vorbringen. So wird bemängelt, dass rationale Entscheidungen für eine Therapie von egoistischen Motiven der Patienten zurückgedrängt werden und so weitere, ggf. unnötige Kosten entstehen könnten (Scheibler et al., 2003). Auch wird kritisiert, dass der Arzt nie wirklich unbefangen die Therapieoptionen mit dem Patienten zusammen beschließen könne, sondern immer von äußeren Zwängen (Gesundheitssystem, Kostendruck, Zeitdruck) beeinflusst wird (Scheibler et al., 2003). Zudem befürchtet man eine „Entzauberung“ des ärztlichen Handelns, wodurch ein Teil seiner „Heilkraft“ verloren gehen könnte (zitiert nach Pfaff et al., 2001).
Dennoch scheint unter den Patienten der Wunsch nach Mitbestimmung immer weiter zuzunehmen und für die Zukunft wird ein Trend in Richtung gemeinsamer Entscheidungsfindung prognostiziert (Scheibler et al., 2003; Doering et al., 2001). Dabei spielen neben dem Wandel im Selbstbild der Patienten auch der wachsende Einfluss von Nutzer- und Verbraucherorganisationen und der steigende Kostendruck im Gesundheitssystem eine Rolle (Hoffmann, 2004). So scheinen Patienten etwa Benachteiligungen durch rein wirtschaftlich getroffene Entscheidungen des Arztes zu fürchten (Strauß et al., 2004).

Bei psychiatrischen Patienten könnte eine stärkere Einbindung in die Entscheidungen ebenfalls Vorteile bringen. Denkbar wären auch hier eine höhere Compliance und ggf. ein Beitrag zur Entstigmatisierung, wenn psychisch Kranken wissenschaftlich eine Partizipationsfähigkeit nachgewiesen wird (Hamann et al., 2004). Bislang ist das Konzept des "Shared-decision-making" in der Psychiatrie aber wenig untersucht worden (Hamann et al., 2003a). Erste Befunde weisen jedoch beispielsweise darauf

hin, dass psychiatrische Patienten ein hohes Interesse an Informationen zu ihrer Krankheit haben und in etwas geringerem Maße auch an den medizinischen Entscheidungen beteiligt werden wollen (Loh et al., 2004; Klemperer, 2003; Hamann et al., 2005).
Zudem deuten auch hier einige Ergebnisse auf eine Erhöhung des Behandlungserfolges und Verbesserung der Patientenzufriedenheit hin (McGuire et al., 2001; Hamann et al., 2005). Es ist aber davon auszugehen, dass diese Frage je nach Hintergrund (z.B. Diagnose) des Patienten unterschiedlich beantwortet werden muss (McKinstry, 2000). So ist noch einiger Forschungsbedarf vorhanden, um zu klären, in welchem Umfang "Shared-decision-making" überhaupt in der Psychiatrie anwendbar ist. Beispielsweise ist die Frage nach dem Maß der Partizipationsfähigkeit in Bezug auf den Schweregrad der jeweiligen Erkrankung noch nicht ausreichend geklärt (Hamann et al., 2004).
Seit 2001 befasst sich in Deutschland das Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit einem Förderschwerpunkt („Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“) interdisziplinär mit diesem Themenkomplex.

1.5.2.3 Zu Befragungen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie

Neben den Forschungsbereichen der therapeutischen Allianz und des Shared-decision-makings, liefert auch die Befragung von Patienten zur Evaluation ihrer Zufriedenheit wichtige Aspekte für die Frage nach Wünschen und Erwartungen an ihren Arzt. Zwar ist die genaue Rolle von Patientenprioritäten noch nicht abschließend geklärt, es ist aber anzunehmen, dass sie relevanten Einfluss auf die Entstehung von Zufriedenheit (beziehungsweise Enttäuschung) mit dem Arzt und der Behandlung haben (Wensing et al., 1998).
Die Anwendung von so genannten „Patientenzufriedenheitsfragebögen“ (PZF) dient vor allem als Mittel der Qualitätssicherung, ist aber durch die Korrelation von Zufriedenheit mit Compliance und Therapiererfolg auch von besonderem klinischem Interesse (Langewitz et al., 1995; Gasquet et al., 2004). Besonders in den letzten Jahren ist eine große Menge an Publikationen und Instrumenten erschienen, die sich teilweise speziell mit psychiatrischen Patienten befassen (Gentes, 2002). Aber gerade diese Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen und Methoden verdeutlicht, dass diese Art der Patientenbefragung mit mehreren Problemen behaftet ist, die noch nicht hinreichend gelöst werden konnten.
Dazu gehören:

1. Eine fehlende, allgemein akzeptierte Definition der Patientenzufriedenheit (Ruggeri, 1994; Huppmann & Wilker, 1988). Sie wird als äußerst subjektives Konzept verstanden, dass durch unterschiedliche Hintergründe und Erwartungen von jedem Individuum anders bewertet wird (Ware et al., 1983). Die meisten Studien bedienen sich bisher vor allem des so genannten „discrepancy models“, welches davon ausgeht, dass der Grad der Erfüllung von Erwartungen in positiver Beziehung zu dem Maß der Zufriedenheit steht (Gasquet et al., 2004). Andere Modelle, die Erklärungsansätze für Zufriedenheit geben, werden selten berücksichtigt, was zumindest als weiteres grundlegendes Problem betrachtet werden kann. Außerdem spielen spezifische Faktoren wie Lebensqualität, sozialer Stand und Per-

sönlichkeitsmerkmale im Allgemeinen eine nicht zu vernachlässigende Rolle (Barker & Orrell, 1999), werden aber oftmals nicht ausreichend berücksichtigt.

2. Die fehlenden Daten zur Reliabilität und Validität der zahlreichen existierenden Instrumente zur Patientenzufriedenheit (Pfaff et al., 2001; Ruggeri, 1994).

3. Die mangelnde Übertragbarkeit auf andere Settings (Gasquet et al., 2004). Viele PZF sind sehr spezifisch auf die zu evaluierende Einrichtung oder einen bestimmten Zeitpunkt ausgerichtet, wodurch sie nicht ohne Modifikationen oder Einschränkungen in anderen Bereichen eingesetzt werden können (z.B. Probleme bei der Übertragung der Ergebnisse von den vorherrschenden im klinischen Umfeld durchgeführten Studien auf ambulante Settings [Hoffmann, 2004]).

Ein weiteres Problem, mit dem die Zufriedenheitsmessung im medizinischen Bereich zu kämpfen hat, sind die durchgängig sehr hohen berichteten Zufriedenheitsraten von durchschnittlich 75%, welche auf einen Mangel an Sensitivität der benutzten Instrumente hinweisen (Barker, 1999; Ruggeri, 1994; Hoffmann, 2004). Neben der sozialen Erwünschtheit (Gentes, 2002; Langewitz et al., 1995) könnte eine weitere Ursache sein, dass unzufriedene Patienten ihre Fragebögen seltener abgeben bzw. zurücksenden (Ruggeri, 1994). Zur Verringerung bzw. Vermeidung dieser Interferenzen müssen für den Patienten somit Vertraulichkeit und Anonymität ganz im Vordergrund stehen (Ruggeri, 1994; Langewitz et al., 1995; Pfaff et al., 2002).

Mehrere Untersuchungen in medizinischen Settings deuten auf ein multidimensionales Konzept der Zufriedenheit hin (Barker, 1999). Ware et al. (1983) sehen die Dimension Pflegequalität („quality of care“) an erster Stelle, gefolgt von Erreichbarkeit/Annehmlichkeit („accessibility/convenience“), finanziellen Belangen („finances“), der physischen Umgebung („physical environment“) und der Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung („availability“).

Rund 20 Jahre später werden von Nübling et al. (2003) erstens „Information und Aufklärung“, zweitens „Teilnahme und Mitbestimmung“ und drittens „Pflegequalität“ als am wichtigsten erlebte Dimensionen im stationären Rahmen postuliert. Neben den Problemen bei der Vergleichbarkeit dieser Studien (s.o.), spiegelt sich jedoch in den Befunden von Nübling et al. (2003) der schon weiter oben erwähnte, immer größere Wunsch nach Patientenautonomie wider.

Bei Nagel (2003) findet sich eine Rangfolge der meistgenannten Gründe für die Zufriedenheit von Patienten, die auf einer Studie zur Hausarztkonsultation beruht. An erster Stelle wird hier die Erfüllung ihrer Erwartungen genannt, gefolgt von „sich verstanden fühlen“ und „sich ernst genommen fühlen“. Gerade der erste Punkt verdeutlicht, welche Bedeutung der genauen Kenntnis der Erwartung von Patienten bezüglich ihres Arztes beigemessen werden muss. Besonders die Erwartungen bezüglich der Kommunikation standen in hohem Maße in Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit.

Somit spielen für Patienten als Kunden im Gesundheitssystem vor allem Aspekte, welche die Beziehung zu den behandelnden Ärzten betreffen, eine entscheidende Rolle, während Aspekte, die so genannte „Hotelleistungen“ mit einschließen, eher zweitrangig sind (Hoffmann, 2004).

Zudem zeigt sich, dass ältere Patienten durchgängig eine höhere Zufriedenheit aufweisen, was sich auch über einen langen Zeitraum (20 Jahre) als persistent erwiesen hat (Strauß et al., 2004).

In Bezug auf die vorliegende Arbeit muss jedoch nochmals auf die unterschiedlichen Ansätze hingewiesen werden. Bei der Qualitätssicherung wird Patientenzufriedenheit retrospektiv gemessen und bezieht sich meist auf einen ganz spezifischen Zeitpunkt bzw. eine ganz spezifische Zeitspanne (z.B. das Aufnahmegespräch). Nicht Erwartungen und Wünsche stehen im Vordergrund der Untersuchung, sondern meist nur das Maß deren Erfüllung. Somit bietet ein Patientenzufriedenheitsfragebogen nur indirekt eine Möglichkeit zur Abbildung von Patientenpräferenzen. Ein tendenziell schlechteres Ergebnis (geringere Zufriedenheitswerte) kann somit auf nicht erfüllte Erwartungen hindeuten, ohne unbedingt einen direkten Hinweis zu erhalten, welche Erwartungen unerfüllt bleiben. Solche potentiellen Defizite ließen sich dann beispielsweise mit einem Fragebogen, wie dem hier entwickelten, näher untersuchen. So kann prospektiv - als weiterer Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung - gezeigt werden, auf welche Charakteristika Patienten besonderen Wert legen.

1.5.2.4 Gewünschte und erwartete Arztcharakteristika

Wie schon eingangs erwähnt befassen sich nur wenige Studien umfassend mit Patientenprioritäten bezüglich Arztcharakteristika. Diese Arbeiten, wie die hier vorliegende, fragen nicht retrospektiv den Patienten nach der Erfüllung seiner Erwartungen bzw. seiner Zufriedenheit, wie bei der Qualitätssicherung üblich oder nach der Einschätzung der letzten Therapiestunde (Erforschung der therapeutischen Allianz). Bei Befragungen zu seinen Prioritäten wird der Patient nach seinen Erwartungen und Wünschen bezüglich der Ärzte gefragt, ohne dass dies unbedingt an eine spezielle Situation gebunden ist oder schon Erfahrungen voraussetzt. Diese Erwartungen stehen in Zusammenhang mit der Entstehung von Zufriedenheit und die Untersuchungsbefunde werden somit Rückschlüsse für die Qualitätssicherung zulassen (Wensing et al., 1998). Das Patientenkollektiv der psychisch Erkrankten wurde dabei bislang noch nicht untersucht, sondern es wurden Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung, Patienten mit Erkrankungen anderer Fachrichtungen oder medizinisches Personal befragt.

Einen wichtigen Beitrag zu diesen globaler angelegten Studien lieferten Fones et al. (1998). Sie erarbeiteten mit Hilfe einer Literaturrecherche und drei Fokusgruppen (Allgemeinmediziner, Mitarbeiter der medizinischen Fakultät und „Nicht-Mediziner“) Eigenschaften, die einen guten Arzt ausmachen. Diese wurden dann je einer von fünf übergeordneten Kategorien zugeteilt, die das ganze Spektrum an möglichen Prioritäten abdecken sollten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übergeordnete Kategorien (Fones et al., 1998)

1.	Wissen, Fähigkeiten, Intelligenz, Denken und Entscheidungen fällen (“Cognitive”)
2.	Motivation und Antrieb („Conative“)
3.	Einfühlungsvermögen und Stabilität („Emotional“)
4.	Persönlichkeit, Teamfähigkeit und Kommunikationseigenschaften („Interpersonal“)
5.	Verantwortungsbewusstsein, Ehrlichkeit und überlegtes Handeln („Moral-Ethical“)

Aus diesen fünf Kategorien wurden die je fünf wichtigsten Eigenschaften ausgewählt und daraus Aussagen formuliert, die im endgültigen Fragebogen von den Befragten auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (1 = „useful“, 2 = „important“, 3 = „very important“, 4 = „absolutely essential“) bewertet werden sollten. Die Stichprobe bestand aus zwei Gruppen. Zum einen niedergelassene Ärzte (*n*=274, postalisch, 9.8% Rücklaufrate) und zum anderen Patienten, die direkt in Wartezimmern etc. angesprochen wurden (*n*=400, 92% Rücklaufrate). Dieses Vorgehen hatte zum Ziel, mögliche unterschiedliche Sichtweisen zwischen den beiden Gruppen zu identifizieren. Die Befragung wurde in Singapur durchgeführt.

Insgesamt wurden alle Items von beiden Gruppen mindestens mit „wichtig“ („important“) bewertet. Bei 52% (13 von 25) der Items fanden sich jedoch signifikante Gruppenunterschiede, wobei fast alle dieser Items in ihrer Wichtigkeit von den Patienten höher als von den Ärzten eingestuft wurden. Am größten waren die Unterschiede bei den folgenden Items: erstens „fortgebildet“, zweitens „teamworkfähig“, drittens „Dinge leicht verständlich erklären“ und viertens „intelligent sein“. Die einzige Eigenschaft, die von den Ärzten signifikant wichtiger bewertet wurde, war „eine ehrliche Person sein“.
In Bezug auf die Itemrangfolge (nach Mittelwert) waren von den fünf am höchsten bewerteten Items beider Gruppen vier identisch, so dass hier ein gewisses Maß an Übereinstimmung herrschte. Die Patienten legten aber am meisten Wert auf kognitive Eigenschaften, so waren hier „kenntnisreich“ an erster und „gut fortgebildet“ an zweiter Stelle. Die Ärzte hingegen stuften moralisch-ethische Eigenschaften wie „ehrlich“ (erster Rang) und „verantwortungsbewusst“ (dritter Rang) höher ein.
Auffällig war außerdem, dass es Unterschiede bei der Bewertung der Wichtigkeit der Kommunikationseigenschaften gab. Während sie für die Patienten von relativ großer Bedeutung waren, wurden sie von den Ärzten als deutlich weniger wichtig eingestuft. Unter den Patienten zeigten sich hier zusätzlich signifikante Geschlechtsunterschiede. Männer legten mehr Wert auf die Kategorien „Cognitive“ und „Conative“, wohingegen Frauen die Kategorie „Interpersonal“ als wichtiger bewerteten.

Trotz dieser Unterschiede sahen die Autoren im Ganzen aber eine generelle Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten, da alle Items zumindest als „wichtig“ für einen Arzt gesehen wurden.
Die Auswertung ergab zudem kaum Unterschiede in der Rangfolge der übergeordneten Kategorien (siehe Tabelle 2) bei Ärzten und Patienten. Beide bewerteten die kognitiven und moralisch-ethischen Eigenschaften als am wichtigsten. Eine Faktorenanalyse konnte die fünf a-priori postulierten übergeordneten Kategorien jedoch nicht bestätigen.
Besonderes Augenmerk ist auf die unterschiedliche Bewertung der Kommunikation zu legen. Die Autoren deuten die Ergebnisse als Indiz für das Streben der Patienten nach mehr Autonomie und Mitbestimmung, wohingegen viele Ärzte weiterhin an dem paternalistischen Modell festhalten.

Fraglich ist jedoch, ob sich diese Befunde ohne weiteres auf westeuropäische Verhältnisse übertragen lassen, da gerade Erwartungen und Wünsche vermutlich stark von kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst werden. Zusätzlich werden die Ergebnisse durch die geringe Rücklaufquote der an die Ärzte versendeten Fragebögen in ihrer Aussagekraft eingeschränkt und es bleibt unklar, wie stark sich dieser Selektionseffekt auswirkt.

Cullen et al. (2003) benutzten den von Fones et al. (1998) entwickelten Fragebogen für eine weitere Untersuchung, wählten aber einen anderen methodischen Ansatz. Sie führten mit *N*=599 Personen aus der Allgemeinbevölkerung (repräsentativ für die Bevölkerungsverteilung Irlands) kurze Interviews. Neben der Erhebung soziodemographischer Daten wurden die Probanden gebeten, drei Eigenschaften zu nennen, die sie von einem Arzt erwarten, der sie oder ein Familienmitglied behandelt. Von diesen *N*=599 Personen wurde eine Stichprobe von 20% ausgewählt, denen zusätzlich der oben genannte Fragebogen vorgelegt wurde.
Die Auswertung ergab erhebliche Unterschiede zwischen dem qualitativen und dem quantitativen Teil. Auf die offene Frage des Interviews nach gewünschten Arztcharakteristika wurden folgende Aussagen am häufigsten getroffen (Tabelle 3):

Tabelle 3: gewünschte Arztcharakteristika (Cullen et al., 2003)

1.	sollte freundlich sein	n=192
2.	sollte zuhören können	n=167
3.	sollte sachkundig sein	n=130
4.	sollte ruhig sein	n=113

Eingeordnet in die schon bei Fones et al. (1998) erwähnten Kategorien zeigte sich (Tabelle 4) folgende Häufigkeitsverteilung der verschiedenen genannten Charakteristika (in Klammern die Anzahl der den Kategorien zugeordneten Aussagen unter den 21 am häufigsten getroffenen Aussagen):

Tabelle 4: Zuordnung der Nennung von Charakteristika zu den Kategorien (Cullen et al., 2003)

1.	„Interpersonal“	31x	(8)
2.	„Cognitive“	13x	(4)
3.	„Conative“	12x	(3)
4.	„Emotional“	11x	(2)
5.	„Moral-ethical“	8x	(1)

Damit scheint die Präferenz der Stichprobenpopulation bei dem offenen Ansatz eindeutig bei interpersonellen Eigenschaften wie Kommunikation, Persönlichkeit etc. zu liegen.
Die Fragebogenauswertung hingegen zeigte, dass den Probanden die Domäne „Cognitive“ am wichtigsten war (analog zur Untersuchung von Fones et al., 1998). Die höchstbewerteten Aussagen waren erstens „sollte intelligent sein“, zweitens „sollte sachkundig sein“ und drittens „sollte sich gut fortbilden“.
Erstaunlich sind diese Unterschiede besonders vor dem Hintergrund, dass die Ergebnisse der Fragebogenstichprobe im qualitativen Teil signifikant mit denen der Gesamtstichprobe korrelierten. Die Au-

toren kamen zu dem Schluss, dass es mit ihrer Arbeit somit nicht abschließend zu klären ist, ob kognitive oder interpersonelle Fähigkeiten von den Patienten als am wichtigsten erachtet werden, da verschiedene methodische Ansätze zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

In einer neueren Untersuchung von Schattner et al. (2004) wurde mit Hilfe einer Literaturrecherche eine Liste von 21 verschiedenen Arztcharakteristika bzw. Verhaltensweisen erstellt. Diese wurden dann drei Subskalen zugeordnet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Subskalen zu Arzteigenschaften (Schattner et al., 2004)

1.	Patientenautonomie [Aut]
2.	Erfahrung/Professionalität [Prof]
3.	Humanismus [Hum]

Zur Erhöhung der Validität wurde diese Kategorisierung von einer Expertengruppe aus 13 Medizinern und in einer Folgestudie von 30 Patienten bestätigt.
Die Items wurden insgesamt 445 stationären Patienten vorgelegt, mit der Bitte, die vier wichtigsten (ohne Rangfolge) auszuwählen.
Tabelle 6 gibt die Ergebnisse mit der prozentualen Angabe der Nennung für die am häufigsten genannten Items wider.

Tabelle 6: Am häufigsten gewählte Items (Schattner et al., 2004)

1.	Erfahren [Prof]	von 50% angegeben
2.	Geduldig [Hum]	von 38% angegeben
3.	Den Patienten informieren [Aut]	von 36% angegeben
4.	Aufmerksam [Hum]	von 30% angegeben
5.	Interessen des Pat. vertreten [Aut]	von 29% angegeben
6.	Ehrlich [Aut]	von 28% angegeben

Kaum gewählt wurden hingegen die in Tabelle 7 aufgeführten Attribute:

Tabelle 7: Am seltensten gewählte Items (Schattner et al., 2004)

1.	Unterrichten	von 1% angegeben
2.	Freundlich	von 3% angegeben
3.	Untersuchen	von 4% angegeben
4.	Empathisch	von 4% angegeben

Dass die Hälfte der Probanden „Erfahrenheit“ als wichtiges Merkmal ihres Arztes wünschte, offenbart die Bedeutung der Professionalität des Arztes. Betrachtet man aber die Verteilung auf die einzelnen Kategorien, so zeigt sich, dass 68% der Befragten eine absolute Präferenz für eine der drei Kategorien haben. In dieser Kategorie fand sich die Mehrzahl (mindestens zwei) der gewählten Eigenschaften. Insgesamt wurde hierbei die „Patientenautonomie“ signifikant am häufigsten genannt und scheint in der untersuchten Population den höchsten Stellenwert zu genießen (bei 31% stammte die Mehrzahl

der Items aus dieser Kategorie), wohingegen Items der Kategorie „Humanität“ kaum gewählt wurden (27% wählten hieraus nicht ein einziges Item). Soziodemographische Daten und klinischer Hintergrund beeinflussten die Ergebnisse nicht signifikant. Interessant ist auch die Feststellung, dass nur ein Prozent der Befragten genau dieselben Items ausgewählt hat, was für die Heterogenität der Wünsche und Erwartungen spricht. Einschränkend muss allerdings angeführt werden, dass gerade Attribute wie „empathisch“ aufgrund der möglicherweise nicht für alle Studienteilnehmer bekannten Bedeutung besonders selten ausgewählt worden sein könnten.
Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Patienten heutzutage wesentlich größeren Wert auf die Mitbestimmung und Teilhabe an Entscheidungen legen und dass hier auch gerade die größten Defizite liegen. Auch untersteichen sie die Bedeutung von Merkmalen wie „geduldig“ (von 38% ausgewählt) und „aufmerksam“ (von 30% ausgewählt), deren Aufrechterhaltung heute in der ärztlichen Versorgung mit ihren hohen Durchsatzzahlen nur schwer zu gewährleisten sind.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Wensing et al. (1998). In Ihrem Literatur- und Studienüberblick zu Patientenprioritäten bezüglich der medizinischen Grundversorgung („primary health care“) stellten sie eine globale Rangfolge der Erwartungen zusammen. Diese ergaben sich rechnerisch aus insgesamt 19 Studien, die eine Rangfolge von Prioritäten bezüglich Arztcharakteristika enthielten, aber großteils auch „Umgebungsvariablen“ wie beispielsweise Wartezeit und finanzielle Aspekte mit einbezogen, und damit einen anderen Ansatz aufweisen als die hier vorliegende Arbeit.
An erster Stelle steht dabei „Menschlichkeit“ („humaneness“), gefolgt von „Kompetenz/Genauigkeit“ und „Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen“. Unter „humaneness“ werden dabei Attribute wie „ruhig“, aufmerksam“, „ehrlich“, „einfühlsam“ etc. zusammengefasst. Die Autoren folgern, dass sowohl technische („Kompetenz“) als auch interpersonelle Fähigkeiten in besonderem Maße von den Patienten erwartet werden. Und auch hier ist die Einbeziehung in Behandlungsentscheidungen als ein für die Patienten zentral wichtiges Thema anzusehen.
Allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass die Errechnung eines globalen Scores mit vielen methodischen Problemen behaftet ist, da sich die Studien sehr unterschiedlicher Stichproben und Ansätze bedienten. Zudem sind einige der eingeschlossenen Studien vor deutlich mehr als 20 Jahren durchgeführt worden, was die Übertragbarkeit auf heutige Verhältnisse, insbesondere im Hinblick auf den oft beobachteten Wandel hin zu dem Bedürfnis nach mehr Einbeziehung in Therapieentscheidungen, zumindest fraglich macht.

Weitere interessante Befunde liefert Bourke (2002) mit Hilfe eines einer repräsentativen Stichprobe postalisch vorgelegten Fragebogens zu Geschlechtspräferenzen, aber auch anderen Prioritäten bezüglich des Arztes. Die Untersuchung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern zeigte, dass 24% der Frauen und 19% der Männer einen Arzt desselben Geschlechts vorziehen. Bei den Frauen gab es dabei einen signifikanten Zusammenhang mit Alter und Bildung, das heißt, je jünger und gebildeter die Teilnehmerinnen waren, desto größer war ihre Präferenz für eine Ärztin. Des Weiteren waren die im Fragebogen zu bewertenden Arztcharakteristika alle, bis auf drei (Ort, Wartezeit und Kosten), von Frauen als wichtiger bewertet worden als von Männern. Auch Fennema, Meyer und Owen

(1990) fanden heraus, dass Frauen mit 43% eine größere Präferenz für eine Ärztin aufwiesen als Männer mit 31% für einen Arzt.

Die überschaubare Zahl von Studien, die sich mit Patientenprioritäten bezüglich Arztcharakteristika befasst, lässt eindeutige Rückschlüsse auf den Bedarf einer stärkeren Patientenzentrierung zu. Nicht nur aus klinischen (höhere Zufriedenheit → größerer Behandlungserfolg → besseres Gesundheitsverhalten; Wensing et al., 1998), sondern auch aus wirtschaftlichen Erfordernissen (wachsende Konkurrenz um den Patienten als Kunden), wird die Zukunft ein stärkeres Maß an Einbindung des Patienten bringen müssen. Es bleibt allerdings bislang unklar, welche speziellen Bedürfnisse psychiatrische Patienten haben, da diese Patientengruppe ganz spezifische Probleme in sich birgt, die von keiner der bisherigen Studien berücksichtigt worden sind. Zudem lassen sich die bisher entwickelten Fragebögen nicht einfach auf das psychiatrische Setting übertragen. Ihr Ansatz (z.B. mit dem Einsatz von Fokusgruppen zur Itemgenerierung bei Fones et al., 1998) berücksichtigt nicht die potentiell anderen Schwerpunkte und Prioritäten, die Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen haben. Zudem werden wichtige Teilbereiche, die besonders in der Psychiatrie von großer Bedeutung sind (beispielsweise bezüglich Medikation oder Therapieverlauf) nur teilweise oder gar nicht berücksichtigt.

1.5.3 Fragestellung

Bislang gibt es kaum Instrumente, die Patientenprioritäten erfassen. Besonders für die Psychiatrie liegen keine aussagekräftigen Daten vor. Dieses ist aber als wichtiger Baustein für eine Verbesserung der "Arzt-Patienten-Beziehung" und damit auch des Therapieerfolges, für eine Schaffung von Erklärungsmodellen von „Therapieversagern“, für eine Identifikation spezifischer Anforderungen verschiedener Patientenpopulationen und für eine fundierte Erhebung der Patientenzufriedenheit im Sinne des Qualitätsmanagements anzusehen. Daher scheint es nötig, ein neues Instrument zu entwickeln, welches die Erwartungen und Wünsche von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung direkt erfasst und damit wichtige Hinweise für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung und für zukünftige Projekte liefert.

1.5.4 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, einen Fragebogen zu entwickeln, der von psychiatrischen Patienten gewünschte und erwartete Arztcharakteristika möglichst vollständig erfasst und es dabei ermöglicht, Unterschiede zwischen verschiedenen Populationen zu untersuchen. Dies scheint nötig, da es zu dieser Fragestellung bislang keine Untersuchungen gibt und das Wissen um Patientenprioritäten in der Psychiatrie für eine bessere Betreuung in der Klinik und für nachfolgende Studien, zum Beispiel zur Qualitätssicherung, große Bedeutung haben kann. Dazu wurde eine erste Version des zu erstellenden Fragebogens (im Folgenden auch „Testvorform“ genannt) mit Hilfe der Ergebnisse einer Vorstudie und den Ergebnissen einer Literaturrecherche erarbeitet und zur Evaluation über 200 allgemeinpsychiatrischen Pati-

enten vorgelegt. Es folgt eine deskriptive Auswertung der Daten und eine Faktorenanalyse. Letztere dient der Konstruktion einer endgültigen Fragebogenversion, die deutlich kompakter als die Testvorform werden soll und mit deren Hilfe zudem die dem Fragebogen übergeordneten Konstrukte in Form von Subskalen aufzeigt werden sollen. Die Studie hat explorativen Charakter, da bislang kaum wissenschaftliche Daten existieren, die einen Vergleich mit den hier ermittelten Ergebnissen zulassen. Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht auf Unterschiede zwischen den Diagnosegruppe eingegangen, da dieser Themenkomplex von einer anderen Dissertation (bislang nicht eingereicht) auf Grundlage der hier gewonnen Daten behandelt wird.

2 Methoden

2.1 Erstellung der Testvorform zur Erfassung von erwünschten Arztcharakteristika

Inhalt der vorliegenden Arbeit ist die Erstellung eines Instrumentes zur Erfassung von erwünschten Arztcharakteristika bei psychisch erkrankten Patienten. Dafür wurde zum einen auf die Ergebnisse einer Vorstudie zurückgegriffen, zum anderen flossen die Funde aus der Literaturrecherche in die Konstruktion mit ein. Es wurde dabei besonderes Augenmerk auf die Erfassung möglichst aller relevanten Bereiche gelegt.

2.1.1 Ergebnisse der Vorstudie

In einer Vorstudie (Schandorf N, bislang nicht abgeschlossene Dissertation, Universität Hamburg, 2007), die sowohl qualitative als auch quantitative Teile umfasste, wurde mit Hilfe eines Leitfadeninterviews und eines kurzen selbstkonstruierten Fragebogens die Wünsche und Vorstellungen erhoben, die psychisch Erkrankte ihrem Arzt entgegenbringen. Die Stichprobe umfasste 60 stationäre Patienten der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aus verschiedenen Diagnosegruppen. Die Auswertung des qualitativen Teils erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), zur Auswertung des quantitativen Teils kamen Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung. Es zeigte sich, dass mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse sieben Kategorien gebildet werden konnten, in denen jeweils bis zu zehn Codes zusammengefasst waren (Tabelle 8).

Tabelle 8: Kategorien und Codes der Vorstudie

Arzt-Patienten-Beziehung	
• Therapiegespräch	• Einstellung zum Patienten
• Zusammenarbeit	• Führungsaspekte
• Für den Patienten negative Gesprächsaspekte	• Autonomie des Patienten

Persönlichkeitseigenschaften des Arztes	
• Psychische Belastbarkeit	• Emotionalität
• Belastbarkeit des Arztes	• Gewissenhaftigkeit
• Kritikfähigkeit	• Affekte
• Intelligenz	• Natürlichkeit
• Gemüt	• Empathie
• Vertrauen	• Emotionale Intelligenz

Fachliche Qualifikation	
• Ärztliche Tätigkeiten	• Ärztliches Selbstbild
• Aufklärung	• Fachkompetenz
• Qualifiziertes Auftreten	

Motivation
• Berufsmotivation
• Engagement
• Helfen

Setting
• Gestaltung
• Zeit
• Raum

Objektive Charakteristika
• Alter
• Aussehen
• Geschlecht
• Ethnische Abstammung

Medikation

2.1.2 Konstruktion der Testvorform

Die Ergebnisse der Vorstudie und der oben referierten Literatur wurden zusammengetragen und in einem Konsensusrating auf Vollständigkeit und Redundanzen überprüft. Die daran Beteiligten setzten sich aus zwei Ärzten der psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Verfasserin der Vorstudie und dem Verfasser der vorliegenden Arbeit zusammen. In mehreren Schritten wurden nun die Items der Testvorform generiert und übergeordneten Kategorien zugeordnet. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Abdeckung aller für die Patienten relevanten Bereiche gelegt, ohne dabei den Umfang und damit die Praktikabilität des Fragebogens außer Acht zu lassen. Zu den von dem Fragebogen abgedeckten Bereichen gehörten neben Fragen nach Charaktereigenschaften des Arztes (...sollte ehrlich sein; …sollte zuverlässig sein), soziodemographischen Eigenschaften (…sollte schon ein gewisses Alter haben etc.) und spezifisch ärztlichen Eigenschaften (…sollte einen Kittel tragen; …sollte sich regelmäßig fortbilden etc.) auch Fragen nach therapeutisch relevantem Verhalten (z.B. in Bezug auf die gewährte Patientenautonomie) und nach Einbeziehung von Persönlichem, beziehungsweise Privatem, in die therapeutische Beziehung (…sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen etc.). Ein Großteil der Items wurde aus den von Patienten in der Vorstudie geäußerten Idealvorstellungen generiert. Um auch andere Aspekte einzuschließen, die nicht primär von Patienten auf offen gestellte Fragen genannt wurden, aber dennoch von Bedeutung sein können,

wurden zudem andere Instrumente zur therapeutischen Allianz, zur Patientenbefragung und zur Patientenautonomie gesichtet und bestimmte Inhalte in den Fragebogen integriert. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf den Abgleich der Inhalte mit den Studien von Fones et al. (1998) und Cullen et al. (2003) gelegt. Die endgültige Fassung der Testvorform (siehe 7.1) umfasste 52 Items mit Aussagen, die jeweils mit dem Satzteil: „Mein Arzt/meine Ärztin…“ eingeleitet wurden. Die Bewertung dieser Aussagen wurde auf einer vierstufigen Skala („überhaupt nicht wichtig/etwas wichtig/ziemlich wichtig/sehr wichtig“) erbeten. Die Items wurden zur besseren Orientierung für die Studienteilnehmer verschiedenen, a-priori generierten, inhaltlichen Kategorien zugeteilt, die wie folgt betitelt wurden: „Qualifikation/Motivation des Arztes, Kultur, Auftreten des Arztes, Alter/Geschlecht des Arztes, Eigenschaften des Arztes, Arzt-Patienten Verhältnis, Therapiegespräch, Verhalten des Arztes“. Grundlage hierfür lieferten die in der Vorstudie ermittelten Kategorien, die sich nach Auswertung des qualitativen Studienteils ergaben. Den Abschluss des Fragebogens bildete die Erhebung von Daten zur Krankengeschichte bzw. zum Verlauf („Erkrankungsbeginn, Voraufenthalte in Psychiatrie, Jahr des Erstaufenthaltes“) und zur Soziodemographie (Alter, Geschlecht, Muttersprache, Schulabschluss). Zusätzlich wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, Ergänzungen, Kritik oder ähnliches in freier Form darzulegen. Von den behandelnden Ärzten wurden Daten zu den Hauptdiagnosen der Patienten und zum Ausmaß der aktuellen Psychopathologie des Teilnehmers anhand des ersten Items der Clinical Global Impression Scale (National Institute of Mental Health, 1976) erhoben.

2.2 Clinical Global Impression Scale (CGI)

Zusätzlich zu einem für diese Studie selbst entwickelten Fragebogen, auf dem u.a. die Diagnose der teilnehmenden Patienten zu dokumentieren war (vgl.7.3), wurde den Ärzten die erste Skala der Clinical Global Impression Scale vorgelegt (CGI; National Institute of Mental Health, 1976; vgl. Abschnitt 7.4). Mit dieser Skala des in der Psychiatrie vielfach eingesetzten Instrumentes wird die aktuelle Schwere der Erkrankung des Patienten auf einer Skala von Null bis sieben eingeschätzt. Null steht dabei für „nicht beurteilbar“, eins für „Patient ist überhaupt nicht krank“, bis hin zu sieben mit „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“, welche als höchste Schwerestufe gewählt werden kann.

2.3 Vorgehen bei der Datenerhebung

Es wurde in Absprache mit den behandelnden Ärzten auf möglichst alle Patienten der teilnehmenden Stationen zugegangen, bei denen eine der eingeschlossenen Diagnosen vorlag und die nach Einschätzung der Behandler nicht zu akut erkrankt waren, um den Fragebogen in sinnvoller Weise zu bearbeiten. Dies traf jedoch nur auf ca. 10% der Patienten zu, da zumeist eine Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt möglich schien. Den Patienten wurde das Ziel der Studie und der Aufbau des Fragebogens anhand von Beispielen erklärt. Außerdem wurden Sie über die ärztliche Schweigepflicht und ihre Rechte diesbezüglich aufgeklärt. Die Bearbeitung des Fragebogens fand ohne Anwesenheit von Studienmitarbeitern im Zimmer des Patienten statt. Eine zeitliche Beschränkung wurde nicht ge-

geben. Im Schnitt dauerte das Ausfüllen nicht länger als 15 bis 25 Minuten. Beim Einsammeln der ausgefüllten Bögen hatten die Teilnehmer zusätzlich die Möglichkeit, aufgetretene Fragen zu stellen, was jedoch selten genutzt wurde. Einzig die Formulierung der Items zu Geschlechtspräferenzen wurde mehrfach bemängelt.

2.4 Statistische Verfahren

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS in der Version 11.5. Dabei wurden, neben deskriptiven Auswertungen, t-Tests durchgeführt und Korrelationen wurden anhand der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet.
Für die Signifikanztests wurde ein Signifikanzniveau von p=.05 festgelegt und es wurde, da die vorliegende Arbeit nicht hypothesengeleitet ist, zweiseitig getestet. Wie allgemein üblich, werden signifikante Ergebnisse (p≤.05) mit einem, sehr signifikante Ergebnisse (p≤.01) mit zwei und hochsignifikante Ergebnisse (p≤.001) mit drei Sternchen (*) gekennzeichnet.
Korrelationen wurden anhand Tabelle 9 beschrieben (Bühl & Zöfel, 2002).

Tabelle 9: Interpretation der Korrelationskoeffizienten

Werte des Korrelationskoeffizienten r	Interpretation
0 < r ≤ 0.2	sehr geringe Korrelation
0.2 < r ≤ 0.5	geringe Korrelation
0.5 < r ≤ 0.7	mittlere Korrelation
0.7 < r ≤ 0.9	hohe Korrelation
0.9 < r ≤ 1	sehr hohe Korrelation

Zudem wurde eine Faktorenanalyse mit dem Ziel durchgeführt, redundante Items zu identifizieren und übergeordnete Faktoren zu ermitteln, welche die Merkmalszusammenhänge möglichst vollständig erklären.
Als Extraktionsmethode wurde eine Hauptachsenfaktorenanalyse mit schiefwinkliger Oblimin-direkt Rotation eingesetzt. Fehlende Werte wurden dabei durch Mittelwerte ersetzt.
Abschließend wurde eine Reliabilitätsanalyse der Faktoren des Fragebogens durchgeführt. Hierfür wurde das Reliabilitätsmodell Cronbachs Alpha verwendet.

2.5 Konstruktion des endgültigen Fragebogens

Mit Hilfe der Ergebnisse der Faktoren- und Reliabilitätsanalyse wurde die aus ursprünglich 52 Items bestehende Testvorform auf 26 Items gekürzt. Die hierdurch entstandene zahlenmäßige Unausgeglichenheit der Faktoren (Faktor 2 bestand nur noch aus zwei Items und Faktor 3 aus drei Items, wohingegen die anderen Faktoren je 7 Items enthielten) wurde mit der Erstellung neuer Items begegnet.

Hierbei wurde besonderer Wert auf eine inhaltliche Kongruenz mit den Faktoreninterpretationen gelegt. Dies geschah unter erneuter Berücksichtigung der Literatur und anschließender Bearbeitung in der Expertengruppe. Die Endfassung des Fragebogens enthält 35 Items, die sich zu je sieben Items auf die fünf Faktoren aufteilen (s. Abschnitt 7.2).

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Es konnten *N*=232 stationär behandelte allgemeinpsychiatrische Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden. Ausgeschlossen wurden lediglich Patienten, die nach Einschätzung der Behandler zu akut erkrankt waren und somit nicht in der Lage gewesen wären, den Fragebogen in sinnvoller Weise zu bearbeiten. Dies traf jedoch nur auf ca. 10% der Patienten zu, bei den Meisten schien aber eine Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt zumeist möglich. Von den ausgeteilten Bögen wurden 20% nicht oder für eine Auswertung unzureichend ausgefüllt. Ein ebenso großer Anteil an potentiellen Probanden lehnte eine Teilnahme von vornherein ab. Die vorherrschenden Hauptdiagnosen gehörten zu den Abhängigkeitserkrankungen (F1 nach ICD-10) mit *n*=126. Weitere *n*=65 hatten eine affektive Störung (F3 nach ICD-10) und *n*=41 hatten eine Schizophrenie (F2 nach ICD-10). Die Schwere der Erkrankung, gemessen anhand des CGI, lag im Mittel aller Probanden bei 4.83 bei einer Standardabweichung von 0.9. Die Geschlechtsverteilung war zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich. Während bei den F1 Diagnosen das männliche Geschlecht mit 69.0% gegenüber 31.0% deutlich überwog, war es bei den F2 Diagnosen nur noch mit 56.1% und bei den F3 Diagnosen mit 38.5% vertreten. Insgesamt waren 58.2% (*n*=135) der Probanden männlich. Der Altersdurchschnitt (Mittelwert) lag bei 43.9 Jahren, bei einer Standardabweichung von 12.4 Jahren. Der jüngste Studienteilnehmer war 18 Jahre alt, der älteste Studienteilnehmer hatte ein Alter von 75 Jahren. Auch bei der Altersverteilung auf die Diagnosegruppen zeigten sich deutliche Unterschiede. So war die Gruppe der Teilnehmer mit affektiven Störungen im Schnitt deutlich älter (*M*=50.13; *SD*=14.43; *Min*=18; *Max*=75) als die Gruppe der Teilnehmer mit einer Abhängigkeitserkrankung (*M*=42.06; *SD*=10.4; *Min*=19; *Max*=67) oder einer Schizophrenie (*M*=40.13; *SD*=11.35; *Min*=22; *Max*=65).

92.2% (*n*=214) der Studienteilnehmer gaben Deutsch als ihre Muttersprache sei an. Bei der Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss zeigte sich, dass 4.3% (*n*=10) keinen, 32.3% (*n*=75) einen Hauptschulabschluss, 31.9% (*n*=74) die mittlere Reife und 27.2% (*n*=63) die allgemeine Hochschulreife bzw. das Abitur erreicht hatten. 1.7% (*n*=4) gaben einen anderen Abschluss an (z.B. Fachhochschulreife). Zur Verteilung der Schulabschlüsse auf die Diagnosegruppen siehe Tabelle 10.

Tabelle 10: Verteilung der Schulabschlüsse auf die Diagnosegruppen (in %)

	Diagnosegruppe (nach ICD-10)		
	F1	**F2**	**F3**
kein Abschluss	6.4	2.4	1.7
Hauptschulabschluss	41.6	12.2	30.0
Mittlere Reife	23.2	46.3	43.3
Hochschulreife/Abitur	26.4	39.0	23.3
anderer	2.4	0	1.7

Der Mittelwert der Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen der Teilnehmer lag bei 4.3 (*SD*=6.9) bei einer Minimalzahl von einem Aufenthalt und einer Maximalzahl von 60 Aufenthalten. Die Erkrankungen begannen im Durchschnitt vor 12.1 Jahren (*SD*=11.7 Jahre).

3.2 Ergebnisse der Auswertung der einzelnen Items

Zu Beginn soll eine aus Gründen der Übersichtlichkeit in die a-priori erstellten Subskalen gegliederte Auswertung der einzelnen Items erfolgen, die auch den Patienten in dieser Reihenfolge vorgelegt wurden. Dabei wird, neben einer vergleichenden Betrachtung der Mittelwerte, zusätzlich auf besondere Auffälligkeiten in Bezug auf die Schwere der Erkrankung (CGI), die Erkrankungsdauer und Anzahl der vorherigen Psychiatrieaufenthalte, sowie die Geschlechts- und Altersverteilung eingegangen. Aus Gründen des Umfanges der Arbeit werden ausschließlich signifikante Ergebnisse berichtet.
Tabelle 11 gibt das Antwortverhalten der Teilnehmer für alle Items wieder. Geordnet nach Mittelwert ergibt sich somit eine Rangfolge der Prioritäten. Die Persönlichkeitsvariable „Ehrlichkeit“ (in Bezug auf Krankheit und Prognose) wurde insgesamt am höchsten bewertet, gefolgt von „verständlichem Erklären“, „Verlässlichkeit“, „Informiertheit über die Krankengeschichte“ und „guter Aufklärung über die Medikation“. Geringste Wichtigkeit wurde der Geschlechtspräferenz zuteil, gefolgt der „Interessensgleichheit im Privaten“, „Attraktivität“, „dem Wunsch nach einem „kitteltragenden Arzt“ und der „Offenbarung von Privatem bzw. Persönlichem“ durch den Arzt. Bei einem Intervall bezüglich der Aussagengewichtung von 1 = „überhaupt nicht wichtig“ über 2 = „etwas wichtig“ und 3 = „ziemlich wichtig“ bis 4 = „sehr wichtig“ erkennt man, dass 35 von 52 Aussagen (67.3%) im Schnitt höher als „ziemlich wichtig“ beurteilt worden sind (entspricht Mittelwert >3), womit sich eine erwartungsgemäß starke Tendenz bezüglich hohen Wertungen offenbart. Nur 10 Items (19.2%) bewegen sich im Mittel in dem Raum zwischen eins und zwei, das heißt zwischen „überhaupt nicht wichtig“ und „etwas wichtig“.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Items, geordnet nach Mittelwertausprägung

Rang	Meine Ärztin/mein Arzt…	*M*	*SD*
1	… sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht	3.83	0.398
2	… sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann	3.82	0.417
3	… sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann	3.80	0.501
4	… sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen	3.77	0.470
5	… sollte mich gut über meine Medikation aufklären	3.76	0.511
6	… sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören	3.71	0.499
7	… sollte mich respektieren	3.69	0.589
8	… sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen	3.66	0.561
9	… sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren	3.65	0.663
10	… sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen	3.61	0.608
11	… sollte einfühlsam und verständnisvoll sein	3.59	0.611

Rang	Meine Ärztin/mein Arzt…	*M*	*SD*
12	… sollte sich regelmäßig fortbilden	3.59	0.635
13	… sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein	3.53	0.612
14	… sollte seinen Beruf mit Freude und Hingabe ausüben	3.51	0.648
15	… sollte mir gegenüber höflich sein	3.48	0.635
16	… sollte viel Erfahrung haben	3.45	0.705
17	… sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soviel wie möglich mit einbeziehen	3.44	0.785
18	… sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben	3.44	0.676
19	… sollte sich gut mit Kollegen abstimmen	3.44	0.686
20	… sollte Zuversicht vermitteln	3.41	0.650
21	… sollte für mich gut erreichbar sein	3.39	0.651
22	…sollte Kenntnisse über eigene Fachrichtung hinaus haben	3.37	0.747
23	… sollte hilfsbereit sein	3.36	0.672
24	… sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein	3.35	0.738
25	… sollte mir vertrauen	3.33	0.729
26	… sollte mir Ratschläge geben	3.31	0.793
27	… sollte alle Patienten gleich behandeln	3.27	0.839
28	… sollte natürlich sein (authentisch, "echt")	3.24	0.827
29	… sollte mich auch mal kritisieren	3.21	0.843
30	… sollte auch kleine Fortschritte lobend anerkennen	3.16	0.755
31	… sollte pünktlich sein und Absprachen einhalten	3.15	0.715
32	… sollte ein ausgeglichener und ruhiger Mensch sein	3.15	0.760
33	… sollte keinen Standesdünkel ("Halbgott in Weiß") haben	3.13	1.090
34	… sollte meine Mitarbeit aktiv fordern	3.11	0.761
35	… sollte selbst nichts persönlich nehmen (Kritik vertragen können)	3.01	0.839
36	… sollte mir klare Ziele vorgeben	2.97	0.968
37	… sollte ein freundliches Wesen haben und humorvoll sein	2.92	0.820
38	… sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben	2.92	0.823
39	… sollte anderen Religionen/Sitten gegenüber aufgeschlossen sein	2.79	1.012
40	… sollte einen guten Ruf haben	2.70	1.107
41	… sollte eine gewisse Distanz bewahren	2.37	0.926
42	… sollte die Therapie für mich festlegen	2.16	1.041
43	… sollte mich mögen, egal was ich tue	1.93	0.970
44	… sollte bereits ein gewisses Alter haben	1.87	0.831
45	… sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen	1.86	0.948
46	… sollte aus meinem Kulturkreis kommen	1.54	0.892
47	… sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen	1.49	0.779
48	… sollte einen Kittel tragen	1.47	0.837
49	… sollte attraktiv sein	1.37	0.719
50	… sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich	1.28	0.612
51	… sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht haben	1.17	0.548
52	… sollte das gleiche Geschlecht haben wie ich	1.12	0.380

3.2.1 Antwortverhalten zur Qualifikation und Motivation des Arztes

Tabelle 12 gibt über das Antwortverhalten bezüglich der a-priori erstellten Subskala „Qualifikation und Motivation des Arztes“ gesamt und aufgeteilt nach Geschlecht wieder. Unter Beachtung der Rangfolge aus Tabelle 11 zeigt sich, dass aus dieser Subskala den Probanden die regelmäßige Fortbildung der Ärzte am wichtigsten war (Gesamtrang 12 bei einem Mittelwert von 3.59), gefolgt von der Freude und Hingabe am Beruf (Gesamtrang 14, *M*=3.51) und der Erfahrung (Gesamtrang 16, *M*=3.45). Am unwichtigsten war den Teilnehmern der gute Rufe des Arztes (Gesamtrang 40, *M*=2.70).

Tabelle 12: Qualifikation und Motivation der Ärztin/des Arztes - Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte Kenntnisse über die eigene Fachrichtung hinaus haben							
	Gesamt	2 (0.9%)	31 (13.4%)	76 (32.8%)	121 (52.2%)	2 (0.9%)	22
	Frauen	1 (1.0%)	10 (10.3%)	29 (29.9%)	57 (58.8%)	0 (0%)	
	Männer	1 (0.7%)	21 (15.6%)	47 (34.8%)	64 (47.4%)	2 (1.5%)	
…sollte viel Erfahrung haben							
	Gesamt	1 (0.4%)	25 (10.8%)	71 (30.6 %)	129 (55.6%)	4 (1.7%)	16
	Frauen	0 (0%)	8 (8.2%)	30 (30.9%)	56 (57.7%)	2 (2.1%)	
	Männer	1 (0.7%)	17 (12.6%)	41 (30.4%)	73 (54.1%)	2 (1.5%)	
…sollte einen guten Ruf haben							
	Gesamt	44 (19.0%)	50 (21.6%)	62 (26.7%)	70 (30.2%)	6 (2.6%)	40
	Frauen	13 (13.4%)	17 (17.5%)	30 (30.9%)	35 (36.1%)	2 (2.1%)	
	Männer	31 (23.0%)	33 (24.4%)	32 (23.7%)	35 (25.9%)	4 (3.0%)	
…sollte sich regelmäßig fortbilden							
	Gesamt	1 (0.4%)	15 (6.5%)	59 (25.4%)	150 (64.7%)	7 (3.0%)	12
	Frauen	1 (1.0%)	7 (7.2%)	11 (11.3%)	75 (77.3%)	3 (3.1%)	
	Männer	0 (0%)	8 (5.9%)	48 (35.6%)	75 (55.6%)	4 (3.0%)	
…sollte sich gut mit Kollegen abstimmen							
	Gesamt	2 (0.9%)	19 (8.2%)	83 (35.8%)	121 (52.2%)	7 (3.0%)	19
	Frauen	1 (1.0%)	8 (8.2%)	32 (33.0%)	53 (54.6%)	3 (3.1%)	
	Männer	1 (0.7%)	11 (8.1%)	51 (37.8%)	68 (50.4%)	4 (3.0%)	
…sollte seinen Beruf mit Freude und Hingabe ausüben							
	Gesamt	2 (0.9%)	13 (5.6%)	79 (34.1%)	132 (56.9%)	6 (2.6%)	14
	Frauen	1 (1.0%)	4 (4.1%)	32 (33.0%)	59 (60.8%)	1 (1.0%)	
	Männer	1 (0.7%)	9 (6.7%)	47 (34.8%)	73 (54.1%)	5 (3.7%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Bei der Frage nach dem guten Ruf des Arztes zeigten sich zudem signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (*p*=.011*, *T*=2.537, siehe Tabelle 13). Die befragten Frauen legten mehr Wert auf den Ruf (*M*=2.92) als die befragten Männer (*M*=2.54).

Tabelle 13: t-Test zu Präferenzen der Geschlechter bzgl. des Rufs des Arztes

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte einen guten Ruf haben	.042	2.537	Frauen	95	2.92	1.048	.011*
			Männer	131	2.54	1.125	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Auch im Hinblick auf die Bedeutung des Fortbildungsverhaltens (Tabelle 14) zeigten weibliche Teilnehmer (*M*=3.70) signifikant höhere Werte (*p*=.026) als die männlichen Teilnehmer (*M*=3.51). Hier zeigte auch das Alter signifikante Unterschiede (*p*=.015*) bei sehr geringer positiver Korrelation (*r*=.164*). Je älter der Teilnehmer, desto größer war die Bedeutung regelmäßiger Fortbildung (Tabelle 15).

Tabelle 14: t-Test zu Präferenzen der Geschlechter bzgl. Fortbildungsverhalten des Arztes

Item	Levene-Test: Signifikanz	T	Stichprobe	n	M	SD	p (zweiseitig)
… sollte sich regelmäßig fortbilden	.071	2.241	Frauen	94	3.70	0.653	.026*
			Männer	131	3.51	0.612	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Alter und Fortbildungsverhalten (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte sich regelmäßig fortbilden
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.164*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.015
	N	225	219
...sollte sich regelmäßig fortbilden	Korrelation nach Pearson	.164*	1
	(Signifikanz 2-seitig)	.015	.
	N	219	225

Ebenso legten ältere Probanden hochsignifikant (*p*=.001), bei geringer positiver Korrelation (*r*=.212***), größeren Wert auf Kenntnisse, die über das Fachgebiet der Psychiatrie hinausgehen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen Alter und Kenntnisse über eigene Fachrichtung hinaus (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	**...sollte Kenntnisse über eigene Fachrichtung hinaus haben**
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.212***
	Signifikanz (2-seitig)	.	.001
	N	225	223
...sollte Kenntnisse über eigene Fachrichtung hinaus haben	Korrelation nach Pearson	.212***	1
	Signifikanz 2-seitig)	.001	.
	N	223	230

Zudem findet sich in Bezug auf das Alter eine signifikante (p=.049), sehr geringe positive Korrelation (r=.133*). Ältere Teilnehmer legten also mehr Wert auf die Erfahrung ihres Arztes als jüngere Teilnehmer (Tabelle 17).

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Alter und Erfahrung (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	**...sollte viel Erfahrung haben**
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.133*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.049
	N	225	221
...sollte viel Erfahrung haben	Korrelation nach Pearson	.133*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.049	.
	N	221	226

3.2.2 Antwortverhalten zu kulturellen Aspekten

Die a-priori erstellte Subskala zu kulturellen Aspekten enthält zwei Items, die im Mittelwertevergleich (siehe Tabelle 11) eher von untergeordneter Bedeutung für die teilnehmenden Patienten waren (Gesamtrang 39 und 46). Es finden sich sowohl zwischen den Geschlechtern als auch bezogen auf Alter und die Schwere der Erkrankung keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 18: Kultur – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…		**Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte**					**Rang**
		Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**	**Fehlend**	
…sollte anderen Religionen/Sitten gegenüber aufgeschlossen sein							
	Gesamt	32 (13.8%)	49 (21.1%)	82 (35.3%)	66 (28.4%)	3 (1.3%)	39
	Frauen	11 (11.3%)	18 (18.6%)	38 (39.2%)	28 (28.9%)	2 (2.1%)	
	Männer	21 (15.6%)	31 (23.0%)	44 (32.6%)	38 (28.1%)	1 (0.7%)	

Meine Ärztin / mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte aus meinem Kulturkreis kommen							
	Gesamt	154 (66.4%)	36 (15.5%)	26 (11.2%)	12 (5.2%)	4 (1.7%)	43
	Frauen	65 (67.0%)	11 (11.3%)	15 (15.5%)	5 (5.2%)	1 (1.0%)	
	Männer	89 (65.9%)	25 (18.5%)	11 (8.1%)	7 (5.2%)	3 (2.2%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Die Erkrankungsdauer und die Erfahrung mit psychiatrischer Behandlung im Krankenhaus (operationalisiert anhand der Anzahl der vorausgegangenen Aufenthalte) hingegen zeigt signifikante, aber sehr geringe positive Korrelationen (r=.047*, p=.039 bzw. r=.148*, p=.031) zu dem Item „…sollte aus meinem Kulturkreis kommen“ (siehe Tabelle 19 und
Tabelle 20). Je mehr „Erfahrung“ die Patienten also mit Ärzten in der Psychiatrie hatten, desto wichtiger erschien ihnen in der Tendenz die Zugehörigkeit zum eigenen Kulturkreis.

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und Kulturzugehörigkeit (Produkt-Moment-Korrelation)

		Erkrankungsdauer (Jahre)	… sollte aus meinem Kulturkreis kommen
Erkrankungsdauer (Jahre)	Korrelation nach Pearson	1	.147*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.039
	N	202	
… sollte aus meinem Kulturkreis kommen	Korrelation nach Pearson	.147*	1
	Signifikanz (2-seitig)	0.39	.
	N	199	228

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Zahl der Aufenthalte und Kulturzugehörigkeit (Produkt-Moment-Korrealtion)

		Anzahl der Aufenthalte	… sollte aus meinem Kulturkreis kommen
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	.148*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.031
	N	214	
… sollte aus meinem Kulturkreis kommen	Korrelation nach Pearson	.148*	1
	Signifikanz (2-seitig)	0.31	.
	N	211	228

3.2.3 Antwortverhalten zum Auftreten des Arztes

Tabelle 21 gibt Auskunft über das Gesamtantwortverhalten der Teilnehmer bezüglich der Subskala „Auftreten des Arztes“. Im Vergleich mit der Gesamtrangfolge der Items (Tabelle 11), sortiert nach Mittelwert, zeigt sich die im Vergleich relativ geringe Gewichtung der Items, da „Höflichkeit“ mit ledig-

lich dem 15. Rang im Mittelwertevergleich mit Abstand am höchsten in der Wichtigkeit bewertet wurde.

Tabelle 21: Auftreten des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
...sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben							
	Gesamt	7 (3.0%)	65 (28.0%)	93 (40.1%)	61 (26.3%)	6 (2.6%)	38
	Frauen	3 (3.1%)	23 (23.7%)	34 (35.1%)	34 (35.1%)	3 (3.1%)	
	Männer	4 (3.0%)	42 (31.1%)	59 (43.7%)	27 (20.0%)	3 (2.2%)	
…sollte mir gegenüber höflich sein							
	Gesamt	0 (0%)	17 (7.3%)	83 (35.8%)	124 (53.4%)	8 (3.4%)	15
	Frauen	0 (0%)	7 (7.2%)	32 (33.0%)	54 (55.7%)	4 (4.1%)	
	Männer	0 (0%)	10 (7.4%)	51 (37.8%)	70 (51.9%)	4 (3.0%)	
… sollte einen Kittel tragen							
	Gesamt	153 (65.9%)	41 (17.7%)	13 (5.6%)	12 (5.2%)	13 (5.6%)	48
	Frauen	63 (64.9%)	15 (15.5%)	6 (6.2%)	6 (6.2%)	7 (7.2%)	
	Männer	90 (66.7%)	26 (19.3%)	7 (5.2%)	6 (4.4%)	6 (4.4%)	
…sollte keinen Standesdünkel ("Halbgott in Weiß") haben							
	Gesamt	33 (14.2%)	20 (8.6%)	54 (23.3%)	116 (50.0%)	9 (3.9%)	33
	Frauen	12 (12.4%)	6 (6.2%)	22 (22.7%)	54 (55.7%)	3 (3.1%)	
	Männer	21 (15.6%)	14 (10.4%)	32 (23.7%)	62 (45.9%)	6 (4.4%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Hinsichtlich des gepflegten Erscheinungsbildes findet sich allerdings ein signifikanter Unterschied (p=.040*) zwischen den Geschlechtern (Tabelle 22). Weibliche Teilnehmer legten hierauf größeren Wert (M=3.05) als männliche (M=2.83).

Tabelle 22: t-Test Geschlechtspräferenz bzgl. einem gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes

Item	Levene-Test: Signifkanz	T	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	p (zweiseitig)
… sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben	.455	2.061	Frauen	94	3.05	0.860	.040*
			Männer	132	2.83	0.786	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Des Weiteren zeigt sich, dass Patienten, die viele Klinikaufenthalte hatten oder die schon lange erkrankt waren, die Gepflegtheit des Erscheinungsbildes nicht so wichtig war. So finden sich hier sehr

signifikante geringe negative Korrelationen (*p*=.003 und *r*=-.202**) mit der Aufenthaltszahl und signifikante sehr geringe Korrelationen (*p*=.049 und *r*=-.140*) mit der Erkrankungsdauer (siehe Tabelle 23 und Tabelle 24).

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	**…sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben**
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.202**
	Signifikanz (2-seitig)	.	.003
	N	214	209
…sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben	Korrelation nach Pearson	-.202**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.003	.
	N	209	226

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und gepflegtem Erscheinungsbild des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation)

		Erkrankungsdauer (Jahre)	**…sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben**
Erkrankungsdauer (Jahre)	Korrelation nach Pearson	1	-.140*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.049
	N	202	198
…sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben	Korrelation nach Pearson	-.140*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.049	.
	N	198	226

Außerdem findet sich eine signifikante (*p*=.026), aber sehr geringe negative Korrelation (*r*=-.151*) zwischen dem Alter und der Gewichtung der Höflichkeit des Arztes (Tabelle 25). Je jünger die Teilnehmer waren, desto wichtiger bewerteten sie die Höflichkeit des Arztes.

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Alter und Höflichkeit (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	**...sollte mir gegenüber höflich sein**
Alter	Korrelation nach Pearson	1	-.151*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.026
	N	225	218
...sollte mir gegenüber höflich sein	Korrelation nach Pearson	-.151*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.026	.
	N	218	224

Zudem ist die Anzahl der Voraufenthalte der Teilnehmer signifikant (*p*=.046) sehr gering positiv mit Erwartung an den Arzt korreliert (*r*=.140*), keinen Standesdünkel zu haben (Tabelle 26).

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Standesdünkel (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	…sollte keinen Standesdünkel („Halbgott in Weiß“) haben
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	.140*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.046
	N	214	205
…sollte keinen Standesdünkel („Halbgott in Weiß“) haben	Korrelation nach Pearson	.140*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.046	.
	N	205	223

3.2.4 Antwortverhalten zu Alters- und Geschlechtscharakteristika

Die Fragen nach Alters- und Geschlechtscharakteristika (Tabelle 27) haben Probanden im Mittelwertvergleich (Tabelle 11) mit vergleichsweise geringer Wichtigkeit bewertet. Einem Grossteil der Befragten war das Geschlecht ihres Arztes „überhaupt nicht wichtig“ und auch ein „gewisses Alter“ spielte nur eine untergeordnete Rolle (Gesamtrang 44).

Tabelle 27: Alter/Geschlecht des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…	Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte bereits ein gewisses Alter haben						
Gesamt	87 (37.5%)	92 (39.7%)	42 (18.1%)	8 (3.4%)	3 (1.3%)	44
Frauen	34 (35.1%)	34 (35.1%)	23 (23.7%)	5 (5.2%)	1 (1.0%)	
Männer	53 (39.3%)	58 (43.0%)	19 (14.1%)	3 (2.2%)	2 (1.5%)	
…sollte das gleiche Geschlecht haben wie ich						
Gesamt	202 (87.1%)	20 (8.6%)	4 (1.7%)	0 (0%)	6 (2.6%)	52
Frauen	83 (85.6%)	10 (10.3%)	2 (2.1%)	0 (0%)	2 (2.1%)	
Männer	119 (88.1%)	10 (7.4%)	2 (1.5%)	0 (0%)	4 (3.0%)	
…sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht haben						
Gesamt	201(86.6%)	17 (7.3%)	3 (1.3%)	5 (2.2%)	6 (2.6%)	51
Frauen	82 (84.5%)	7 (7.2%)	2 (2.1%)	3 (3.1%)	3 (3.1%)	
Männer	119 (88.1%)	10 (7.4%)	1 (0.7%)	2 (1.5%)	3 (2.2%)	

Bemerkungen: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Es findet sich eine signifikante (p=.011), sehr geringe positive Korrelation (r=.171*) zwischen dem Alter der Probanden und dem Wunsch nach einem Arzt, der schon ein „gewisses Alter“ erreicht hat (Tabelle 28).

Tabelle 28: Zusammenhang zwischen Alter des Patienten und Alter des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte bereits ein gewisses Alter haben
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.171*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.011
	N	225	223
...sollte bereits ein gewisses Alter haben	Korrelation nach Pearson	.171*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.011	.
	N	223	229

3.2.5 Antwortverhalten zu Persönlichkeitseigenschaften

Das Antwortverhalten zu Persönlichkeitseigenschaften des Arztes war sehr heterogen (Tabelle 29). So war die Verlässlichkeit des Arztes den Patienten sehr wichtig (Gesamtrang 3 bei einem Mittelwert von 3.8 im Vergleich der Mittelwerte, siehe Tabelle 11) und auch Empathie ("einfühlsam und verständnisvoll") wurde hoch bewertet (Gesamtrang 11, *M*=3.59); Interessensgleichheit im Privaten (Gesamtrang 50, *M*=1.28) und Attraktivität (Gesamtrang 49, *M*=1.37) waren den Teilnehmern aber eher unwichtig.

Tabelle 29: Eigenschaften des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…	Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte einfühlsam und verständnisvoll sein						
Gesamt	1 (0.4%)	12 (5.2%)	66 (28.4%)	150 (64.7%)	3 (1.3%)	11
Frauen	1 (1.0%)	5 (5.2%)	18 (18.6%)	70 (72.2%)	3 (3.1%)	
Männer	0 (0%)	7 (5.2%)	48 (35.6%)	80 (59.3%)	0 (0%)	
…sollte hilfsbereit sein						
Gesamt	2 (0.9%)	19 (8.2%)	102 (44.0%)	104 (44.8%)	5 (2.2%)	23
Frauen	2 (2.1%)	5 (5.2%)	46 (47.4%)	42 (43.3%)	2 (2.1%)	
Männer	0(0%)	14 (10.4%)	56 (41.5%)	62 (45.9%)	3 (2.2%)	
…sollte attraktiv sein						
Gesamt	161 (69.4%)	47 (20.3%)	4 (1.7%)	9 (3.9%)	11 (4.7%)	49
Frauen	71 (73.2%)	13 (13.4%)	2 (2.1%)	5 (5.2%)	6 (6.2%)	
Männer	90 (66.7%)	34 (25.2%)	2 (1.5%)	4 (3.0%)	5 (3.7%)	
…sollte natürlich sein (authentisch, "echt")						
Gesamt	10 (4.3%)	26 (11.2%)	89 (38.4%)	99 (42.7%)	8 (3.4%)	28
Frauen	4 (4.1%)	12 (12.4%)	30 (30.9%)	47 (48.5%)	4 (4.1%)	
Männer	6 (4.4%)	14 (10.4%)	59 (43.7%)	52 (38.5%)	4 (3.0%)	

Meine Ärztin / mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte ein freundliches Wesen haben und humorvoll sein							
	Gesamt	8 (3.4%)	61 (26.3%)	97 (41.8%)	59 (25.4%)	7 (3.0%)	37
	Frauen	3 (3.1%)	26 (26.8%)	40 (41.2%)	25 (25.8%)	3 (3.1%)	
	Männer	5 (3.7%)	35 (25.9%)	57 (42.2%)	34 (25.2%)	4 (3.0%)	
…sollte Zuversicht vermitteln							
	Gesamt	1 (0.4%)	17 (7.3%)	95 (40.9%)	110 (47.4%)	9 (3.9%)	20
	Frauen	1 (1.0%)	6 (6.2%)	39 (40.2%)	48 (49.5%)	3 (3.1%)	
	Männer	0 (0%)	11 (8.1%)	56 (41.5%)	62 (45.9%)	6 (4.4%)	
…sollte ein ausgeglichener und ruhiger Mensch sein							
	Gesamt	4 (1.7%)	38 (16.4%)	102 (44.0%)	80 (34.5%)	8 (3.4%)	32
	Frauen	2 (2.1%)	15 (15.5%)	37 (38.1%)	40 (41.2%)	3 (3.1%)	
	Männer	2 (1.5%)	23 (17.0%)	65 (48.1%)	40 (29.6%)	5 (3.7%)	
…sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann							
	Gesamt	3 (1.3%)	1 (0.4%)	34 (14.7%)	186 (80.2%)	8 (3.4%)	3
	Frauen	2 (2.1%)	1 (1.0%)	13 (13.4%)	76 (78.4%)	5 (5.2%)	
	Männer	1 (0.7%)	0 (0%)	21 (15.6%)	110 (81.5%)	3 (2.2%)	
…sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich							
	Gesamt	176 (75.9%)	38 (16.4%)	7 (3.0%)	4 (1.7%)	7 (3.0%)	50
	Frauen	77 (79.4%)	12 (12.4%)	2 (2.1%)	1 (1.0%)	5 (5.2%)	
	Männer	99 (73.3%)	26 (19.3%)	5 (3.7%)	3 (2.2%)	2 (1.5%)	
…sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein							
	Gesamt	4 (1.7%)	24 (10.3%)	89 (38.4%)	111 (47.8%)	4 (1.7%)	24
	Frauen	3 (3.1%)	10 (10.3%)	32 (33.0%)	49 (50.5%)	3 (3.1%)	
	Männer	1 (0.7%)	14 (10.4%)	57 (42.2%)	62 (45.9%)	1 (0.7%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

In dieser Subskala zeigt sich bezüglich des Alters und der Wichtigkeit der Hilfsbereitschaft des Arztes eine signifikante (p=.037), sehr geringe negative Korrelation (r=-.141*, siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Zusammenhang zwischen Alter und Hilfsbereitschaft (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte hilfsbereit sein
Alter	Korrelation nach Pearson	1	-.141*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.037
	N	225	220
...sollte hilfsbereit sein	Korrelation nach Pearson	-.141*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.037	.
	N	220	227

Außerdem ist die Zahl der Voraufenthalte signifikant (*p*=.028) sehr gering negativ mit dem selbstsicheren Umgang des Arztes mit den Patienten korreliert (*r*=-.151*). Je häufiger Patienten also schon in der Psychiatrie stationär aufgenommen worden sind, umso unwichtiger war ihnen ein selbstbewusst auftretender Arzt (Tabelle 31).

Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Selbstsicherheit des Arztes (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	**…sollte selbstsicher im Umgang mit Patienten sein**
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.151*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.028
	N	214	212
…sollte selbstsicher im Umgang mit Patienten sein	Korrelation nach Pearson	-.151*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.028	.
	N	212	228

3.2.6 Antwortverhalten zum Arzt-Patienten-Verhältnis

Auch in der Subskala „Arzt-Patienten-Verhältnis“ (Tabelle 32) zeigt sich ein heterogenes Bild. Im Vergleich zu allen anderen Items wurden patientenzentrierte Items eher hoch in ihrer Wichtigkeit eingeschätzt. So hat die Aufklärung über die Medikation im Gesamtvergleich (Tabelle 11) mit Rang 5 (*M*=3.76) den höchsten Rang dieser Subkategorie, gefolgt von Respekt gegenüber dem Patienten (Rang 7, *M*=3.69) und der Einbeziehung in die Auswahl der Therapie (Rang 10, *M*=3.61). Als deutlich weniger wichtig erachtet wurden hingegen Verhaltensweisen des Arztes, die dem Patienten sehr viel Verantwortung überlassen (...sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen, Rang 45, *M*=1.86) oder eher paternalistisch geprägt sind (…sollte die Therapie für mich festlegen, Rang 42, *M*=2.16)

Tabelle 32: Arzt-Patienten Verhältnis – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin / mein Arzt…	**Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte**					**Rang**
	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**	**Fehlend**	
…sollte mich gut über meine Medikation aufklären						
Gesamt	2 (0.9%)	3 (1.3%)	43 (18.5%)	182 (78.4%)	2 (0.9%)	5
Frauen	0 (0%)	0 (0%)	15 (15.5%)	82 (84.5%)	0 (0%)	
Männer	2 (1.5%)	3 (2.2%)	28 (20.7%)	100 (74.1%)	2 (1.5%)	

Meine Ärztin / mein Arzt…	Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soviel wie möglich mit einbeziehen						17
Gesamt	7 (3.0%)	21 (9.1%)	66 (28.4%)	135 (58.2%)	3 (1.3%)	
Frauen	2 (2.1%)	5 (5.2%)	26 (26.8%)	64 (66.0%)	0 (0%)	
Männer	5 (3.7%)	16 (11.9%)	40 (29.6%)	71 (52.6%)	3 (2.2%)	
…sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen						10
Gesamt	1 (0.4%)	12 (5.2%)	61 (26.3%)	154 (66.4%)	4 (1.7%)	
Frauen	0 (%)	4 (4.14%)	19 (19.6%)	73 (75.3%)	1 (1.0%)	
Männer	1 (0.7%)	8 (5.9%)	42 (31.1%)	81 (60.0%)	3 (2.2%)	
…sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen						45
Gesamt	100 (43.1%)	70 (30.2%)	35 (15.1%)	17 (7.3%)	10 (4.3%)	
Frauen	41 (42.3%)	26 (26.8%)	18 (18.6%)	7 (7.2%)	5 (5.2%)	
Männer	59 (43.7%)	44 (32.6%)	17 (16.2%)	10 (7.4%)	5 (3.7%)	
…sollte die Therapie für mich festlegen						42
Gesamt	76 (32.8%)	67 (28.9%)	51 (22.0%)	30 (12.9%)	8 (3.4%)	
Frauen	30 (30.9%)	25 (25.8%)	24 (24.7%)	11 (11.3%)	7 (7.2%)	
Männer	46 (34.1%)	42 (31.1%)	27 (20.0%)	19 (14.1%)	1 (0.7%)	
…sollte meine Mitarbeit aktiv fordern						34
Gesamt	4 (1.7%)	43 (18.5%)	106 (45.7%)	75 (32.3%)	4 (1.7%)	
Frauen	2 (2.1%)	16 (16.5%)	45 (46.4%)	33 (34.0%)	1 (1.0%)	
Männer	2 (1.5%)	27 (20.0%)	61 (45.2%)	42 (31.1%)	3 (2.2%)	
…sollte mir klare Ziele vorgeben						36
Gesamt	22 (9.5%)	42 (18.1%)	81 (34.9%)	80 (34.5%)	7 (3.0%)	
Frauen	11 (11.3%)	16 (16.5%)	30 (30.9%)	35 (36.1%)	5 (5.2%)	
Männer	11 (8.6%)	26 (19.3%)	51 (37.8%)	45 (33.3%)	2 (1.5%)	
…sollte mich respektieren						7
Gesamt	2 (0.9%)	9 (3.9%)	47 (20.3%)	171 (73.7%)	3 (1.3%)	
Frauen	0 (0%)	3 (3.1%)	21 (21.6%)	73 (75.3%)	0 (0%)	
Männer	2 (1.5%)	6 (4.4%)	26 (19.3%)	98 (72.6%)	3 (2.2%)	

Bemerkungen: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Bezüglich einer guten Aufklärung über die Medikation findet sich ein signifikanter (p=.021*) Geschlechterunterschied (Tabelle 33). Den teilnehmenden Frauen war die Aufklärung wichtiger (M=3.85) als den Männern (M=3.70). Auch die Schwere der Erkrankung hatte signifikanten (p=.035) Einfluss auf den Aufklärungswunsch, hier zeigt sich eine sehr geringe negative Korrelation (r=-.148*) mit dem CGI (Tabelle 34). Je schwerer erkrankt die Patienten waren, desto geringer wurde die Wichtigkeit einer guten Aufklärung über die Medikation eingeschätzt.

Tabelle 33: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Medikationsaufklärung

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte mich gut über meine Medikation aufklären	.000	2.158	Frauen	97	3.85	0.363	.021*
			Männer	133	3.70	0.590	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Tabelle 34: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Aufklärung über Medikation (Produkt-Moment-Korrelation)

		CGI-Score	...sollte mich gut über meine Medikation aufklären
CGI-Score	Korrelation nach Pearson	1	-.148*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.035
	N	202	202
...sollte mich gut über meine Medikation aufklären	Korrelation nach Pearson	-.148*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.035	.
	N	202	230

Zudem wünschten weibliche Probanden signifikant (*p*=.026* und *p*=.022*) stärker in die Auswahl der geeigneten Medikation (*M*=3.57) und Therapie (*M*=3.72) mit einbezogen zu werden als männliche (*M*= 3.34 und *M*=3.54; siehe Tabelle 35 und Tabelle 36).

Tabelle 35: t-Test Geschlechtspräferenzen bzgl. Medikationsauswahl

Item	Levene-Test: Signifkanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soweit wie möglich mit einbeziehen	.014	2.173	Frauen	97	3.57	0.691	.026*
			Männer	132	3.34	0.836	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Tabelle 36: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Therapieauswahl

Item	Levene-Test: Signifkanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen	.001	2.236	Frauen	96	3.72	0.537	.022*
			Männer	132	3.54	0.647	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Weitere signifikante Ergebnisse finden sich in Bezug auf das Alter und eher paternalistisch geprägte Verhaltensweisen des Arztes (Tabelle 37 und Tabelle 38). Alter ist sowohl hochsignifikant (*p*=.001) gering mit dem Wunsch nach dem Festlegen der Therapie durch den Arzt (*r*=.227***), als auch signifikant (*p*=.032) sehr gering mit dem Wunsch nach klaren Zielvorgaben korreliert (*r*=.145*).

Tabelle 37: Zusammenhang zwischen Alter und Therapieauswahl durch den Arzt (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte die Therapie für mich festlegen
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.227***
	Signifikanz (2-seitig)	.	.001
	N	225	217
...sollte die Therapie für mich festlegen	Korrelation nach Pearson	.227***	1
	Signifikanz 2-seitig)	.001	.
	N	217	224

Tabelle 38: Zusammenhang zwischen Alter und Vorgabe von Zielen (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte mir klare Ziele vorgeben
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.145*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.032
	N	225	219
...sollte mir klare Ziele vorgeben	Korrelation nach Pearson	.145*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.032	.
	N	219	225

Dem gegenüber ist aber die Anzahl der Voraufenthalte signifikant (*p*=.015) sehr gering negativ mit dem Item „…sollte mir klare Ziele vorgeben“ korreliert (*r*=-.168*, siehe Tabelle 39).

Tabelle 39: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und klaren Zielvorgaben (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	…sollte mir klare Ziele vorgeben
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.168*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.015
	N	214	209
…sollte mir klare Ziele vorgeben	Korrelation nach Pearson	-.168*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.015	.
	N	209	225

3.2.7 Antwortverhalten zu Aspekten des Therapiegespräches

In der Subskala zu Aspekten des Therapiegespräches (Tabelle 40) finden sich mehrere, im Vergleich zu den Mittelwerten aller anderen Items, sehr hoch bewertete Aussagen. Mit einem Mittelwert von 3.82 ist das Item „...sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann“, das am zweit höchsten bewertete. Ebenfalls als sehr wichtig erachtet wurden „…sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören“ (Gesamtrang 6, *M*=3.71) und „…sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen“ (Gesamtrang 8, *M*=3.66). Den Teilnehmern wesentlich weniger wichtig erschienen „…sollte auch kleine Fortschritte lobend anerkennen“ (Gesamtrang 30, *M*=3.16) und „…sollte mich auch mal kritisieren“ (Gesamtrang 29, *M*=3.21).

Tabelle 40: Therapiegespräch – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin/mein Arzt…	Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören						
Gesamt	0 (0%)	5 (2.2%)	56 (24.1%)	169 (72.8%)	2 (0.9%)	6
Frauen	0 (0%)	2 (2.1%)	17 (17.5%)	77 (79.4%)	1 (1.0%)	
Männer	0 (0%)	3 (2.2%)	39 (28.9%)	92 (68.1%)	1 (0.7%)	
…sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben						
Gesamt	2 (0.9%)	18 (7.8%)	87 (37.5%)	122 (52.6%)	3 (1.3%)	18
Frauen	1 (1.0%)	8 (8.2%)	27 (27.8%)	60 (61.9%)	1 (1.0%)	
Männer	1 (0.7%)	10 (7.4%)	60 (4.4%)	62 (45.9%)	2 (1.5%)	
…sollte auch kleine Fortschritte lobend anerkennen						
Gesamt	2 (0.9%)	43 (18.5%)	98 (42.2%)	83 (35.8%)	6 (2.6%)	30
Frauen	1 (1.0%)	13 (13.4%)	40 (41.2%)	41 (42.3%)	2 (2.1%)	
Männer	1 (0.7%)	30 (22.2%)	58 (43.0%)	42 (31.1%)	4 (3.0%)	
…sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann						
Gesamt	0 (0%)	3 (1.3%)	35 (15.1%)	191 (82.3%)	3 (1.3%)	2
Frauen	0 (0%)	1 (1.0%)	13 (13.4%)	81 (83.5%)	2 (2.1%)	
Männer	0 (0%)	2 (1.5%)	22 (16.3%)	110 (81.5%)	1 (0.7%)	

Meine Ärztin/mein Arzt…	Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen						
Gesamt	0 (0%)	10 (4.3%)	58 (25.0%)	159 (68.5%)	5 (2.2%)	8
Frauen	0 (0%)	3 (3.1%)	22 (22.7%)	69 (71.1%)	3 (3.1%)	
Männer	0 (0%)	7 (5.2%)	36 (26.7%)	90 (66.7%)	2 (1.5%)	
…sollte mir Ratschläge geben						
Gesamt	6 (2.6%)	29 (12.5%)	81 (34.9%)	112 (48.3%)	4 (1.7%)	26
Frauen	2 (2.1%)	13 (13.4%)	31 (32.0%)	49 (50.5%)	2 (2.1%)	
Männer	4 (3.0%)	16 (11.9%)	50 (37.0%)	63 (46.7%)	2 (1.5%)	
…sollte mich auch mal kritisieren						
Gesamt	10 (4.3%)	32 (13.8%)	87 (37.5%)	99 (42.7%)	4 (1.7%)	29
Frauen	6 (6.2%)	13 (13.4%)	34 (35.1%)	43 (44.3%)	1 (1.0%)	
Männer	4 (3.0%)	19 (14.1%)	53 (39.3%)	56 (41.5%)	3 (2.2%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Das Alter der Probanden ist signifikant (p=.011) sehr gering positiv mit dem Wunsch nach Sachlichkeit und Kontrolliertheit von Seiten des Arztes korreliert (r=.171*; siehe Tabelle 41). Älteren Probanden war diese nüchterne Art der Gesprächsführung also tendenziell wichtiger. Die Anzahl der Voraufenthalte ist hingegen signifikant (p=.011) sehr gering negativ mit diesem Item korreliert (r=-.174*, siehe Tabelle 42).

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen Alter und sachlicher und kontrollierter Gesprächsführung (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.171*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.011
	N	225	222
...sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben	Korrelation nach Pearson	.171*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.011	.
	N	222	229

Tabelle 42: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und sachlicher und kontrollierter Gesprächsführung (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	…sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.174*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.011
	N	214	212
…sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben	Korrelation nach Pearson	-.174*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.011	.
	N	212	229

Zudem zeigt das Alter der Teilnehmer eine signifikante (*p*=.023), sehr geringe positive Korrelation (*r*=.153*) bezüglich der Präferenz, auch schwierige Punkte direkt anzusprechen (Tabelle 43), wohingegen die Schwere der Erkrankung mit diesem Item sehr signifikant (*p*=.003) gering negativ korreliert ist (*r*=-.210**); je schwerer die Erkrankung also war, desto niedriger wurde das Item „geratet“ (Tabelle 44).

Tabelle 43: Zusammenhang zwischen Alter und Ansprechen schwieriger Punkte (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	**...sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen**
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.153*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.023
	N	225	220
...sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen	Korrelation nach Pearson	.153*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.023	.
	N	220	227

Tabelle 44: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Ansprechen schwieriger Punkte (Produkt-Moment-Korrelation)

		CGI-Score	**...sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen**
CGI-Score	Korrelation nach Pearson	1	-.210**
	Signifikanz (2-seitig)	.	.003
	N	202	199
...sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen	Korrelation nach Pearson	-.210**	1
	Signifikanz 2-seitig)	.003	.
	N	199	227

Des Weiteren war die Anzahl der Voraufenthalte sehr signifikant (*p*=.007) und die Erkrankungsdauer signifikant (*p*=.018) sehr gering negativ mit der Wichtigkeit von Ratschlägen seitens des Arztes korreliert (*r*=-.186** und *r*=-.168*). Diese „Erfahrungsparameter“ weisen also einen negativen Zusammenhang mit dem Wunsch nach Ratschlägen auf (Tabelle 45 und Tabelle 46).

Tabelle 45: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und Ratschlaggebung (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	**…sollte mir Ratschläge geben**
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.186**
	Signifikanz (2-seitig)	.	.007
	N	214	212
…sollte mir Ratschläge geben	Korrelation nach Pearson	-.186**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.007	.
	N	212	228

Tabelle 46: Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und Ratschlaggebung (Produkt-Moment-Korrelation)

		Erkrankungsdauer (Jahre)	…sollte mir Ratschläge geben
Erkrankungsdauer (Jahre)	Korrelation nach Pearson	1	-.168*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.018
	N	202	198
…sollte mir Ratschläge geben	Korrelation nach Pearson	-.168*	1
	Signifikanz (2-seitig)	.018	.
	N	198	228

Auch das Item „…sollte mich auch mal kritisieren“ ist sehr signifikant (p=.009) sehr gering negativ mit der Anzahl der Voraufenthalte der Probanden korreliert (r=-.180**). Damit schienen „erfahrene“ Patienten weniger Wert darauf zu legen, von ihrem Arzt kritisiert zu werden (Tabelle 47).

Tabelle 47: Zusammenhang zwischen Aufenthalten und kritisiert werden (Produkt-Moment-Korrelation)

		Anzahl der Aufenthalte	…sollte mich auch mal kritisieren
Anzahl der Aufenthalte	Korrelation nach Pearson	1	-.180**
	Signifikanz (2-seitig)	.	.009
	N	214	211
…sollte mich auch mal kritisieren	Korrelation nach Pearson	-.180**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.009	.
	N	211	228

3.2.8 Antwortverhalten zu Verhaltenscharakteristika

Die letzte der a-priori erstellten Subskalen (Verhaltenscharakteristika, siehe Tabelle 48) enthält neben dem von allen Teilnehmern als am wichtigsten erachtetem Item („…sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht“, Gesamtrang 1, M=3.83) auch andere, sehr hoch bewertete Eigenschaften. So liegt „…sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen“ im Vergleich der Mittelwerte aller Items (Tabelle 11) auf dem vierten Rang (M=3.77) und „…sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren“ auf dem neunten Rang (M=3.65). Die Offenbarung von persönlichen Details durch den Arzt (Gesamtrang 47, M=1.49), die uneingeschränkte Wertschätzung des Patienten (Gesamtrang 43, M=1.93) und die Wahrung einer gewissen Distanz (Gesamtrang 41, M=2.37) wurden hingegen relativ niedrig in ihrer Wichtigkeit bewertet.

Tabelle 48: Verhalten des Arztes – Antwortverhalten aller Teilnehmer und Aufgliederung nach Geschlecht mit Gesamtzahlen und Prozentwerten

Meine Ärztin/mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte für mich gut erreichbar sein							
	Gesamt	0 (0%)	21 (9.1%)	97 (41.8%)	109 (47.0%)	5 (2.2%)	21
	Frauen	0 (0%)	9 (9.3%)	37 (38.1%)	50 (51.5%)	1 (1.0%)	
	Männer	0 (0%)	12 (8.9%)	60 (44.4%)	59 (43.7%)	4 (3.0%)	
…sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein							
	Gesamt	0 (0%)	14 (6.0%)	79 (34.1%)	134 (57.8%)	5 (2.2%)	13
	Frauen	0 (0%)	1 (1.0%)	32 (33.0%)	63 (64.9%)	1 (1.0%)	
	Männer	0 (0%)	13 (9.6%)	47 (34.8%)	71 (52.6%)	4 (3.0%)	
…sollte pünktlich sein und Absprachen einhalten							
	Gesamt	2 (0.9%)	37 (15.9%)	111 (47.8%)	74 (31.9%)	8 (3.4%)	31
	Frauen	1 (1.0%)	11 (11.3%)	44 (45.4%)	37 (38.1%)	4 (4.1%)	
	Männer	1 (0.7%)	26 (19.3%)	67 (49.6%)	37 (27.4%)	4 (3.0%)	
…sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen							
	Gesamt	148 (63.8%)	54 (23.3%)	16 (6.9%)	8 (3.4%)	6 (2.6%)	47
	Frauen	67 (69.1%)	20 (20.6%)	6 (6.2%)	3 (3.1%)	1 (1.0%)	
	Männer	81 (60.0%)	34 (25.2%)	10 (7.4%)	5 (3.7%)	5 (3.7%)	
…sollte eine gewisse Distanz bewahren							
	Gesamt	39 (16.8%)	89 (38.4%)	62 (26.7%)	29 (12.5%)	13 (5.6%)	41
	Frauen	14 (14.4%)	34 (35.1%)	27 (27.8%)	20 (20.6%)	2 (2.1%)	
	Männer	25 (18.5%)	55 (40.7%)	35 (25.9%)	9 (6.7%)	11 (8.1%)	
…sollte über meine Krankengeschichte genau bescheid wissen							
	Gesamt	0 (0%)	5 (2.2%)	42 (18.1%)	181 (78.0%)	4 (1.7%)	4
	Frauen	0 (0%)	2 (2.1%)	16 (16.5%)	78 (80.4%)	1 (1.0%)	
	Männer	0 (0%)	33 (2.2%)	26 (19.3%)	103 (76.3%)	3 (2.2%)	
…sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht							
	Gesamt	0 (0%)	2 (0.9%)	34 (14.7%)	190 (81.9%)	6 (2.6%)	1
	Frauen	0 (0%)	1 (1.0%)	13 (13.4%)	80 (82.5%)	3 (3.1%)	
	Männer	0 (0%)	1 (0.7%)	21 (15.6%)	110 (81.5%)	3 (2.2%)	
…sollte selbst nichts persönlich nehmen (Kritik vertragen können)							
	Gesamt	12 (5.2%)	41 (17.7%)	103 (44.4%)	68 (29.3%)	8 (3.4%)	35
	Frauen	3 (3.1%)	17 (17.5%)	45 (46.4%)	29 (29.9%)	3 (3.1%)	
	Männer	9 (6.7%)	24 (17.8%)	58 (43.0%)	39 (28.9%)	5 (3.7%)	
…sollte mich mögen, egal was ich tue							
	Gesamt	90 (38.8%)	79 (34.1%)	30 (12.9%)	22 (9.5%)	11 (4.7%)	43
	Frauen	33 (34.0%)	30 (30.9%)	18 (18.6%)	12 (12.4%)	4 (4.1%)	
	Männer	57 (42.2%)	49 (36.3%)	12 (8.9%)	10 (7.4%)	7 (5.2%)	

Meine Ärztin/mein Arzt…		Häufigkeit der Antworten und Prozentwerte					Rang
		Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig	Fehlend	
…sollte mir vertrauen							
	Gesamt	4 (1.7%)	22 (9.5%)	92 (39.7%)	103 (44.4%)	11 (4.7%)	25
	Frauen	2 (2.1%)	6 (6.2%)	37 (38.1%)	47 (48.5%)	5 (5.2%)	
	Männer	2 (1.5%)	16 (11.9%)	55 (40.7%)	56 (41.5%)	6 (4.4%)	
…sollte alle Patienten gleich behandeln							
	Gesamt	11 (4.7%)	24 (10.3%)	84 (36.2%)	107 (46.1%)	6 (2.6%)	27
	Frauen	2 (2.1%)	10 (10.3%)	31 (32.0%)	52 (53.6%)	2 (2.1%)	
	Männer	9 (6.7%)	14 (10.4%)	53 (39.3%)	55 (40.7%)	4 (3.0%)	
…sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren							
	Gesamt	4 (1.7%)	12 (5.2%)	44 (19.0%)	168 (72.4%)	4 (1.7%)	9
	Frauen	3 (3.1%)	6 (6.2%)	12 (12.4%)	74 (76.3%)	2 (2.1%)	
	Männer	1 (0.7%)	6 (4.4%)	32 (23.7%)	94 (69.6%)	2 (1.5%)	

Bemerkung: Rang bezieht sich auf die Höhe des Mittelwertes in Bezug auf alle Items

Eine sehr signifikante Geschlechtspräferenz findet sich bei dem Item „… sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein“ (Tabelle 49). Frauen war dieser Aspekt deutlich wichtiger (*M*=3.65) als Männern (*M*=3.44).

Tabelle 49: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. der Geduld und Zeit des Arztes

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein	.000	2.500	Frauen	96	3.65	0.502	.010**
			Männer	131	3.44	0.670	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Auch die Wahrung einer gewissen Distanz (Tabelle 50) wurde von weiblichen Teilnehmern sehr signifikant (*p*=.010**) als wichtiger erachtet (*M*=2.56) als von männlichen Teilnehmern (*M*=2.23), wobei dieses Item jedoch, wie schon oben erwähnt, insgesamt eher schwächer gewichtet wurde.

Tabelle 50: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Distanzwahrung

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte eine gewisse Distanz bewahren	.014	2.666	Frauen	95	2.56	0.986	.010*
			Männer	124	2.23	0.854	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Zudem liegt auch bei dem Aspekt „… sollte mich mögen, egal was ich tue“, der ebenfalls insgesamt eher schwächer bewertet wurde, ein signifikanter (*p*=.027*) Geschlechtsunterschied vor (Tabelle 51). Wieder legten Frauen hierauf größeren Wert (*M*=2.10) als männliche Studienteilnehmer (*M*=1.80).

Tabelle 51: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. uneingeschränkter Wertschätzung

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte mich mögen, egal was ich tue	.110	2.231	Frauen	93	2.10	1.033	.027*
			Männer	128	1.80	0.905	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Interessante Befunde liefert außerdem die Frage nach der Gleichbehandlung aller Patienten (Tabelle 52 und Tabelle 53). Auch dieses war weiblichen Probanden signifikant (*M*=3.40; *p*=.047*) wichtiger als männlichen (*M*=3.18). Die Schwere der Erkrankung ist jedoch signifikant sehr gering negativ mit diesem Item korreliert (*p*=.017 und *r*=-.169*, Tabelle 53).

Tabelle 52: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Gleichbehandlung der Patienten

Item	Levene-Test: Signifikanz	T	Stichprobe	*n*	*M*	*SD*	*p* (zweiseitig)
… sollte alle Patienten gleich behandeln	.586	1.997	Frauen	95	3.40	0.764	.047*
			Männer	131	3.18	0.881	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Tabelle 53: Zusammenhang zwischen CGI-Score und Gleichbehandlung der Patienten (Produkt-Moment Korrelation)

		CGI-Score	...sollte alle Patienten gleich behandeln
CGI-Score	Korrelation nach Pearson	1	-.169*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.017
	N	202	199
...sollte alle Patienten gleich behandeln	Korrelation nach Pearson	-.169*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.017	.
	N	199	226

Das Alter der Studienteilnehmer weist zudem eine signifikante sehr geringe positive Korrelation (p=.022 und r=.154*) mit der Wertung der Wichtigkeit einer guten Informiertheit des Arztes über die Krankengeschichte auf (Tabelle 54). Älteren Patienten war dies somit wichtiger.

Tabelle 54: Zusammenhang zwischen Alter und Informiertheit über Krankengeschichte (Produkt-Moment-Korrelation)

		Alter	...sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen
Alter	Korrelation nach Pearson	1	.154*
	Signifikanz (2-seitig)	.	.022
	N	225	221
...sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen	Korrelation nach Pearson	.154*	1
	Signifikanz 2-seitig)	.022	.
	N	221	228

3.3 Itemselektion

Ziel der Arbeit war es, neben einer statistischen Auswertung der Testvorform, mit Hilfe einer Faktorenanalyse übergeordnete Dimensionen des Fragebogens darzustellen und, unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse und einer Reliabilitätsanalyse, eine kompakte Endform des Fragebogens zu erstellen, die zukünftige Untersuchungen ermöglicht.

Bei der Selektion der Items wurde zunächst der Anteil an fehlenden Werten („Missing Data“, MD) berücksichtigt. Es wurde eine MD-Quote von max. 5% akzeptiert, wobei mit dieser recht hohen Quote der Patientenpopulation in einer Akutpsychiatrie Rechnung getragen wurde. Zwei Items überschritten diesen Wert („…sollte einen Kittel tragen“ mit 5.6% und „…sollte eine gewisse Distanz bewahren“ mit ebenfalls 5.6%), was bei dem erstem Item vermutlich an mangelnder Erfahrung einiger Patienten mit dem unterschiedlichen Ankleidungsverhalten der Ärzte und bei dem zweiten Item an der erschwerten Interpretierbarkeit gelegen haben mag. Dennoch wurden die beiden Items aus inhaltlichen Gründen vorerst beibehalten.

Auf eine Ermittlung der Schwierigkeitsindices zur weiteren Itemselektion wurde aufgrund der schon vorher erwarteten sehr hohen Zustimmungswerte zu den meisten Items verzichtet.

3.3.1 Faktorenanalyse

Die 52 Items der Testvorform wurden mittels einer Hauptachsen-Faktorenanalyse faktorisiert. Unter Zugrundelegung der Kaiser-Guttman-Regel (Eigenwerte >1) und der Scree-Tests schienen faktorielle Lösungen zwischen drei und sechzehn Faktoren möglich. Nach dem Errechnen verschiedener Möglichkeiten wurde die Fünf-Faktoren-Lösung ausgewählt, die einschließlich der Kommunalitäten nach Extraktion in Tabelle 55 zusammengefasst ist. Inhaltlich lassen sich die gefundenen Faktoren gut interpretieren und folgendermaßen beschreiben:

Faktor 1: Humanismus/Altruismus:

Dieser Faktor beinhaltet vorwiegend Items, die altruistische, sich selbst zurückstellende und zudem empathische Eigenschaften des Arztes in den Vordergrund stellen.

Faktor 2: enge Bindung und Vertrauen:

Die drei auf diesen Faktor ladenden Items drücken Charakteristika aus, die auf ein sehr enges, persönliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient hinweisen. Zudem spielt hier auch uneingeschränkte Wertschätzung durch den Arzt eine Rolle.

Faktor 3: Autonomie:

Bei Faktor drei liegt die Betonung auf Verhaltensweisen, die eine starke Patientenzentrierung in Richtung eines „Shared-Descision-Making“ aufweisen.

Faktor 4: klassisch/paternalistisch:

Dieser Faktor umschreibt einen Arzt, der dem klassischen Arztbild nahe kommt. Dieser Arzt ist erfahren, selbstsicher, gepflegt und gut ausgebildet. Die Entscheidungen werden vorwiegend von ihm getroffen.

Faktor 5: aktiv, fordernd, einbeziehend:

Beim letzten Faktor finden sich Arztcharakteristika, die einen aktiv arbeitenden, fordernden, involvierten und informierenden Arzt beschreiben, der auch schwierige Punkte bzw. Kritik dem Patienten gegenüber nicht scheut.

Die gefundenen Faktoren klären dabei 35.085% der Gesamtvarianz auf (Tabelle 56).

Tabelle 55: Faktorenanalyse der Testvorform

Itemname	1	2	3	4	5	Kommunalität
… sollte hilfsbereit sein	.572*					.440
… sollte natürlich sein (authentisch, "echt")	.512*					.329
… sollte mir gegenüber höflich sein	.491*			.240		.357
… sollte mich respektieren	.416*	.263				.370
… sollte einfühlsam und verständnisvoll sein	.401*					.184
… sollte in freundliches Wesen haben und humorvoll sein	.398*	.263				.324
… sollte keinen Standesdünkel ("Halbgott in Weiß“) haben	.383*					.146
… sollte Zuversicht vermitteln	.357*			.217	.234	.301

Itemname	1	2	3	4	5	Kommunalität
… sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören	.330*				.214	.313
… sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren	.321*	.245		-.222		.269
… sollte pünktlich sein und Absprachen einhalten	.300*		.231	.238		.346
… sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein	.298*					.281
… sollte seinen Beruf mit Freude und Hingabe ausüben	.259					.165
… sollte selbst nichts persönlich nehmen (Kritik vertragen können)	.239	.235				.196
… sollte anderen Religionen/Sitten gegenüber aufgeschlossen sein	.222					.063
… sollte mich mögen, egal was ich tue		.612*				.371
… sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen		.510*				.306
… sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich		.482*		.211		.325
… sollte mir vertrauen	.201	.387			.206	.290
… sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen		.373				.167
… sollte das gleiche Geschlecht haben wie ich		.295			-.282	.204
… sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soviel wie möglich mit einbeziehen			.680*			.482
… sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen		.241	.583*			.467
… sollte mich gut über meine Medikation aufklären			.481*			.377
… sollte sich regelmäßig fortbilden			.311	.305*		.324
… sollte einen guten Ruf haben				.611*		.460
… sollte einen Kittel tragen				.562*		.322
… sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben				.498*		.308
… sollte die Therapie für mich festlegen			-.339	.382*	.298	.346
… sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben				.365*		.296
… sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein	.303			.353*		.356
… sollte Kenntnisse über die eigene Fachrichtung hinaus haben				.328*		.235
… sollte viel Erfahrung haben				.318*		.236
… sollte bereits ein gewisses Alter haben				.287*		.083
… sollte ein ausgeglichener und ruhiger Mensch sein	.254			.282*		.250
… sollte eine gewisse Distanz bewahren				.264*		.092
… sollte attraktiv sein						.098
… sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen					.633*	.433
… sollte mir Ratschläge geben					.567*	.424
… sollte mir klare Ziele vorgeben				.268	.527*	.410
… sollte meine Mitarbeit aktiv fordern					.497*	.275
… sollte mich auch mal kritisieren	.211				.468*	.313
… sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann					.453*	.273
… sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen			.337		.447*	.380
… sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht					.419*	.206
… sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann					.408*	.217
… sollte alle Patienten gleich behandeln					.355*	.223
… sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht haben	.263				-.351	.172
… sollte für mich gut erreichbar sein				.235	.317*	.317

Itemname	1	2	3	4	5	Kommunalität
… sollte sich gut mit Kollegen abstimmen	.226		.234		.299*	.341
… sollte auch kleine Fortschritte lobend anerkennen				.223	.254	.257
… sollte aus meinem Kulturkreis kommen					-.212	.120

Bemerkungen: * Item wird dem Faktor zugerechnet, Ladungen <0.20 sind nicht aufgeführt. Der Faktor 4 wurde umgepolt (Vorzeichen invertiert), um die meisten Hauptladungen im positiven Ladungsbereich auszuweisen. Die Polung der Faktoren ist in der Faktoranalyse arbiträr, muss jedoch nach Umpolung auch in den nachfolgenden Statistiken, die mit den Faktorwerten arbeiten, ebenfalls invertiert werden.

Tabelle 56: Varianzaufklärung durch Fünf-Faktoren-Lösung

Faktor	Eigenwert	aufgeklärte Varianz in %	Kumuliert in %
1	9.055	17.414	17.414
2	2.822	5.428	22.841
3	2.582	4.965	27.806
4	1.908	3.669	31.476
5	1.877	3.610	35.085

Abbildung 1 zeigt den Screeplot, der als Entscheidungshilfe für die Fünf-Faktoren-Lösung diente.

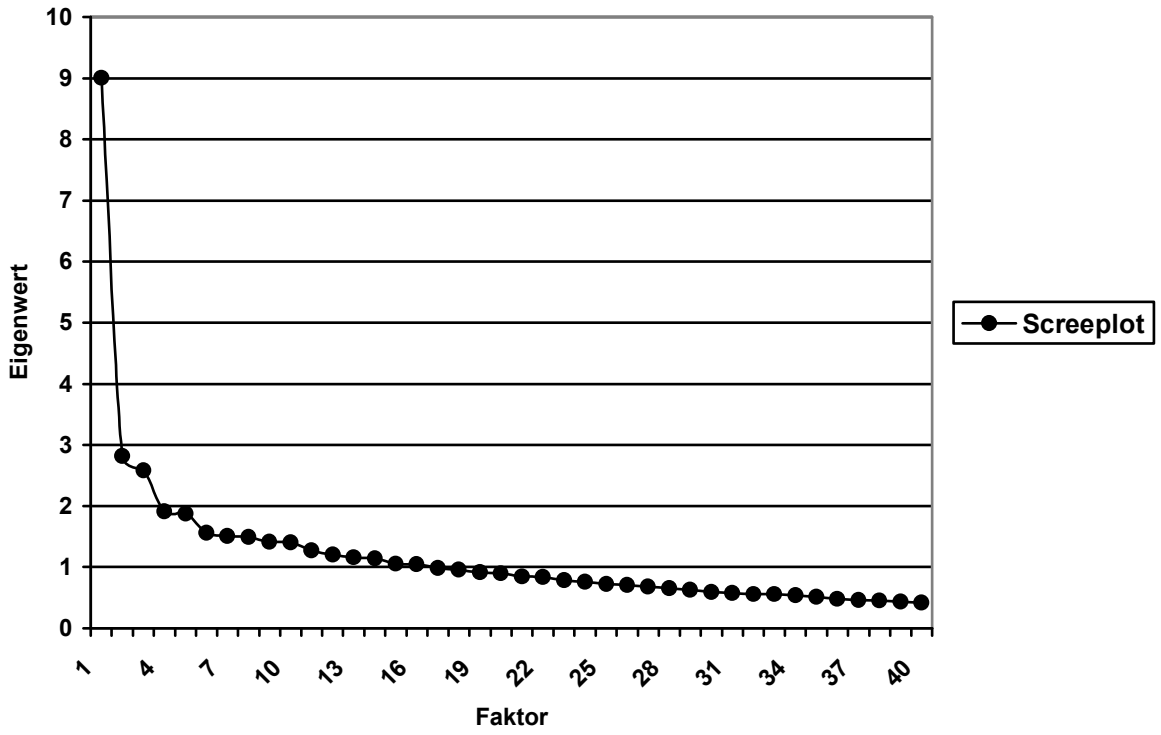

Abbildung 1: Scree-Plot

3.3.2 Interkorrelation der Faktoren

Die Interkorrelationen der fünf Faktoren sind in Tabelle 57 dargestellt. Es finden sich viele sehr geringe bis geringe (vgl. Tabelle 9), zum Teil hochsignifikante, Korrelationen, wobei einzig zwischen Faktor 2 und Faktor 5 keine Zusammenhänge nachweisbar sind.

Tabelle 57: Interkorrelation der Faktoren, Korrelationskoeffizient nach Pearson

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Faktor 1 - Humanismus / Altruismus					
Korrelationskoeffizient	1.000	.224***	.356***	.244***	.387***
Signifikanz (2-seitig)	.	.001	.000	.000	.000
N	232	232	232	232	232
Faktor 2 - enge Bindung und Vertrauen					
Korrelationskoeffizient	.224***	1.000	.132*	.319***	.069
Signifikanz (2-seitig)	.001	.	.044	.000	.295
N	232	232	232	232	232
Faktor 3 – Autonomie					
Korrelationskoeffizient	.356***	.132*	1.000	.140*	.310***
Signifikanz (2-seitig)	.000	.044	.	.033	.000
N	232	232	232	232	232
Faktor 4 - klassisch/paternalistisch					
Korrelationskoeffizient	.244***	.319***	.140*	1.000	.343***
Signifikanz (2-seitig)	.000	.000	.033	.	.000
N	232	232	232	232	232
Faktor 5 - aktiv, fordernd, einbeziehend					
Korrelationskoeffizient	.387***	.069	.310***	.343***	1.000
Signifikanz (2-seitig)	.000	.125	.000	.000	.
N	232	232	232	232	232

Bemerkungen: * die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant
** die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant
*** die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 (2-seitig) signifikant

3.3.3 Verteilung der Faktoren im Vergleich zur Normalverteilung

Die in diesem Kapitel dargestellten Abbildungen (Abbildung 2 bis Abbildung 6) stellen die Verteilungen der Faktorenwerte im Vergleich zur Normalverteilung mit den statistischen Parametern Mittelwert und Standardabweichung dar. Die Faktoren 1 und 4 zeigen dabei eine annähernde Normalverteilung, wohingegen Faktor 3 und 5 eine eher ins Positive verschobene und Faktor 2 eine eher ins Negative verschobene Verteilung aufweisen. Bei dem zweiten Faktor ist dies durch die eher ablehnende Haltung vieler Probanden gegen eine enge Bindung, in die auch Persönliches von dem Arzt einfließt, zu deu-

ten. Die Faktoren 3 (Autonomie) und 5 (aktiv, fordernd, einbeziehend) scheinen hingegen insgesamt eine höhere Zustimmung zu erreichen.

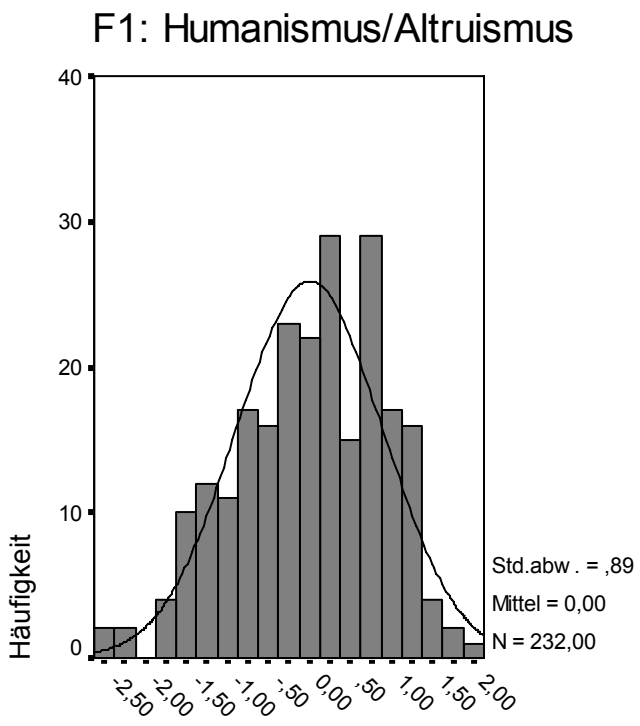

Abbildung 2: Verteilung Faktor 1 im Vergleich zur Normalverteilungskurve

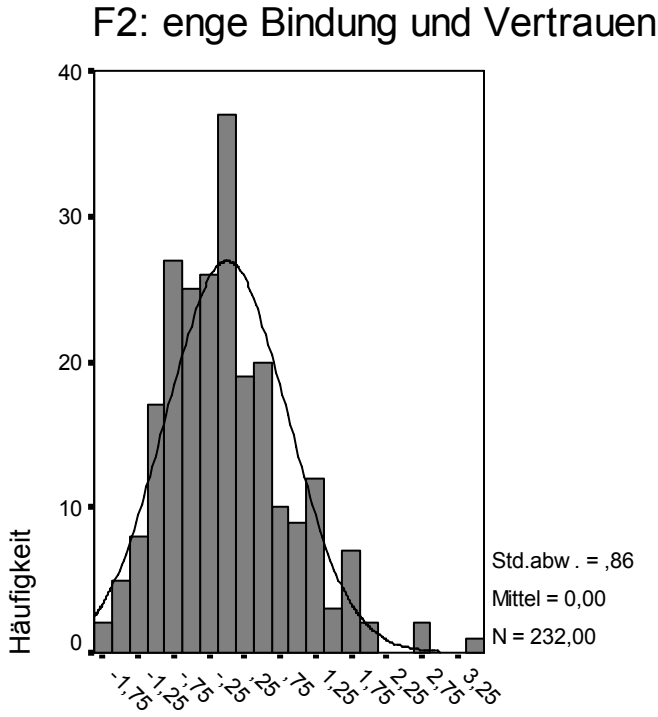

Abbildung 3: Verteilung Faktor 2 im Vergleich zur Normalverteilungskurve

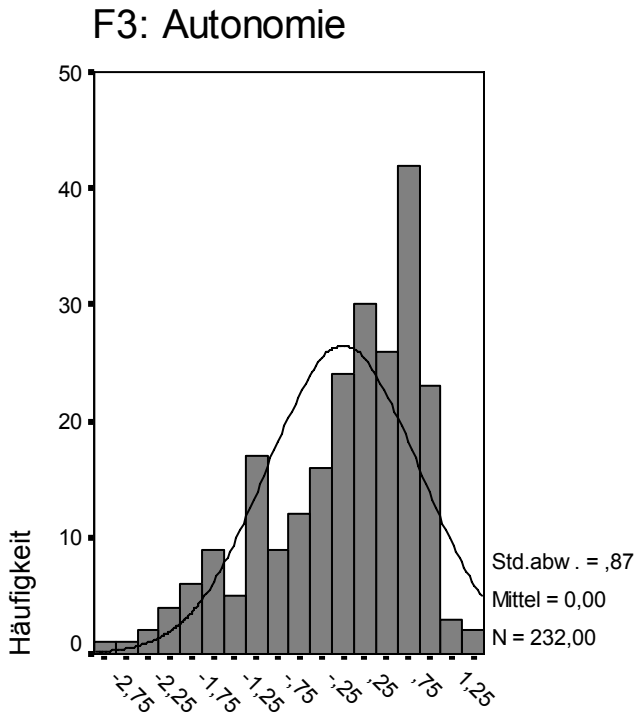

Abbildung 4: Verteilung Faktor 3 im Vergleich zur Normalverteilungskurve

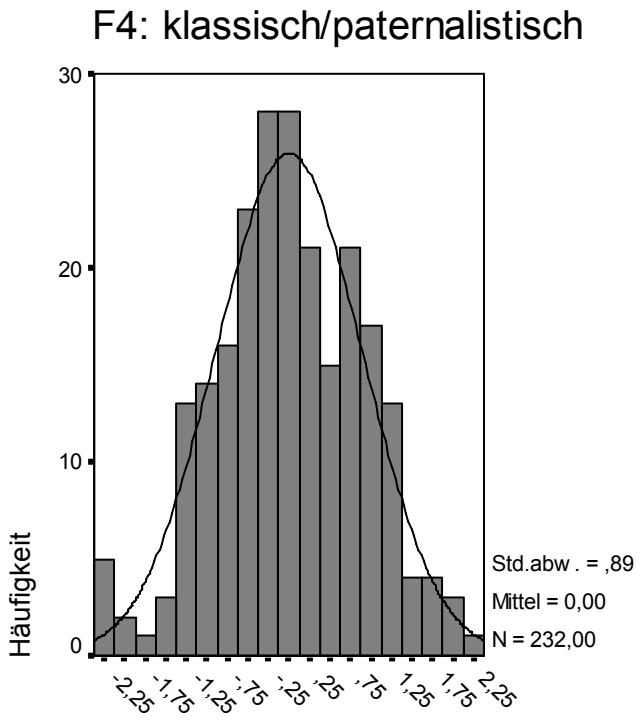

Abbildung 5: Verteilung Faktor 4 im Vergleich zur Normalverteilungskurve

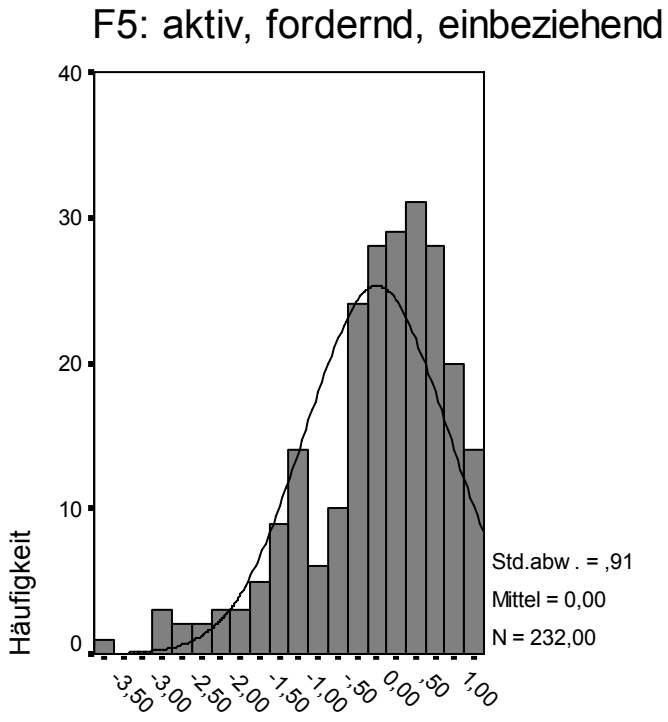

Abbildung 6: Verteilung Faktor 5 im Vergleich zur Normalverteilungskurve

3.3.4 Korrelation der Faktoren mit den soziodemographischen Daten

In diesem Abschnitt werden Zusammenhänge zwischen dem Alter der Probanden, der Häufigkeit der Voraufenthalte, der Erkrankungsdauer und der Schwere der Erkrankung (erfasst anhand des CGI) in Bezug auf die Faktoren dargestellt. Zudem wird auf signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Faktoren eingegangen.

Wie Tabelle 58 zeigt, weist das Alter der Probanden nur bei Faktor 1 eine signifikante (p=.015) sehr geringe negative Korrelation (r=-.161*) und mit Faktor 4 eine signifikante (p=.041) sehr geringe positive Korrelation (r=.136*) auf. Somit sinkt mit zunehmendem Alter die Ladung auf den Faktor „Humanismus/Altruismus“, sie steigt allerdings in Bezug auf den Faktor „klassisch/paternalistisch“. Letzteres scheint ein Indiz auf eine mit dem Alter abnehmende Präferenz für die Partizipation, hin zu einem mehr klassisch/paternalistisch ausgerichteten Arzt zu sein. Die Schwere der Erkrankung zeigt keine signifikanten Korrelationen zu den einzelnen Faktoren.

Tabelle 58: Alter und CGI, Korrelationen mit den Faktoren

	F1: Humanismus/ Altruismus	F2: enge Bindung und Vertrauen	F3: Autonomie	F4: klassisch/ paternalistisch	F5: aktiv, fordernd, einbeziehend
Alter					
Korrelation nach Pearson	-.161*	-.048	.097	.136*	.110
Signifikanz (2-seitig)	.015	.475	.146	.041	.099
N	225	225	225	225	225
CGI					
Korrelation	.016	.098	-.029	-.037	-.113
Signifikanz (2-seitig)	.817	.165	.681	.598	.111
N	202	202	202	202	202

Aus Tabelle 59 wird ersichtlich, dass die Erkrankungsdauer keine signifikanten Zusammenhänge mit den einzelnen Faktoren aufweist. Die Anzahl der stationären Voraufenthalte in einer Psychiatrie hingegen ist sehr signifikant (p=.009) sehr gering negativ mit Faktor 4 korreliert (r=-.177**) und zeigt eine signifikante (p=.013) sehr geringe negative Korrelation (r=-.169*) mit Faktor 5. Somit weisen Patienten mit größerer klinischer Erfahrung (objektiviert durch die Zahl der Voraufenthalte) eine negative Ladung sowohl auf den „klassisch/paternalistischen“ Faktor, als auch auf den „aktiven, fordernden und einbeziehenden“ Faktor auf. Dies lässt den Schluss zu, dass erfahrene Patienten einer klassisch/paternalistischen Ausrichtung und einem aktiven, fordernden Arzt eher skeptisch gegenüber standen.

Tabelle 59: Voraufenthalte und Erkrankungsdauer, Korrelationen mit den Faktoren nach Pearson

	F1: Humanismus/ Altruismus	F2: enge Bindung und Vertrauen	F3: Autonomie	F4: klassisch/ paternalistisch	F5: aktiv, fordernd, einbeziehend
Voraufenthalte					
Korrelation nach Pearson	.068	.084	.052	-.177**	-.169*
Signifikanz (2-seitig)	.320	.219	.447	.009	.013
N	214	214	214	214	214
Erkrankungsdauer					
Korrelation	-.009	.084	.073	-.067	-.080
Signifikanz (2-seitig)	.903	.232	.301	.343	.255
N	202	202	202	202	202

Bei der Untersuchung von Präferenzen der Geschlechter für die Faktoren mittels t-Test ergeben sich nur für Faktor 3 (p=.003**) und Faktor 4 (p=.047*) signifikante Unterschiede. Demnach bewerteten weibliche Probanden den Faktor 3 (Tabelle 60) und männliche Probanden den Faktor 4 (Tabelle 61) höher.

Tabelle 60: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Faktor 3: Autonomie

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*MW*	*SD*	*p* (zweiseitig)
Faktor 3: Autonomie	.553	2.997	Frauen	97	.199	.836	.003**
			Männer	135	-.143	.874	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

Tabelle 61: t-Test Präferenzen der Geschlechter bzgl. Faktor 4: klassisch/ paternalistisch

Item	Levene-Test: Signifikanz	*T*	Stichprobe	*n*	*MW*	*SD*	*p* (zweiseitig)
Faktor 4: klassisch/ paternalistisch	.944	-1.999	Frauen	97	-.137	.894	.047*
			Männer	135	.098	.881	

Bemerkung: bei einem Levene-Test mit p<.05 wird Varianzenheterogenität angenommen

3.3.5 Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der Faktoren und Itemeliminierung

Wie schon oben erwähnt, ordnete die Faktorenanalyse die 52 Items der Testvorform fünf Faktoren mit folgenden Inhalten zu:

Faktor 1: Humanismus/Altruismus
Faktor 2: Enge Bindung und Vertrauen
Faktor 3: Autonomie
Faktor 4: Klassisch/paternalistisch
Faktor 5: Aktiv, fordernd, einbeziehend

Um einen möglichst kompakten, wenig redundanten Fragebogen für zukünftige Arbeiten zu erhalten, wurde im Folgenden eine Itemeliminierung unter Berücksichtigung einer noch ausreichenden, internen Konsistenz durchgeführt.
Um die Faktoren auf ihre interne Konsistenz zu überprüfen, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Das hierfür benutzte Reliabilitätsmodell Alpha (Cronbach) beruht auf der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items.

Wie aus Tabelle 62 zu entnehmen ist, wurden mehrere Items aus Gründen zu niedriger Trennschärfekoeffizienten zugunsten der internen Konsistenz aus den Skalen eliminiert. Zudem führten auch inhaltliche Erwägungen (face validity - das Item sollte inhaltlich zum theoretischen Konstrukt, das gemessen werden sollte, passen und Redundanz vermieden werden) und in einem Fall zu hohe Nebenladungen zur weiteren Reduktion der Itemzahl.

Tabelle 62: Interne Konsistenz der Faktoren der Kurzskalen

Faktor	Itemanzahl	Aus der Skala eliminierte Items	Cronbachs α (interne Konsistenz)
1	12	5	.7550
2	3	1	.6063
3	3	0	.6891
4	12	5	.7411
5	12	5	.7550

Insgesamt ist die interne Konsistenz der Faktoren 1 und 5 mit je α=.755 und des Faktors 4 mit α=.7411 relativ gut, Faktor 2 und 3 kommen noch auf Werte von α=.6063 bzw. α=.6891.
Aus Gründen der Übersichtlichkeit zeigt Tabelle 63, welche Items eliminiert wurden und worin die Hauptbeweggründe für dieses Vorgehen lagen.

Tabelle 63: Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse

Faktor	Ursprüngliche Items	Nach Trennschärfekoeffizient eliminiert	Nach inhaltlichen Kriterien eliminiert	Aufgrund zu hoher Nebenladung eliminiert	Nach Reliabilitätsanalyse verbleibende Items
F1: Humanismus/Altruismus					
	… sollte hilfsbereit sein				**X**
	… sollte natürlich sein (authentisch, "echt")	**X**			
	… sollte mir gegenüber höflich sein				**X**
	… sollte mich respektieren				**X**
	… sollte einfühlsam und verständnisvoll sein				**X**
	… sollte in freundliches Wesen haben und humorvoll sein				**X**
	… sollte Zuversicht vermitteln	**X**			
	… sollte keinen Standesdünkel ("Halbgott in Weiß“) haben	**X**			
	… sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören				**X**
	… sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren		**X**		
	… sollte pünktlich sein und Absprachen einhalten		**X**		

Faktor	Ursprüngliche Items	Nach Trennschärfekoeffizient eliminiert	Nach inhaltlichen Kriterien eliminiert	Aufgrund zu hoher Nebenladung eliminiert	Nach Reliabilitätsanalyse verbleibende Items
	… sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein				X
F2: enge Bindung/Vertrauen					
	… sollte mich mögen, egal was ich tue	X			
	… sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen				X
	… sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich				X
F3: Autonomie					
	… sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soviel wie möglich mit einbeziehen				X
	… sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen				X
	… sollte mich gut über meine Medikation aufklären				X
F4: klassisch/paternalistisch					
	… sollte sich regelmäßig fortbilden				X
	… sollte einen guten Ruf haben				X
	… sollte einen Kittel tragen	X			
	… sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben				X
	… sollte die Therapie für mich festlegen	X			
	… sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben				X
	… sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein				X
	… sollte Kenntnisse über die eigene Fachrichtung hinaus haben				X
	… sollte viel Erfahrung haben				X
	… sollte bereits ein gewisses Alter haben	X			
	… sollte ein ausgeglichener und ruhiger Mensch sein		X		
	… sollte eine gewisse Distanz bewahren	X			
F5: aktiv, fordernd, einbeziehend					
	… sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen				X
	… sollte mir Ratschläge geben				X
	… sollte mir klare Ziele vorgeben				X

Faktor	Ursprüngliche Items	Nach Trennschärfekoeffizient eliminiert	Nach inhaltlichen Kriterien eliminiert	Aufgrund zu hoher Nebenladung eliminiert	Nach Reliabilitätsanalyse verbleibende Items
	… sollte meine Mitarbeit aktiv fordern				X
	… sollte mich auch mal kritisieren				X
	… sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann				X
	… sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen			X	
	… sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht	X			
	… sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann		X		
	… sollte alle Patienten gleich behandeln	X			
	… sollte für mich gut erreichbar sein				X
	… sollte sich gut mit Kollegen abstimmen		X		

3.3.6 Entwicklung der Endfassung des Fragebogens

Nachdem mit Hilfe der Faktorenanalyse eine Fünf-Faktoren-Lösung gefunden wurde und weiterhin noch mehrere Items aus inhaltlichen Gründen wegen zu niedriger Trennschärfe oder zu hoher Nebenladung aus dem ursprünglichen Itempool entfernt wurden (siehe Tabelle 63), verblieben noch 26 Items im Fragebogen. Diese Itemreduktion und die daraus resultierenden Kurzskalen wurden im Hinblick auf einen möglichst kompakten Fragebogen, der somit leichter in zukünftigen Studien eingesetzt werden kann, durchgeführt. Um der hierbei entstandenen Unausgeglichenheit der Verteilung der Items auf die Faktoren (vergleiche Tabelle 62) und damit einer Inhomogenität bei der Auswertung in zukünftigen Studien entgegenzuwirken, wurden unter Zuhilfenahme der Literatur und mittels Bearbeitung durch die Konsensusgruppe neue Items kreiert. Dabei wurde großer Wert auf eine inhaltliche Kongruenz der neuen Items mit den Interpretationen der Faktoren gelegt. Insgesamt wurde der zweite Faktor (enge Bindung und Vertrauen) um fünf, der dritte Faktor (Autonomie) hingegen nur um vier Items ergänzt. Damit besteht die endgültige Version des Fragebogens aus 35 Items, die sich gleichmäßig auf die fünf Faktoren verteilen. Alle neuen Items finden sich in Tabelle 64.

Tabelle 64: Neu erstellte Items für die Endfassung des Fragebogens

	Neu erstellte Items (Meine Ärztin /mein Arzt …)
Faktor 2	
	…sollte ähnliches „erlebt“ haben wie ich
	…sollte aus einem ähnlichen Umfeld wie ich kommen (soz. Hintergrund)
	…sollte sich auch für mein Privatleben interessieren
	…sollte neben einer professionellen auch eine freundschaftliche Beziehung zu mir aufbauen.
	…sollte Interesse an mir als Person haben
Faktor 3	
	…sollte mich umfassend über alle therapeutischen Möglichkeiten informieren
	…sollte mir Alternativen zu meiner Therapie aufzeigen
	…sollte mit mir verschiedene Ansätze zur Lösung meiner Probleme aufzeigen
	…sollte mit mir zusammen die Risiken und Vorteile einer medikamentösen Therapie besprechen

In Kapitel 7.2 findet sich die endgültige Version des Fragebogens.

4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Vorstudie und der Vorbefunde aus der Literatur ein Fragebogen entwickelt, der einer Stichprobe von 232 allgemeinpsychiatrischen Patienten vorgelegt und vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer Faktorenanalyse weiterentwickelt wurde. In der Literatur finden sich nur wenige Daten, die einen Vergleich mit den hier gefundenen Ergebnissen zulassen und die Studie hat zu großen Teilen explorativen Charakter. Im ersten Teil der Diskussion soll dennoch eine Einordnung in den bislang bestehenden wissenschaftlichen Kontext versucht werden. Anschließend erfolgt die kritische Auseinandersetzung mit der Fragebogenentwicklung und den Ergebnissen der Faktorenanalyse.

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studie wird durch mehrere Punkte eingeschränkt:
Die Stichprobe stellt kein genaues Abbild aller psychiatrisch erkrankten Patienten in einer stationären Behandlung dar. Zum einen wurden nicht alle Diagnosegruppen (wie zum Beispiel Angst- und Zwangspatienten) in die Untersuchung mit eingeschlossen und zum anderen überwog der Anteil der Suchtpatienten, was zu einer Verzerrung der Daten geführt haben könnte. Zudem wurden auch aus Sicht der behandelnden Ärzte zu schwer erkrankte Patienten nicht in die Studie aufgenommen und die Teilnehmer mussten ausreichend Deutsch sprechen und lesen können. Somit kann beispielsweise keine Aussage über die Prioritäten besonders schwer erkrankter Patienten oder Patienten, die ein gewisses Bildungs- oder Sprachniveau nicht erreichen, gemacht werden. Auch sind durch die Zuweisung des Behandlers weitere Selektionseffekte nicht auszuschließen.
Außerdem kann die soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben, da es möglich erscheint, dass unter den Patienten, die eine Teilnahme ablehnten, viele unzufrieden und skeptisch gegenüber der Behandlung waren. Aber gerade dieses Kollektiv hat eventuell ganz spezifische Vorstellungen, wie sein Wunscharzt sein sollte.
Im Hinblick auf die statistische Auswertung der Daten ist eine diskriminierende Interpretation der Ergebnisse aufgrund der im Ganzen sehr hohen Mittelwerte erschwert und es ist nicht auszuschließen, dass einige Itemformulierungen gerade für schwer erkrankte oder unter Medikation stehende Patienten missverständlich oder zu schwierig ausgefallen sind. Des Weiteren sind die gefundenen Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Items zumeist nur gering ausgeprägt, was ihre Aussagekraft einschränkt.
Zudem erfahren die Ergebnisse der Faktorenanalyse aufgrund der eher geringen Varianzaufklärung der Fünf-Faktoren-Lösung und der teilweise grenzwertigen internen Konsistenz der gekürzten Faktoren Limitationen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Testvorform

Die insgesamt, wie erwartet, sehr hoch eingeschätzte Wichtigkeit einer großen Zahl der Items (42 Items sind bezüglich des Mittelwertes zumindest mit „etwas wichtig“ eingeschätzt worden) erschwert die Auswertung und Erstellung einer Prioritätenreihenfolge. Dennoch lassen sich hier einige Ergebnisse ableiten, die Schlussfolgerungen auf übergeordnete Dimensionen zulassen.
Das globale Ranking über alle Items nach Mittelwert zeigt die Bedeutung von Ehrlichkeit in Bezug auf die Krankheit und die damit verknüpfte Prognose. In den bislang zitierten Arbeiten finden sich vergleichbare Ergebnisse bei Fones et al. (1998), hier allerdings nur in der Gruppe der befragten Mediziner, die Ehrlichkeit auch am höchsten bewerteten, wohingegen die „Nicht-Mediziner“ mehr Wert auf „kognitive Variablen“ wie z.B. „kenntnisreich“ und „fortgebildet“ legten. Auch Langewitz et al. (2006) stellten in ihrer Arbeit die große Bedeutung von Ehrlichkeit über die Krankheit heraus. Unter Einbeziehung des Items „…sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann“, welches im Mittelwertvergleich das dritthöchste Ergebnis erreicht, offenbart sich die Wichtigkeit von Vertrauen dem Arzt gegenüber, da sowohl Ehrlichkeit als auch Verlässlichkeit als Vertrauensvariablen aufgefasst werden dürfen. Schon bei Coulter (2002) wurde Vertrauen als eines der Kernelemente der "Arzt-Patienten-Beziehung" beschrieben und bei Thom et al. (2002) wurde betont, dass ein Mangel an Vertrauen mit unerfüllten Erwartungen assoziiert ist.

Betrachtet man alle ersten zehn Items der Rangfolge, deren Mittelwertunterschiede sich zudem in engen Grenzen halten (3.61-3.83), erkennt man analog zu Fones et al. (1998) die große Bedeutung von Kommunikationsaspekten, denen zumindest drei der zehn Items zugerechnet werden können („…sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann; …sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören; …sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen“). Im weiteren Sinne sind diese Gesprächscharakteristika zudem Ausdruck einer aktiven Eingebundenheit des Patienten in das Therapiegespräch. Auch wenn explizit die Patientenautonomie betreffende Items nicht ganz so hoch bewertet wurden (siehe Rang 5, 10 und 17 in Tabelle 11), so lässt sich doch in Zusammenhang mit der Wichtigkeit von Kommunikationseigenschaften des Arztes ein deutlicher Wunsch nach mehr Einbezogenheit in therapeutische Fragestellungen erkennen (Fones et al., 1998). Somit scheint sich auch hier der in der Literatur oftmals beschriebene Wunsch nach mehr Patientenautonomie (z.B. Schattner et al., 2004; Wensing et al., 1998) im Sinne des „Shared-Decision-Makings“ abzuzeichnen. Unterstützt wird diese These zudem von den eher niedrig bewerteten Items, die eine sehr paternalistisch geprägte Ausrichtung des Arztes (… sollte die Therapie für mich festlegen, Rang 42) oder eine ganz auf den Patienten zentrierte Vorgehensweise (… sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen, Rang 45), die dem Patienten damit auch die ganze Verantwortung überlässt, zum Inhalt haben. In Bezug auf die spezifische Population der psychiatrisch Erkrankten lässt dies zumindest die Folgerung zu, dass auch hier, analog zu den Ergebnissen von Hamann et al. (2005) bei schizophrenen Patienten, tendenziell der Wunsch nach Patientenzentriertheit besteht. Inwieweit dies allerdings, gerade in Bezug auf die Partizipationsfähigkeit schwer erkrankter Patienten und die Unterschiede, die verscheide Krankheitsbilder aufweisen, in der Klinik praktikabel und vor allem auch vorteilhaft ist, kann die gegenwärtige Studienlage nicht beantworten (Hamann et al., 2003a). Es ist durchaus möglich, dass die Risiken, die eine größere Patientenzentrierung, gerade im Hinblick auf Selbst- und Fremdgefährdung

bei suboptimaler Behandlung birgt, die Vorteile übersteigen (Hamann et al., 2003b). Einen Hinweis darauf, dass nicht jede Patientenpopulation von einer erweiterten Patientenautonomie profitieren würde, geben die Assoziationen des Alters mit der Wichtigkeit, dass der Arzt die Therapie festlegt und die negative Korrelation der Schwere der Erkrankung (CGI) mit der Wichtigkeit der guten Aufklärung über die Medikation. Wie schon in anderen Arbeiten berichtet (McKinstry, 2000; Hamann et al., 2003a; Klemperer, 2003; Hamann et al., 2005), scheinen somit besonders jüngere Patienten Wert auf eine Stärkung der Patientenautonomie zu legen. Psychisch Erkrankte scheinen hier keine Ausnahme zu bilden. Zudem legen diese Befunde nahe, dass schwerer erkrankte Patienten eher kein gesteigertes Informationsbedürfnis aufweisen und somit direktiveren Ansätzen den Vorzug zu geben scheinen.

Wichtige Erkenntnisse liefert auch die hohe Zustimmung zu dem Item „…sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein“ (Rang 13), welches nur exemplarisch für eine Reihe anderer Arztcharakteristika steht, die mit einem gewissen Zeitaufwand in der Interaktion mit dem Patienten verbunden sind (wie zum Bespiel die gute Aufklärung über die Medikation), und für diesen einen hohen Stellenwert besitzen. Wie auch schon von Schattner et al. (2004) beschrieben, liegt hier gerade in der heutigen Zeit, in der die Fallzahlen weiter ansteigen und immer mehr Patienten in einem kürzeren Zeitraum behandelt werden müssen, eine große Herausforderung für die Ärzte. Sie zu meistern, scheint wichtig, um in Zukunft weiterhin tragfähige und vor allem auch erfolgreiche Beziehungen zu den Patienten aufzubauen.

Interessant ist außerdem der eher geringe Wunsch nach Einbeziehung von Persönlichem und Privatem des Arztes in die therapeutische Beziehung. Zeigten noch 67% der Befragten im oben erwähnten qualitativen Anteil der Vorstudie Interesse an diesen Aspekten und erwarteten davon eine Minderung der Distanz zum Arzt und eine „freundschaftlichere“ Beziehung, so ergab die hier vorliegende Arbeit konträre Ergebnisse. Die hiermit in Verbindung stehenden Items („…sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen“; „…sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich“) weisen einen im Vergleich niedrigen Mittelwert auf und finden sich im untersten Viertel der Vergleichsreihenfolge. Einschränkend muss allerdings der geringe Stichprobenumfang der Vorstudie (N=60) und die unterschiedliche Erhebungsmethode genannt werden. Somit kann diesbezüglich noch keine klare Aussage getroffen werden und weitere Arbeiten auf diesem Gebiet scheinen notwendig.

Die geringen Mittelwerte der Items „… sollte das gleiche Geschlecht haben wie ich“ und „…sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht haben“ weisen darauf hin, dass die meisten Studienteilnehmer keine Präferenz für das Geschlecht ihres Behandlers haben. Damit lassen sich die Funde von Bourke (2002), die ergaben, dass 24% der Frauen und 19% der Männer einen Arzt desselben Geschlechts vorziehen, nicht in vollem Umfang bestätigen. In der vorliegenden Arbeit war dieser Aspekt ca. 85% der weiblichen Probanden und ca. 88% der männlichen „überhaupt nicht wichtig“. Allerdings wurde auch schon aus der Untersuchung von Bourke (2002) deutlich, dass diese Arztcharakteristika im Vergleich zu beispielsweise Kommunikationseigenschaften eine geringe Rolle spielen. Limitierend muss zudem erwähnt werden, dass die Formulierung dieser speziellen Items einigen der Teilnehmer nach eigener Auskunft Schwierigkeiten bereitete und daher falsch-niedrige Werte möglich sind.

Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, so zeigt sich, dass bei allen signifikanten Ergebnissen Frauen die jeweiligen Items als wichtiger bewertet haben. Zu ähnlichen Schlüssen kam auch schon Bourke (2002), die zeigte, dass Frauen fast alle direkt den Arzt betreffende Items höher und damit als wichtiger bewerteten. Die im Ergebnisteil beschriebenen signifikanten Geschlechtsunterschiede deuten zudem darauf hin, dass weiblichen Teilnehmern eine Partizipation an Therapieentscheidungen, aber auch beispielsweise ein guter Ruf, regelmäßige Fortbildungen und ein gepflegtes Erscheinungsbild wichtiger sind als den männlichen Studienteilnehmern. In Bezug auf die höhere Präferenz für eine Partizipation an Therapieentscheidungen sind diese Ergebnisse konträr zu den Befunden von McKinstry (2000), der keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer größeren Involviertheit in Therapieentscheidungen feststellen konnten.

In Bezug auf das Alter und die damit verknüpften signifikanten Korrelationen erkennt man die schon oben erwähnte Tendenz zu einem eher klassisch/paternalistisch agierenden Arzt, der erfahren und kenntnisreich ist, schon ein gewisses Alter erreicht hat und die Therapieentscheidungen und Therapieziele dem Patienten klar vorgibt. Die vorliegenden Daten stützen damit die Aussagen von McKinstry (2000), Steinbach (2004), Hamann et al. (2005) und Langewitz et al. (2006). In Verbindung mit der oft erwähnten Zunahme des Partizipationswunsches in den vergangenen Jahren (u.a. Scheibler et al., 2003) ist dies möglicherweise als eine Art Generationseffekt zu sehen. Ältere Menschen könnten demnach mit dem klassisch/paternalistischen Arztbild aufgewachsen sein und daran auch weiterhin festhalten. Andererseits ist es auch denkbar, dass sich bei Patienten, die heute eher einen partizipatorischen Ansatz bevorzugen, in der Zukunft mit zunehmendem Alter hingegen stärkere Tendenzen zum Paternalismus zeigen, sich hier also ein intrapersoneller Wandel vollzieht. Um darüber genauere Aussagen treffen zu können, müsste eine prospektive Längsschnittstudie durchgeführt werden, die in dieser Art nach dem Wissen des Autors noch nicht existiert.
Bei Betrachtung der weiteren Korrelationen zwischen dem Alter und den Items fällt es schwer, eine Erklärung für die negativen Zusammenhänge zwischen Alter und einerseits Höflichkeit, andererseits Hilfsbereitschaft zu geben, da sich diese Befunde nicht durch die dargestellten theoretischen Grundlagen begründen lassen.

Zu der schon weiter oben beschriebenen, negativen Korrelation der Schwere der Erkrankung mit der guten Aufklärung über die Medikation und die daraus ableitbare Präferenz für einen direktiveren Ansatz in der Arzt-Patienten-Beziehung, kommen die ebenfalls negativen Korrelationen mit den Items „…sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen“ und „…sollte alle Patienten gleich behandeln“. Hieraus könnte abgelesen werden, dass schwer kranke Patienten nicht nur einen eher direktiven, sondern auch direkten Ansatz präferieren und es ihnen wichtig ist, ganz spezifisch und individuell behandelt zu werden. Dies spricht darüber hinaus für eine ausreichende Introspektionsfähigkeit zur Einschätzung der Schwere der eigenen Erkrankung und somit für die Fähigkeit, an Therapieentscheidungen (z.B. bezüglich des Therapiestils) zu partizipieren.

Größere klinische Erfahrung (gemessen an der Zahl der Voraufenthalte), aber auch längere Erkrankungsdauer ist positiv mit dem Wunsch nach einem Arzt aus dem eigenen Kulturkreis assoziiert. Unter der Annahme, dass Patienten mit vielen Voraufenthalten bzw. längerer Erkrankungsdauer auch öfter Erfahrungen mit Ärzten aus anderen Kulturkreisen gemacht haben, lässt dies den Schluss zu, dass die dabei zustande gekommenen Arzt-Patienten-Beziehungen oftmals negativer bewertet wurden. Ein wesentlicher Grund hierfür könnte die in diesen Fällen oft bestehende Sprachbarriere sein, die gerade in psychotherapeutischen Behandlungen ein ernsthaftes Problem darstellen kann. Für kommende Studien wäre es daher wichtig, diesen Aspekt differenzierter aufzugreifen, um mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren.
Des Weiteren ist die Bedeutung für die Patienten, dass ihr Arzt keinen Standesdünkel besitzt, positiv mit den Voraufenthalten korreliert. Dies ließe sich ebenfalls mit schlechten Erfahrungen in der Vorgeschichte erklären.
Interessante Rückschlüsse könnten zudem die negativen Korrelationen zulassen. So lässt sich ihr Auftreten in Zusammenhang mit den Items „…sollte mich auch mal kritisieren“, „…sollte mir Ratschläge geben“, „…sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben“, „…sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein“ und „…sollte mir klare Ziele vorgeben“ als Indiz für eine gewisse Resignation von chronisch Kranken in Bezug auf direkte und aktive Therapieinterventionen und der Bevorzugung eines zurückhaltenderen und eher empathischen Arztes sehen. Außerdem scheint eine Erklärung für die negative Korrelation mit einem gepflegten Erscheinungsbild des Arztes aufgrund einer geringeren Gewichtung von äußeren Charakteristika möglich. Patienten mit mehr Klinikerfahrung scheinen somit den inneren Werten des Arztes, die nach vielen Studien entscheidenden Beitrag zur Formung einer guten therapeutischen Allianz leisten (u.a. Ackermann et al., 2003), mehr Bedeutung beizumessen.
Auffällig ist weiterhin, dass keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Krankenhaus- und Krankheitserfahrung und Aspekten der Patientenautonomie gefunden werden konnten.

Insgesamt sind die gefundenen signifikanten Korrelationen der Patientendaten mit den Items mit Zurückhaltung zu bewerten, da sie meist nur gering ausgeprägt waren und zudem selten ein hohes Signifikanzniveau erreicht wurde.

Wie bereits weiter oben erwähnt, kann man annehmen, dass zwischen von Patienten gewünschten und erwarteten Arztcharakteristika und den Arztvariablen, die einen positiven Einfluss auf die therapeutische Allianz haben, eine größere Schnittmenge existiert. Die vorliegenden Ergebnisse stützen diese Aussage, da ein Großteil der in 1.5.2.1 erwähnten Arztvariablen und Therapietechniken, die einen Zusammenhang mit der Ausbildung einer guten therapeutischen Allianz zeigen, auch von den Studienteilnehmern als sehr wichtig angesehen wurden. So findet sich, wobei hier nur die am höchsten bewerteten genannt werden sollen, Vertrauenswürdigkeit (Horvath & Greenberg, 1989) in den Items „…sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann“ und „…sollte ehrlich sein, was meine Krankheit/Prognose angeht“, die Rang eins und Rang drei im Mittelwertevergleich (siehe Tabelle 11) einnehmen, die Fähigkeit wachsam zu wirken und Interesse zu zeigen (Hersoug et al., 2001; Saunders, 1999) in dem Item „…sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören“ (Rang 6), respektvoller Umgang mit dem Patienten (Bachelor, 1995) in dem Item „…sollte mich respektieren“ (Rang 7) und

die Fähigkeit emotionale Wärme (Mohl et al., 1991) und Verständnis zu vermitteln (Bachelor, 1991; Crits-Christoph et al., 1998) in dem Item „…sollte einfühlsam und verständnisvoll sein“ (Rang 11) wieder. Diese hohe Übereinstimmung der Patientenprioritäten mit den die Allianz stützenden Therapeutenvariablen und –techniken, zeigt, wie eng diese Aspekte zusammenhängen. Dies könnte einen möglichen Ansatzpunkt für zukünftige Untersuchungen darstellen. Es wäre wünschenswert, die genaue Ätiologie dieser Zusammenhänge herauszuarbeiten und zu überprüfen, ob sich beispielsweise eine gute therapeutische Allianz erst durch die Erfüllung der Wünsche und Erwartungen der Patienten und der damit größeren Zufriedenheit entwickelt.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der Faktorenanalyse und der Erstellung der endgültigen Fragebogenversion

Mit der hier vorliegenden Arbeit wird ein neues Instrument zur Erfassung von Wünschen und Erwartungen psychisch Erkrankter an die sie behandelnden Ärzte vorgelegt. Der Fragebogen verfolgt ein multidimensionales Konzept, das empiriegeleitet unterschiedliche Ergebnisse aus Voruntersuchungen und theoretische Ansätze zusammenfasst. Das gewählte Vorgehen war explorativ.
Nach der Entwicklung einer Testvorform und deren Bearbeitung durch *N*=232 Probanden wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, die eine Fünf-Faktoren-Lösung nahe legte. Die gefundenen Faktoren klärten dabei 35.1% der Varianz auf. Die a-priori erstellten Skalen, denen die Items, unter anderem zur Schaffung besserer Orientierungsmöglichkeiten für die Probanden, zugeordnet wurden, konnten nicht bestätigt werden. Die fünf Faktoren lassen sich, wie bereits oben beschrieben, folgenden inhaltlichen Dimensionen zuordnen:

Faktor 1: Humanismus/Altruismus
Faktor 2: Enge Bindung/Vertrauen
Faktor 3: Autonomie
Faktor 4: Klassisch/paternalistisch
Faktor 5: Aktiv, fordernd, einbeziehend

Im ersten (Humanismus), dritten (Autonomie) und vierten (Professionalität) Faktor finden sich inhaltlich die auch schon bei Schattner et al. (2004) entwickelten Subskalen wieder. Mit Faktor 2 und Faktor 5 hingegen zeichnen sich weitere Dimensionen ab, die andere Aspekte von Patientenprioritäten abbilden und somit eine Erweiterung der aus der Literatur zu gewinnenden Ergebnisse darstellen. Gerade dem zweiten Faktor kommt dabei eine besondere Rolle zu, da hier Charakteristika von Ärzten angesprochen werden, die noch keinen Eingang in die bisherigen Studien gefunden hatten. Wichtig ist zudem, dass Faktor 1 mit 17.4% den größten Anteil der Varianzaufklärung ausmacht und damit die Frage aufgeworfen wird, ob die hierunter gebündelten Charakteristika beispielsweise auch für die Güte der therapeutischen Allianz die größte Bedeutung haben.
Die Interkorrelation der Faktoren offenbart, dass die meisten Faktoren, wenn auch meist nur geringfügig, untereinander korreliert sind, was auf mögliche Redundanzen und damit auch Möglichkeiten zur

Testkürzung hinweist. Auffällig sind außerdem die vergleichsweise hohen Korrelationen zwischen dem ersten Faktor und den Faktoren 3 und 5. Dies lässt sich am ehesten durch die engen inhaltlichen Verbindungen erklären. Die durch diese Faktoren repräsentierten Arzteigenschaften lassen sich mit dem oft in der Literatur beschriebenen Bild eines „modernen“, das heißt den heutigen Erwartungen entsprechenden, Arztes am besten in Einklang bringen (u.a. Schattner et al., 2004; Fones et al., 1998; Nüblin et al., 2003).
Die als signifikant identifizierten Zusammenhänge soziodemographischer Daten mit den einzelnen Faktoren sind nur gering ausgeprägt. Hier finden sich aber teilweise Bestätigungen der Befunde bei den Einzelitems. So spiegelt sich die schon weiter oben beschriebene Bevorzugung einer paternalistischen Ausrichtung des Arztes durch ältere Studienteilnehmer in der Korrelation mit Faktor 4 wider und bestätigt damit die in der Literatur gefundenen Ergebnisse (McKinstry, 2000; Steinbach, 2004; Hamann et al., 2005 und Langewitz et al., 2006). Auch die negativen Korrelationen der Anzahl der Voraufenthalte mit dem vierten und fünften Faktor lassen, analog zu den Korrelationen mit den Einzelitems den Schluss zu, dass dieses Patientenkollektiv einem aktiven, fordernden aber auch klassisch/paternalistisch orientierten Arzt eher ablehnend gegenübersteht.

Zur Erstellung einer kompakteren Form des Fragebogens wurde im Anschluss an die Faktorenanalyse die Hälfte der Items, immer auch unter Berücksichtigung inhaltlicher Gesichtspunkte und einer noch akzeptablen internen Konsistenz, eliminiert. Die nach Reduktion erreichten Werte der internen Konsistenz sind allerdings nur für die Faktoren 1, 4 und 5 als relativ gut zu bewerten ($\alpha>.74$), Faktor 3 mit $\alpha=.6891$ und insbesondere Faktor 2 mit $\alpha=.6063$ fallen dagegen deutlich ab. Da diese Faktoren aber inhaltlich valide sind, wurde entschieden, sie beizubehalten.
Vergleicht man die endgültige Form des Fragebogens mit der Testvorform, so erkennt man, dass einige Teilaspekte ganz weggefallen sind. So sind beispielsweise Geschlechtspräferenzen oder Fragen zum kulturellen Hintergrund des Arztes nicht mehr vertreten. Es stellt sich die Frage, ob diese Teilaspekte aufgrund ihrer möglicherweise missverständlichen Formulierung zu uneinheitlichen Ergebnissen führten oder ob sie tatsächlich kaum eine Differenzierung der untersuchten Probanden zulassen.
Die abschließend durchgeführte Aufstockung der Faktoren 2 und 3 stellt einen Versuch dar, eine gewisse Homogenität zwischen den einzelnen Faktoren herzustellen, auch wenn dabei, aufgrund des relativ engen inhaltlichen Spielraumes, erneute Redundanzen geschaffen werden. Es muss geprüft werden, ob durch diese Skalenverlängerung die interne Konsistenz verbessert werden kann.

4.4 Ausblick

Die Forschungsarbeit zu Prioritäten psychiatrischer Patienten steckt noch in den Anfängen, obwohl gerade auf diesem Gebiet viele wichtige Erkenntnisse zur Verbesserung der Patientenversorgung gewonnen werden könnten. Daher ist es nötig, dass zukünftige Arbeiten sich umfassend mit diesem Bereich beschäftigen. Neben der Erarbeitung einer umfassenden theoretischen Grundlage zu den hier bestehenden Präferenzen, müssen auch die Zusammenhänge zwischen der Erfüllung von Patientenprioritäten mit der daraus eventuell erwachsenden Patientenzufriedenheit einerseits und der Entste-

hung einer guten Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise therapeutischen Allianz andererseits untersucht werden. Gerade in Bezug auf den Partizipationswunsch und vor allem auf die Partizipationsfähigkeit psychiatrischer Patienten wird hier auch in Zukunft viel Interesse bestehen. Sowohl im Hinblick auf zukünftige Behandlungsstrategien (beispielsweise in Form einer differenzierten Betrachtung, welche Patienten in welchem Maße an einer größeren Partizipation profitieren) als auch auf die Ausbildung der Mediziner ergeben sich hier viele Perspektiven und Möglichkeiten. So könnte es zum Beispiel von Bedeutung sein, bei der Ausbildung von Medizinstudenten mehr Gewichtung auf das Erlernen von Kommunikationstechniken zu legen, um kommenden Medizinern die Bildung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung zu erleichtern.

Der mit dieser Arbeit entwickelte Fragebogen bietet einen Ausgangspunkt für Folgestudien und ermöglicht, dank seiner relativen Kompaktheit, den einfachen Einsatz mit zusätzlichen Instrumenten, um Zusammenhänge mit verwandten Forschungsfeldern aufzudecken. Dringend nötig erscheint dabei die Datenerhebung mit größeren Stichproben unter Einbeziehung anderer Diagnosegruppen und ambulanter Patienten, die dann eine weitere umfassendere Testung des Fragebogens zuließe.

5 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Patientenpräferenzen für den sie behandelnden Arzt. Der endgültige Fragebogen wurde aus einer, mit Hilfe einer Vorstudie und der Literatur erstellten Testvorform entwickelt. Die Testvorform bestand aus 52 Items und wurde *N*=232 Patienten vorgelegt. Es folgten, neben einer statistischen Auswertung der Daten, die Durchführung einer Faktorenanalyse und die Reduktion der Itemzahl, um einen kompakten Fragebogen zu erhalten, der die wichtigsten Dimensionen dieses Gebietes abdeckt.

Die Auswertung der Testvorform erbrachte eine Bestätigung der vielfach in der aktuellen Literatur beschriebenen Patientenneuorientierung in Richtung einer größeren Autonomie beziehungsweise Partizipation an Therapieentscheidungen. Zudem konnte gezeigt werden, dass dieser Partizipationswunsch bei älteren Studienteilnehmern eher gering ausgeprägt ist und Patienten mit viel Krankenhauserfahrung einen nicht aktiven, fordernden und klassisch/paternalistischen Arzt präferieren. Des Weiteren bestätigte sich, dass weibliche Probanden, zumindest in Bezug auf die signifikanten Unterschiede, die Items generell höher bewerteten und ihnen insgesamt eine größere Autonomie im Sinne des „Shared-decision-makings“ wichtiger war als den männlichen Studienteilnehmern.

Die gefundene Fünf-Faktoren-Lösung erklärte 35% der Varianz und lieferte ein - die in der Literatur vorhandenen Befunde noch erweiterndes - Dimensionskonzept, welches wichtige Bereiche der Patientenprioritäten abdeckt. Zudem erlaubt es eine Bestätigung der schon bei der Einzelitemauswertung gefundenen Ergebnisse bezüglich Alter und Krankenhauserfahrung. Unter Berücksichtigung der Faktorenanalyse, inhaltlicher Gesichtspunkte und der Wahrung einer ausreichenden internen Konsistenz wurde eine Itemreduktion durchgeführt. Anschließend wurden die schwächer mit Items besetzten Faktoren mit neu erstellten Items aufgefüllt, so dass jeder Faktor schlussendlich aus 7 Items bestand. Die interne Konsistenz dieser erweiterten Faktoren muss in Folgearbeiten untersucht werden.

6 Literatur

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ, Baity MR & Blagys MD (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment* 75(1): 82-109.

Ackerman SJ & Hilsenroth MJ (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38: 171-185.

Ackerman SJ & Hilsenroth MJ (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23: 1-33.

Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ & Luborsky L (2001). The Factor Structure of The Working Alliance Inventory in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10: 173-178.

Arzt-Patient-Beziehung (2002). In Pschyrembel klinisches Wörterbuch (Auflage 259, S.136). Berlin, New York: Walter de Gruyter Verlag.

Atkinson DR & Lowe SM (1995). The role of ethnicity, cultural knowledge, and conventional techniques in counseling and psychotherapy. In Pontterotto JG, Casas JM, Suzuki LA & Alexander CM (Eds.) *Handbook of multicultural counseling* (pp. 387-414).

Bachelor A (1991). Comparsion and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy* 28(4): 534-549.

Bachelor A (1995). Clients´ perception of the therapeutic alliance: a qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology* 42(3): 323-337.

Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C & Siqueland L (2001). Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome and Retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocain Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(1): 119-124.

Barker R (1990). Development of a questionnaire to asses Patient satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 40: 487-490.

Barker DA & Orrell MW (1999). The Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire: a reliability and validity study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 34: 111-116.

Beaufort JE, McNeil E & Binder RL (1997). Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients´ risk of violence. *American Journal of Psychiatry* 154: 1272-1276.

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

Bortz J (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Bourke L (2002). Do people prefer general practioners of the same sex? *Australian Family Physician* 31(10): 974-976.

Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL & Levinson W (1999). Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *Journal American Medical Associaton* 282: 2313-2320.

Bühl A & Zöfel P (2002). SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows (8.Auflage). München: Pearson Studium.

Crits-Christoph P, Barber JP & Kurcias JS (1993). The accuracy of therapists´ interpretation and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research* 3(1): 25-35.

Crits-Christoph P, Siqueland J, Chittams J, Barber P, Beck AT, Liese B, Onken LS, Thase ME, Frank A, Luborsky L, Mark D, Mercer D, Najavits LM & Woody G (1998). Training in cognitive supportive-expressive, and drug counselling therapies for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(3): 687-704.

Cruz M & Pincus HA (2002). Research on the Influence That Communication in Psychiatric Encounters Has on Treatment. *Psychiatric Services* 53(10): 1253-1265.

Coady NF & Marziali E (1994). The association between global and specific measures of the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 31(1): 17-27.

Constantino MAB, Blasey C & Agras WS (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(2): 203-211.

Coulter A (2002). Patients´ views of the good doctor. *British Medical Journal* 325: 669-669.

Cullen W, Bury G & Leahy M (2003). “What Makes a Good Doctor?" A Cross Sectional Survey of Public Opinion. *Irish Med J* 96(2): 38-41.

Docherty JP & Fiester SJ (1985). The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology. In: Hales RE & Frances AJ (Eds.) *Psychiatry update. American Psychiatric Association Annual Review, 4*. American Psychiatry Press: Washington.

Doering TJ, Steuernagel B, Niederstadt C, Konitzer M, Goesmann C & Fischer GC (2001). Patientenpartizipation im medizinischen Entscheidungsprozess. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 74:29-30.

Dolinsky A, Vaughan SC, Luber B, Mellman L & Roose S (1998). A match made in heaven? A pilot study if patient-therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7:119-125.

Dykeman C & LaFleur NK (1996). Counselors´ adjective correlates of working alliance. *Psychological Reports* 78: 563-570.

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: 23-30.

Fennema K, Meyer DL & Owen N (1990). Sex of physician: patients´ preferences and stereotypes. *Journal of Family Practice* 30: 441-446.

Fones CS, Kua EH & Goh LG (1998). "What Makes a Good Doctor?" - Views of the Medical Profession and the Public in Setting Priorities for Medical Education. *Singapore Medical Journal* 39(12): 537-542.

Frank AF & Gunderson JG (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 47(March): 228-236.

Freud S (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In Strachey J (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp.122-144). London, England: Hogarth Press

Gasquet I, Villemiot S, Estaquio C, Durieux P, Falissard B & Ravaud P (2004). Construction of a Questionaire measuring outpatients´ opinion of quality of hospital consultation departments. *Health and Quality of Live Outcomes* 2(43).

Gentes K (2003). Patientenbefragung als Instrument der Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus - Evaluation zur Validität standardisierter Fragebögen. *Unveröffentlichte Dissertation Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg* 1-114.

Goeppert S (1985). Medizinische Psychologie Bd. I und II. Reinbeck: rororo.

Greenson RR (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly* 34: 155-181.

Hamann J, Leucht S & Kissling W (2003a). Shared Decision Making in Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 403-409.

Hamann J, Langer B & Kissling W (2003b). Shared Decision Making - Konsens zwischen Arzt und Patient. *Neurotransmitter* Vol 11: 59-62.

Hamann J, Loth A, Kasper J, Neuner B, Spies C, Kissling W, Härter M & Heesen C (2004). Implikationen des Modells des „Shared Decision Making" für Psychiatrie und Neurologie. *Manuskript in Vorbereitung*.

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

Hall JA & Roter DL (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 48: 217–224.

Hardy GE, Cahill J, Shapiro DA, Barkham M, Reese A & Macaskill N (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69: 841-845.

Hartley D & Strupp H (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Hrsg.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (S.1-27). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

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

Hersoug AG, Hogelend P, Monsen JT & Harvik OE (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research* 10(4): 205-216.

Heuser-Schreiber H (1982). Arzt und Patient im Gespräch. Basel, Wiesbaden: Aesopus.

Hoffmann KM (2004). Der Patient, das (un-)bekannte Wesen - Die subjektive Sicht der Nutzer. *Psychiatrische Praxis* 31(2): 263-268.

Horvath AO (1981). An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome. *Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia,* Vancouver, British Colombia, Canada.

Horvath OA & Greenberg LS (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: a research handbook*. (S.539-556) New York: The Guildford Press.

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* 38:139-149.

Horvath AO & Greenberg LS (1994). In A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Hrsg.) *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley.

Howgego IM, Yellowless P, Owen C, Meldrum L & Dark F (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 169-183.

Huppmann G & Wilker FW (1988). In G. Huppmann & F.W. Wilker (Hrsg.) *Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie*. München: Urban & Schwarzenberg.

Joyce AS & Piper WE (1998). Expectancy, the therapeutic alliance and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research* 7: 236-248.

Karlsson R (2005). Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: an overview of findings, together with methodological and conceptual issues. *Cultural Diversity and Ethic Minority Psychology* 11(2): 113-129.

Kivlingham DM, Clements L, Blake C, Arnez A & Brady L (1993). Counselor sex role orientation, flexibility and working alliance formation. *Journal of Counseling and Development* 72: 95-100.

Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J & Saljo R (2000). Antihypertensive treatment and Patient autonomy: the follow-up appointment as a resource for care. *Patient Education Counseling* 40: 39-49.

Klemperer D (2003). Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. *Deutsches Ärzteblatt* 100(12): A753-755.

Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC & Delbanco TL (1996). Important Elements of Outpatient Care - A Comparison of Patients´ and Physicians´ Options. *Annals of Internal Medicine* 125(8): 640-645.

Langewitz W, Keller A & Denz M (1995). Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patienten Beziehung? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 45: 351-357.

Langewitz W, Conen D, Nübling M & Weber H (2001). Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus Sicht der Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52: 348-354.

Langewitz W, Nübling M, Weber H (2006). Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. *Swiss Medicine Weekly* 136: 59-64.

Loh A, Kremer N, Giersdorf N, Jahn H, Hänselmann S, Bermejo I & Härter M (2004). Informations- und Partizipationspräferenzen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 98: 101-107.

Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O´Brien CP & Auerbach A (1985). Therapist success and its determinantes. *Archives of General Psychiatry* 42: 602-611.

Mayring P (2003). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (8. Auflage). Weinheim: Beltz

Malinckrodt B & Nelson ML (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology* 38(2): 133-138.

Margraf J (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie (2.Auflage). Berlin: Springer.

Marmar CR, Gaston L, Gallagher D & Thompson LW (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 117:464-472.

Marziali E, Marmar CR & Krupnick J (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry* 138: 361-364.

McCabe R & Priebe S (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients´ symptoms? Factors influencing patient ratings. *European Psychiatry* 18: 220-225.

McGuire R, McCabe R & Priebe S (2001). Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 557-564.

McKinstry B (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal* 321: 867-871.

Meise U, Günther V & Gritsch S (1992). Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung für die Patientencompliance. *Wiener Klinische Wochenschrift* 104(9): 267-271.

Meyer V & Chesser ES (1971). Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie. Thieme, Stuttgart.

Muran JC, Segal ZV, Samstag LW & Crawford CE (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(1): 185-190.

Mohl PC, Martinez D, Ticknor C, Huang M & Cordell L (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 179(8): 478-481.

Nagel N (2003). Kommunikation wird oft unterschätzt. *Deutsches Ärzteblatt* 100(24): B 1402-1403.

Najavits LM & Strupp HH (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study. *Psychotherapy* 31(1): 114-123.

National Institute of Mental Health (1976). 028 CGI. Clinical Global Impressions. In: Guy W (Ed.), ECDEU Assessment for psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland. 217-222.

Neale MS & Rosenheck RA (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management programm. *Psychiatric Services* 46(7): 719-721.

Nübling MW, Weber H, Zierath M & Langewitz W (2003). Patientenbefragung im Spital: Revalidierung und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychotherapie* 53: 236-242.

Paolino TJ (1981). Psychoanalytic psychotherapy. Theory, technique, therapeutic relationship and treatability. New York: Brunner/Mazel.

Pfaff H, Freise DC, Mager D & Schrappe M (2001). Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten - Forschungsbericht 1-2001. Köln: 1-166.

Price PB & Jones EE (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy* 25(3): 392-404.

Rogers CR (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.

Rudolf (Hrsg.) (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchung zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Berlin: Springer.

Rudolf G & Manz R (1993). Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus Sicht von Patienten und Therapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychotherapie* 43: 193-199.

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

Santiago NU, Klein DN, Vivian D, Vocisano C, Dowling F, Arnow BA, Manber R, Markowitz JC, Mc Cullough JP Jr, Riso LPL, Rothbaum BO, Rush AJ, Thase ME & Keller MB (2002). Pretreatment correlates of the therapeutic alliance in chronically depressed. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 32: 281-290.

Saunders SM (1999). Client's assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness. *Journal of Clinical Psychology* 55(5): 597-605.

Saunders SM (2001). Pretreatment Correlates of the Therapeutic Bond. *Journal of Clinical Psychology* 57(12): 1339-1352.

Schandorf N (2007). Die Arzt-Patient-Beziehung. Was wünschen sich psychiatrische Patienten von ihrem Behandler? *Bislang nicht eingereichte Dissertation. Universität Hamburg.*

Sexton HC, Hembre K, Kvarme G (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(3): 471-480.

Shapiro D (Hrsg.) (1999). Psychotherapy of neurotic character. New York: Basic Book.

Schattner A, Rudin D & Jellin N (2004). Good physicians from the perspective of their patients. BMC Health Service Research 4(1): 26.

Scheibler F, Janßen C & Pfaff H (2003). Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial und Präventivmedizin* 48: 11-24.

Scheibler F (2004). Shared Decision-Making: von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung (1.Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Steinbach K (2004). Wer entscheidet? *Deutsches Ärzteblatt* 101(41): B 2309.

Strong SR (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology* 15(8): 215-224.

Strauß B, Berger U, Troschke J & Brähler E (2004). Lehrbuch medizinische Psychologie und medizinische Soziologie (1.Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Strull WM, Lo B & Charles G (1984). Do patients want to participate in medical decision making? *Journal American Medical Association* 252: 990-2994.

Svenson B & Hansson L (1999). Relationship among patient and therapist ratings of the therapeutic alliance and patient assessments of therapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Disorder* 187: 79-585.

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 Scandinavia* 99: 281-287.

Thom D (2001). Physician Behaviors that Predict Patient Trust. *Family Practice* 50(4): 323-328.

Thom D, Kravitz RL, Bell AB, Krupat E & Azari R (2002). Patient Trust in their physician: relationship to patient request. *Family Practice* 19: 176-483.

Thompson SC, Pitts JS & Schwankovsky L (1993). Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences. *Patient education and counselling* 22: 133-140.

Tunis SL, Delucchi KL, Schwartz K, Banys P & Sees KL (1995). The relationship of counselor and peer alliance to drug use in HIV risk behaviour in a six-month methadone detoxification programm. *Active Behaviors* 20(3): 395-405.

Ware JE, Snyder MK, Wright WR & Davies AR (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evauation and Program Planning* 6: 247-263.

Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F & Grol R (1998). A Systematic Review of the Literature on Patient Priorities for General Practice Care. Part 1: Description of the Research Domain. *Social Science and Medicine* 47(10): 1573-1588.

Werner-Wilson RJ, Michaels ML, Gellhaus TS & Thiesen, AM (2003). Influence of therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy* 25: 381-390.

Zetzel ER (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho Analysis* 37:369–375.

7 Anhang

7.1 Testvorform des Fragebogens

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Nummer: _____

Datum: ___ ___ ___

Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient ist ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Behandlung.
Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, uns mitzuteilen, worauf Sie im Verhältnis zu Ihrem Arzt besonderen Wert legen.
Ihre Angaben sollen uns helfen, die Beziehung und Zusammenarbeit langfristig zu verbessern.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt ohne Namen (anonym). Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihnen entstehen durch das Ausfüllen keine Nachteile bezüglich Ihrer jetzigen Behandlung.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, Aussagen nach ihrer Wichtigkeit zu bewerten. Es geht dabei **nicht** um die spezielle Situation hier auf der Station, sondern vielmehr um **Ärzte in der Psychiatrie im Allgemeinen**.

1. Qualifikation / Motivation des Arztes

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte medizinische Kenntnisse über die eigene Fachrichtung hinaus haben	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte viel Erfahrung haben	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte einen guten Ruf haben	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich regelmäßig fortbilden	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich mit den Kollegen gut abstimmen können	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte den Beruf mit Freude und Hingabe ausüben	O	O	O	O

2. Kultur

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte anderen Religionen / Sitten gegenüber offen sein	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte aus meinem Kulturkreis kommen	O	O	O	O

3. Auftreten des Arztes

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir gegenüber höflich sein	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte einen Kittel tragen	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte keinen Standesdünkel haben („Halbgott in Weiß“)	O	O	O	O

4. Alter / Geschlecht des Arztes

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte bereits ein gewisses Alter haben	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte das gleiche Geschlecht haben wie ich	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte gerade nicht das gleiche Geschlecht haben wie ich	O	O	O	O

5. Eigenschaften des Arztes

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte einfühlsam und verständnisvoll sein	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte hilfsbereit sein	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte attraktiv sein	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte natürlich sein (authentisch, „echt“)	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ein freundliches Wesen haben und humorvoll sein	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte Zuversicht vermitteln	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ein ausgeglichener und ruhiger Mensch sein	O	O	O	O
H.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte jemand sein, auf den ich mich verlassen kann	O	O	O	O
I.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich	O	O	O	O
K.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte selbstsicher im Umgang mit den Patienten sein	O	O	O	O

6. Arzt-Patienten-Verhältnis

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich gut über meine Medikation aufklären	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich in die Auswahl und Dosierung der Medikamente so viel wie möglich einbeziehen	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir die Auswahl der Therapie alleine überlassen	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte die Therapie für mich festlegen	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte meine Mitarbeit aktiv fordern	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir klare Ziele vorgeben	O	O	O	O
H.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich respektieren	O	O	O	O

7. Therapiegespräch

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte stets aufmerksam und interessiert zuhören	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte beim Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte auch kleine Fortschritte lobend anerkennen	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir Ratschläge geben	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich auch mal kritisieren	O	O	O	O

8. Verhalten des Arztes

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte für mich gut erreichbar sein	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte pünktlich sein und Absprachen einhalten	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte eine gewisse Distanz wahren	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte über meine Krankengeschichte genau Bescheid wissen	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ehrlich sein, was meine Krankheit / Prognose angeht	O	O	O	O
H.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte selbst nichts persönlich nehmen (Kritik vertragen können)	O	O	O	O
I.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich mögen, egal, was ich tue	O	O	O	O
K.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir vertrauen	O	O	O	O
L.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte alle Patienten gleich behandeln	O	O	O	O
M.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich als Person sehen und nicht nur auf meine Krankheit reduzieren	O	O	O	O

Angaben zu Ihrer Person:

Um Ihren wievielten Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie handelt es sich? .....mal

Wann begann Ihre Erkrankung? .....

Wann war Ihre erste Krankenhausaufnahme in der Psychiatrie? .....

Wie alt sind Sie? .....Jahre

Welches Geschlecht haben Sie? **O** weiblich **O** männlich

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? **O** Ja **O** Nein

Welchen Schulabschluss besitzen Sie:

O	keinen
O	Hauptschulabschluss
O	Mittlere Reife
O	Allg. Hochschulreife /Abitur
O	sonstige

Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen oder uns mitteilen möchten?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe und Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!

7.2 Endgültiger Fragebogen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Nummer:
Datum:

Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient ist ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Behandlung.
Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, uns mitzuteilen, worauf Sie im Verhältnis zu Ihrem Arzt besonderen Wert legen.
Ihre Angaben sollen uns helfen, die Beziehung und Zusammenarbeit langfristig zu verbessern.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt ohne Namen (anonym).
Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Ihnen entstehen durch das Ausfüllen keine Nachteile bezüglich Ihrer jetzigen Behandlung.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, Aussagen nach ihrer Wichtigkeit zu bewerten. Es geht dabei **nicht** um die spezielle Situation hier auf der Station, sondern vielmehr um **Ärzte in der Psychiatrie im Allgemeinen**.

1. Humanismus /Altruismus

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte hilfsbereit sein.	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir gegenüber höflich sein.	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich respektieren.	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte einfühlsam und verständnisvoll sein.	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ein freundliches Wesen haben und humorvoll sein.	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte steht aufmerksam und interessiert zuhören.	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich Zeit für mich nehmen und geduldig mit mir sein.	O	O	O	O

2. Bindung und Vertrauen

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir auch persönliche Dinge von sich erzählen.	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte auch außerhalb der Arbeit ähnliche Interessen haben wie ich.	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ähnliches „erlebt“ haben wie ich.	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte aus einem ähnlichen Umfeld kommen wie ich.	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich auch für mein Privatleben interessieren.	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte neben einer professionellen auch eine freundschaftliche Beziehung zu mir aufbauen.	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte Interesse an mir als Person haben.	O	O	O	O

3. Autonomie

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich in die Auswahl meiner Medikamente soweit wie möglich mit einbeziehen.	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich in die Auswahl der geeigneten Therapie mit einbeziehen.	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich gut über meine Medikation aufklären.	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin mich umfassend über alle therapeutischen Möglichkeiten aufklären.	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir Alternativen zu meiner Therapie aufzeigen.	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir verschiedene Ansätze zur Lösung meiner Probleme aufzeigen.	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mit mir zusammen die Vorteile und Risiken einer medikamentösen Therapie besprechen.	O	O	O	O

4. klassisch / paternalistisch

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	Etwas wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte sich regelmäßig fortbilden.	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte einen guten Ruf haben.	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte ein gepflegtes Erscheinungsbild haben.	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte im Gespräch sachlich und kontrolliert bleiben.	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte selbstsicher im Umgang mit Patienten sein.	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte Kenntnisse über die eigene Fachrichtung hinaus haben	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte viel Erfahrung haben.	O	O	O	O

5. aktiv, fordernd, einbeziehend

Bitte kreuzen Sie an:

	Überhaupt nicht wichtig	**Etwas wichtig**	**Ziemlich wichtig**	**Sehr wichtig**
A.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte auch schwierige Punkte direkt ansprechen.	O	O	O	O
B.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir Ratschläge geben.	O	O	O	O
C.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mir klare Ziele vorgeben.	O	O	O	O
D.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte meine Mitarbeit aktiv fordern.	O	O	O	O
E.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte mich auch mal kritisieren.	O	O	O	O
F.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte alle Dinge so erklären, dass ich sie richtig verstehen kann.	O	O	O	O
G.) Mein Arzt / meine Ärztin sollte für mich gut erreichbar sein.	O	O	O	O

Angaben zu Ihrer Person:

Um Ihren wievielten Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie handelt es sich? .....mal

Wann begann Ihre Erkrankung? .....

Wann war Ihre erste Krankenhausaufnahme in der Psychiatrie? .....

Wie alt sind Sie? .....Jahre

Welches Geschlecht haben Sie? **O** weiblich **O** männlich

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? **O** Ja **O** Nein

Welchen Schulabschluss besitzen Sie:

O	keinen
O	Hauptschulabschluss
O	Mittlere Reife
O	Allg. Hochschulreife /Abitur
O	sonstige

Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen oder uns mitteilen möchten?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe und Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!

7.3 An die Behandler augehändigter Fragebogen

Station:

„Studie zur Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung“

Von TherapeutIn bzw. Ärztin/Arzt auszufüllen:
Bitte nur Hauptdiagnosen (F-1,F-2, etc.) angeben

Nummer	Patientenname	Datum	CGI	Hauptdiagnose(n) ICD-10
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

7.4 Clinical Global Impression Scale

Anhang zur CGI :

0	Nicht beurteilbar
1	Patient ist überhaupt nicht krank
2	Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
3	Patient ist nur leicht krank
4	Patient ist mäßig krank
5	Patient ist deutlich krank
6	Patient ist schwer krank
7	Patient gehört zu den extrem schwer Kranken

Curriculum vitae

Nils Commentz
Im Tale 35
20251 Hamburg

Zur Person

geboren am:	20.05.1978
Geburtsort:	Schleswig
Familienstand:	ledig

Schulischer Werdegang

1984 – 1988	Grundschule Nübel / Neuberend
1988 – 1997	Gymnasium Lornsenschule Schleswig
1997	Abitur

Zivildienst

1997 – 1998	Schleswiger Werkstätten (Schwerbehindertenpflege)

Hochschulstudium

1998 – 2000	Studium der Biologie in Kiel
2000 – 2006	Studium der Humanmedizin in Hamburg
2002	Ablegen des Physikums
2003	Ablegen des 1. Staatsexamens
2005	Ablegen des 2. Staatsexamens
2006	Ablegen des 3. Staatsexamens

Praktisches Jahr

2005 – 2006	1. Tertial:	Chirurgie in der Asklepios Klinik Barmbek
	2. Tertial:	Neurologie in der Asklepios Klinik Barmbek
	3. Tertial:	Innere Medizin in der Asklepios Klinik Barmbek

Weitere Tätigkeiten

2004 – 2005	Studentische Hilfskraft im „Modellprojekt zur Heroin-gestützten Behandlung“ des Zentrums für inter-disziplinäre Suchtforschung der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (Datenerfassung, -verarbeitung und -verwaltung unter anderem mit SPSS und Teleform)

Aktuelle Anstellung:

2007	Assistenzarzt in der Abteilung für Neurologie und Epileptologie des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf

Danksagung

Hiermit möchte ich allen meinen Dank aussprechen, die mir bei der Durchführung meiner Dissertation behilflich waren.
An erster Stelle möchte ich mich bei Prof. Dr. med. Dieter Naber für die Bereitstellung des Themas, die stets konstruktiven Besprechungen und die gute Atmosphäre in der Zusammenarbeit bedanken.
Mein besonderer Dank gilt Dr. med. I. Schäfer für die umfassende Betreuung, guten Ratschläge und die mir gewidmete Zeit in freundschaftlicher Atmosphäre.
Außerdem möchte ich ganz herzlich Wiebke Knoke für die investierte Zeit, die guten Tipps und die Geduld mit mir und meinen Fragen danken. Auch ein herzliches „Dankeschön“ an meine Kommilitonen Nina Schandorf und Mathias Kunth für das gute Teamwork und die lustigen Treffen. Des Weiteren gilt mein Dank Daniela Krückel für die gewissenhafte Durchsicht meiner Arbeit.
Zudem geht mein Dank an Hr. Dr. B. Andresen und Fr. Prof. Dr. M. Bullinger für die Unterstützung und Hilfestellung in statistischen testkonstruktionellen Belangen.
Und selbstverständlich danke ich allen Patienten, die freundlicherweise an der Studie teilgenommen haben und dem Personal der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf .
Last but not least möchte ich ganz herzliche meinen Eltern für tolle Unterstützung in den letzten 30 Jahren danken.

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig 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: .....