

Aus der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
Direktor Prof. Dr. med. Dieter Naber.

Die Arzt-Patient-Beziehung.
Was wünschen sich psychiatrische Patienten
von ihrem Behandler?

Eine explorative Studie.

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Nina Schandorf
aus Heidelberg

Hamburg 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am 21.04.2008.

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

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

Prüfungsausschuss: 2. Gutachterin: Dr. S. Schmidt

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter: Prof. Dr. von dem Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Problemstellung.....	4
1.2 Theoretischer Teil.....	4
1.2.1 Die Arzt-Patient-Beziehung.....	4
1.2.1.1 Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung.....	4
1.2.1.2 Definition der Arzt-Patient-Beziehung.....	5
1.2.1.3 Compliance und Arzt-Patient-Beziehung.....	7
1.2.1.4 Konstrukte zur Arzt-Patient-Beziehung.....	9
1.2.1.5 Einflussfaktoren.....	11
1.2.2 Befunde bei psychisch Kranken.....	16
1.3 Fragestellung und Hypothesen.....	17
1.4 Ziel der Arbeit.....	18
2. Methoden	19
2.1 Erstellung des Interviewleitfadens.....	19
2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung und Stichprobe.....	20
2.3 Qualitative und Quantitative Inhaltsanalyse.....	22
3. Ergebnisse	23
3.1 Ergebnisse des qualitativen Interview-Anteils.....	25
3.2 Ergebnisse des quantitativen Interview-Anteils.....	25
3.2.1 Eigenschaften des Therapeuten.....	25
3.2.2 Verhalten des Therapeuten.....	27
3.2.3 Sympathie- / Vertrauensverhältnis.....	27
3.2.4 Autonomievorstellung des Patienten.....	27
3.2.5 Umgang mit Angehörigen.....	29
3.3 Ergebnisse nach Diagnosegruppen.....	30
3.3.1 Eigenschaften des Therapeuten.....	30
3.3.2 Verhalten des Therapeuten.....	33
3.3.3 Sympathie- / Vertrauensverhältnis.....	36
3.3.4 Autonomievorstellung des Patienten.....	39
3.3.5 Umgang mit Angehörigen.....	41

4. Diskussion	43
4.1 Diskussion der gewählten Methodik.....	43
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....	44
4.3 Ausblick.....	50
5. Zusammenfassung	51
6. Literaturüberblick	52
7. Anhang	63
7.1 Interview und Fragebogen.....	63
7.1.1 Einverständniserklärung.....	63
7.1.2 Interviewleitfaden.....	63
7.1.3 Fragebogen.....	65
7.1.4 Clinical Global Impressions (CGI).....	66
7.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	67
7.2.1 Zusammengetragenes Ausgangsmaterial.....	67
7.2.2 Code- und Kategorienbildung.....	81
7.2.2.1 Kategorie 1.....	81
7.2.2.2 Kategorie 2.....	83
7.2.2.3 Kategorie 3.....	86
7.2.2.4 Kategorie 4.....	88
7.2.2.5 Kategorie 5.....	89
7.2.2.6 Kategorie 6.....	90
7.2.2.7 Kategorie 7.....	92
Danksagung	93
Curriculum vitae	94
Eidesstattliche Versicherung	95

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stand die Frage nach Einflüssen auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient aus Sicht psychiatrischer Patienten. Es wurde hierbei insbesondere nach Faktoren mit positivem Einfluss abgezielt.

Sowohl ältere als auch aktuelle Literatur beschreibt übereinstimmend, dass die Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient von zentraler Bedeutung für das Ergebnis einer jeden Behandlung ist *.

So korreliert eine gute Beziehung zwischen einem Arzt und seinem Patienten mit einer erhöhten Patientenzufriedenheit, einer größeren Compliance seitens des Patienten und einem besseren Therapieerfolg.

Auch setzt sich seit geraumer Zeit die Ansicht durch, dass persönliche Attribute der therapeutischen Personen und ihr Verhalten im Rahmen der Therapie von entscheidender Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung sind.

Es erscheint somit von großer Relevanz, sich mit den Wünschen der Patienten bezüglich ärztlicher Eigenschaften und ärztlichen Verhaltens auseinander zu setzen um entsprechenden Erwartungen der Patienten gerecht werden zu können. Bislang liegen jedoch nur wenige Arbeiten vor, die sich genau mit dieser Thematik befassen. Die existierenden Studien konzentrieren sich zudem meist auf die Befragung von medizinischem Personal und von Personen aus der Allgemeinbevölkerung.

Zunächst soll hier ein theoretischer Hintergrund geschaffen werden, bei dem einige für die Arbeit besonders relevante Aspekte zusätzlich Beachtung finden.

* 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.

1.2 Theoretischer Teil

1.2.1 Die Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient stellt eine wichtige Grundlage zur Behandlung jeder Erkrankung dar.

Der Begriff der „Therapeutischen Beziehung“ in der Psychiatrie hat seine Ursprünge bei Freud (1913), der diesen Terminus zur Beschreibung der speziellen Beziehung zwischen „Heiler und Patient“ einführte.

Erst 1956 wurde die Bezeichnung „Therapeutische Allianz“ von Zetzel (1956) ebenfalls für den Bereich der Psychoanalyse wieder aufgenommen. Nach und nach wurde der tragenden Funktion dieser Beziehung zwischen Arzt und Patient stetig mehr Bedeutung beigemessen.

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts beschäftigt sich dementsprechend ein beachtlicher Teil der Forschungsarbeiten mit diesem Thema und auch aktuell wird die Arzt-Patient-Beziehung von den unterschiedlichsten Richtungen beleuchtet und mit verschiedenen Namen betitelt: „Therapeutische Beziehung“ (Freud, 1913), „Therapeutische Allianz“ (Zetzel, 1956), „Arbeitsbeziehung“ (Horvath und Greenberg, 1989).

In der folgenden Abhandlung werden diese Begrifflichkeiten synonym verwendet.

1.2.1.1 Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung

Shapiro (1989) stellte die Hypothese auf, dass der Erfolg einer Psychotherapie nicht abhängig davon sei, welche Form der Behandlung angewendet würde, sondern dass Erfolg bzw. Misserfolg einer Therapie im Wesentlichen durch die Qualität der Beziehung, die der Arzt mit seinem Patienten aufbaut, bestimmt würden.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient einer der zuverlässigsten Indikatoren für das

Behandlungsergebnis einer Psychotherapie ist (Frank und Gunderson, 1990; Gehrs und Goering, 1994; Svensson und Hanson, 1999). Es konnte ein zwar moderater aber beständiger Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Therapieergebnis ausgemacht werden, ungeachtet anderer Variablen wie: Art der Therapie, durchgeführte Interventionen, Rater eines Fragebogens zur Einschätzung des Therapieergebnisses oder verwendetes Messinstrument. Diese Tatsache unterstützt die These einer Verknüpfung zwischen einer positiven Arzt-Patient-Beziehung und einem verbesserten Therapieergebnis.

Außerdem wird in der Literatur übereinstimmend beschrieben, dass der Erfolg einer jeglichen therapeutischen Bemühung davon abhängig ist, ob es dem Therapeuten und seinem Patient gelingt, ein offenes, vertrauensvolles und kollaborierendes Verhältnis aufzubauen. Misslingt der Aufbau eines derartigen Verhältnisses, so korreliert dies mit den folgenden Phänomenen:

- 1) Eine erhöhte Drop-Out-Rate der Therapie
- 2) Non-Compliance bei Therapieplanung und -zielen
- 3) Non-Compliance im Bereich der Pharmakotherapie
- 4) vorzeitiger Therapieabbruch
- 5) ein insgesamt schlechteres Therapieergebnis

(z.B. Eisenthal et al, 1979; Howard et al, 1970; Fiester und Rudestam, 1975; Saltzman et al, 1976; Tracy, 1977; Marziali et al, 1981; Marziali, 1984; Hartley und Strupp, 1983; Frank und Gunderson, 1990; Horvath und Symonds, 1991; Priebe und Gruyters, 1993; Broker et al, 1995; Gaston et al, 1998; Kossoy und Wilner, 1998; Martin et al, 2000; Howgego et al, 2003).

1.2.1.2 Definitionen der Arzt-Patient-Beziehung

Es existieren mehrere Definitionen der Arzt-Patient-Beziehung:

Laut Pschyrembel handelt es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung um das „Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Allgemeinen, im Besonderen im Sinne einer therapeutischen Beziehung, die unter anderem durch die

jeweils angenommene Arztrolle bzw. Krankenrolle geprägt ist; die Arzt-Patient-Beziehung kann asymmetrisch (traditionell paternalistisch) oder symmetrisch (partnerschaftlich an der Autonomie des Patienten orientiert) gestaltet sein.“ (Pschyrembel, 259. Auflage).

Die klassische Definition der Arzt-Patient-Beziehung wurde von Goeppert (1985) verfasst und besagt, dass die Arzt-Patient-Beziehung aus einem Vertrauens- und Dienstleistungsverhältnis zwischen Arzt und Patient besteht. Aus ärztlicher Sicht kann sie, je nach konkret vorliegender Situation unterschiedlich eingeteilt werden:

Situation 1

Die Beziehung besitzt die Charakteristika eines reinen Dienstleistungsverhältnisses (z.B. bei einem bewusstlosen oder narkotisierten Patienten).

Situation 2

Der Patient ist das leidende Individuum, welches sich dem Arzt anvertraut. Die Erkrankung stellt den Untersuchungsgegenstand dar. Hier gehen Vertrauens- und Dienstleistungsverhältnis Hand in Hand (z.B. ein Patient mit pathologischem Befund in einer Allgemeinarztpraxis oder Ambulanz).

Situation 3

Das Vertrauensverhältnis steht im den Vordergrund (z.B. bei einem Patient in psychoanalytischer Behandlung).

Aus Sicht des Patienten ist die Beziehung zu seinem Behandler von vornherein vorrangig als Vertrauensverhältnis zu charakterisieren, da für diesen die Krankheit stets an die subjektive Leidenserfahrung bzw. eventuell sogar an eine Existenzbedrohung gebunden ist.

Mehrere Forschungsgruppen entwickelten während ihrer Untersuchungen weitere Definitionen der Arzt-Patienten-Beziehung. So erklärten Foreman und Mamar (1985) die Therapeutische Allianz als Fähigkeit von Therapeut und Patient, in einer realistischen und unterstützenden Beziehung, die auf beiderseitigem Respekt, Vertrauen

und Engagement basiert, zusammenzuarbeiten. Ähnlich determinierten Krupnick et al (1996) die Arzt-Patienten-Beziehung als "kollaborierendes Band" zwischen Therapeut und Patient.

Einen fundamentalen Beitrag zum Verständnis und zur Definition lieferte bereits Bordin (1979) mit seiner Darstellung der Therapeutischen Allianz: Er identifizierte drei Hauptkomponenten, auf welche sich die Auffassung der Arzt-Patient-Beziehung auch heute noch stützt: Das Bündnis zwischen Arzt und Patient, Einigkeit über die angestrebten Ziele sowie Einigkeit über die Aufgabenteilung.

In Kombination bestimmen diese Komponenten die Qualität der Beziehung.

1.2.1.3 Compliance und Arzt-Patient-Beziehung

Der in den deutschen Sprachgebrauch aufgenommene Begriff Compliance bedeutet wörtlich übersetzt „Willfährigkeit, Unterwürfigkeit, Einwilligung, Erfüllung“. Es handelt es sich hierbei um ein komplexes Phänomen, welches die Eigenleistung zur Bewältigung der eigenen Erkrankung repräsentiert (Sackett, 1976; Babiker, 1986).

In allen Heilberufen spielt das Problem der Compliance bzw. der Einhaltung von Vereinbarungen durch den Patienten eine wesentliche und teilweise den Heilungsprozess komplizierende Rolle.

Es wurden zwei Theorien zur Erklärung des Compliance-Verhaltens aufgestellt:

Rollen-Theorie (Babiker, 1986)

Bei der Rollen-Theorie kommt dem Patienten die Rolle des Kranken zu, der auf die Hilfe eines Experten angewiesen ist.

Der Patient ist einzig und allein dafür verantwortlich, den Instruktionen des Experten korrekt und gehorsam Folge zu leisten. Non-Compliance wird als Fehlverhalten des Patienten bewertet.

Modell des „Glaubens an die Gesundheit“ (Sackett, 1976)

Hierbei liegt eine Bedrohung der eigenen Gesundheit durch eine Krankheit vor und der Glaube daran, dass eine bestimmte Handlung diese Bedrohung mindern wird. Die Entscheidung, ob gehandelt wird oder nicht ist dann abhängig von der Gewichtung der erhofften Vorteile gegenüber den erwarteten Folgen.

Die beiden oben angeführten Theorien lassen sich in erster Linie auf den somatischen Bereich der Medizin anwenden. Sie sind allerdings für die Behandlung mentaler Erkrankungen von fraglicher Relevanz, da die Krankheitswahrnehmung der Betroffenen oftmals verzerrt ist (Kane, 1985). Hier kann vielmehr der Therapeut den Patienten motivieren, mit ihm als Partner zu arbeiten und die Verantwortung für die Einhaltung der Behandlungsverordnungen zu teilen (Corrigan, 1990).

Innerhalb der psychiatrischen Medizin ist das Phänomen der Compliance am besten für den Bereich der Medikamenteneinnahme untersucht.

In der Literatur wird von einer relativ hohen Non-Compliance-Inzidenz bei der Einnahme antipsychotischer Medikation berichtet. Dieses Phänomen hängt mit unterschiedlichen Faktoren zusammen, zu denen z.B. komplexe Behandlungspläne oder auch Nebenwirkungen der neuroleptischen Medikamente gehören (Van-Putten, 1978; Babiker, 1986; Young et al, 1986; Buchanan, 1992; Kemp et al, 1996; Tran et al, 1997).

Außerdem spielen beim Compliance-Verhalten auch Patient-assoziierte Variablen eine Rolle. Hierzu gehören z.B. soziodemographische Faktoren, Typ und Schwere der Psychose, die Weite der Einsicht in die psychotischen Symptome sowie Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten bzw. Gedächtnisleistungen (Van-Putten et al., 1976; Johnson, 1984; Young et al., 1986; Gaebel und Pietzcker, 1985; Kane, 1985; Zito et al., 1985; Drake et al., 1991; Taylor und Perkins, 1991; Awad, 1993; Bebbington und Kuipers, 1994; Draine und Solomon, 1994; Smith et al., 1997; Smith et al., 1997).

Einen weiteren gewichtigen Faktor, welcher die Compliance wesentlich beeinflusst, stellt die Beziehung zwischen Arzt und Patient dar.

Frank und Gunderson (1990) beschrieben in ihrer psychotherapeutischen Studie die Korrelation zwischen der Therapeutischen Beziehung und der Compliance des Patienten bezüglich seiner Therapie und Medikation.

Patienten, die innerhalb der ersten sechs Monate der Behandlung eine gute Beziehung zu ihrem Therapeuten aufbauen konnten, blieben konstanter bei ihrer Therapie und zeigten eine größere Compliance bezüglich ihrer Medikation als Patienten, die keine gute Beziehung zu ihrem Arzt führten.

Meise et al. (1992) schilderten in ihrer Arbeit die Notwendigkeit einer ungestörten Kommunikation zwischen Arzt und Patient, da dies Voraussetzung für eine funktionierende Therapeutische Beziehung sei und somit Wegbereiter für die Bereitschaft des Patienten, mit seinem Arzt zu kooperieren – somit also für die Patientencompliance.

1.2.1.4 Konstrukte zur Arzt-Patient-Beziehung

In einem Review stellten McGuire, McCabe und Priebe (2001) mehrere theoretische Modelle vor, welche Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung haben bzw. mit ihr auf irgendeine Art und Weise in Zusammenhang stehen. Besprochen werden unter anderem die Rollentheorie, die Psychoanalyse, die Sozialpsychologie und die kognitive Verhaltenstherapie. Für die vorliegende Arbeit ist dabei insbesondere das „Rollentheoretische Modell“ relevant. Deshalb soll es im Folgenden ausführlicher dargestellt werden.

Im „Rollentheoretischen Modell“ wird explizit erörtert, welches Maß an Beteiligung dem Arzt bzw. welches dem Patient während einer Behandlung zukommt.

Dieses Modell sieht die Therapeutische Beziehung eingebettet in die für Therapeut und Patient in einem sozialen System konzipierten Verhaltensmuster. Es werden drei zentrale Stile kommunikativen Verhaltens identifiziert (Emanuel und Emanuel, 1992).

Zwei Außenpole im Hinblick auf die Patientenautonomie bilden das Paternalistische Modell sowie das Informative Modell. Eine Mittelstellung

nimmt das unter anderem von Charles et al (1999) in seinen zentralen Elementen beschriebene Konzept des „Shared-Decision-Making“ ein.

Paternalistisches Modell

Die traditionelle und in der Medizin heute noch überwiegend institutionalisierte Arzt-Patient-Beziehung beruht auf der Auffassung im Sinne eines Dienstleistungsverhältnisses. Der Arzt wird hierbei als Experte gesehen, der Patient als Laie.

Dieses Modell legitimiert sich also weitgehend durch die persönliche und fachliche Kompetenz und Autorität des Arztes, wobei der Patient eine passive Rolle einnimmt und sämtlichen Entscheidungen des Arztes zustimmt, ohne in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen zu werden.

Informatives Modell

Bei diesem Modell kommt dem Arzt die Aufgabe zu, den Patienten in jeder Hinsicht über seine Erkrankung zu informieren und ihm alle potentiellen Therapieoptionen vorzustellen. Der Patient bestimmt dann autonom über die durchzuführende(n) medizinische(n) Intervention(en), der Arzt nimmt keinerlei Einfluss auf die Entscheidung(en) des Patienten.

Shared-Decision-Making

Diese Form des Entscheidungsprozesses umfasst zwei Beteiligte: zum einen den Behandler, zum anderen den zu Behandelnden.

Aufgabe des Arztes ist es, den Patienten umfassend und für diesen verständlich zu informieren ohne ihm dabei die eigenen Vorstellungen und Wertungen aufzudrängen. Aufgabe des Patienten ist es, sich mit der Erkrankung und ihrer subjektiven bzw. sozialen Bedeutung für ihn selbst auseinanderzusetzen und dieses in den Entscheidungsprozess mit einzubringen.

Notwendige Bedingung des Shared-Decision-Making ist die beidseitige Zustimmung zu einer Behandlungsoption – auf diese Weise wird die Verantwortung für die Entscheidung gemeinsam getragen.

Diese Form der Beziehung ist allerdings nur durchführbar, wenn ein auf gegenseitigem Vertrauen basierendes Verhältnis zwischen den beiden Parteien besteht.

1.2.1.5 Einflussfaktoren

Vom Konzept des Shared-Decision-Making ausgehend wird klar, dass die Eigenschaften sowohl des Arztes als auch des Patienten Auswirkungen auf die Beziehung zwischen beiden haben.

Etwa seit den 1970er Jahren beschäftigen sich Forschungsgruppen mit der Frage nach Faktoren, die die Arzt-Patient-Beziehung beeinflussen – sowohl im positiven als auch im negativen Sinne (z.B. Luborsky, 1976; Bordin, 1976; Crits-Cristoph et al., 1993; Krupnick und Pincus, 1996; Hersoug et al, 2001; Horvath und Bedi, 2002).

Ergebnis dieser Studien war die Ermittlung dreier entscheidender Einflussfaktoren: Die individuellen Charaktereigenschaften des Patienten, die Qualität des Therapeuten (die Therapeutenvariablen), sowie die in der Therapie angewandten Techniken.

Charaktereigenschaften des Patienten

Was die Charaktereigenschaften des Patienten betrifft, so kamen Meise et al. (1992) in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass sich Patienten in ihrer Fähigkeit, gute Arbeitsbeziehungen zu bilden, stark unterscheiden.

Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, die diese Fähigkeit des Patienten bestimmen. Hierzu gehören sowohl persönliche Merkmale des Patienten (demographische Variablen, Persönlichkeitsstruktur und Krankheitscharakteristika), als auch das den Patient umgebende Milieu.

Therapeutenvariablen

Bei der Frage nach der Qualität des Therapeuten wurden im Allgemeinen Instrumente zur Messung der Therapeutischen Allianz herangezogen. Nach Abschluss der Erhebungen wurden die Ergebnisse daraufhin verglichen, welche der begutachteten Arzteigenschaften bzw.

angewandten Techniken hoch mit der Bildung einer guten Arzt-Patient-Beziehung korrelierten.

Unter den angewandten Messinstrumenten befanden sich unter anderem das Working Alliance Inventory (WAI, Horvath und Greenberg, 1989), das Therapeutic Alliance Rating System (TARS, Marziali et al, 1981), die California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS, Louise und Marmar, 1993), das Helping Alliance Questionnaire (HA, Luborsky et al, 1980) und die Penn Helping Alliance Rating Method (PENN, Morgan et al, 1982).

In der psychiatrischen Literatur lassen sich von 1988 bis 2002 neun Studien finden, die sich mit der Fragestellung auseinandersetzen, welche persönlichen Eigenschaften eines Arztes einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung haben.

Hierzu gehören Studien von Horvath und Greenberg (1989), Mallinckrodt und Nelson (1991), Mohl et al (1991), Kivlighan et al (1993), Coady und Marziali (1994), Najavits und Strupp (1994), Bachelor (1995), Price und Jones (1998), Saunders (1999), Hersoug et al (2001). Teilnehmer an diesen Studien waren jeweils ambulante Patienten oder freiwillige Studenten und psychologisches bzw. psychiatrisches Personal.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen belegten, dass spezifische persönliche Eigenschaften des Arztes mit der Bildung bzw. Aufrechterhaltung einer positiven Beziehung signifikant zusammenhängen. Hierzu zählen: Vertrauenswürdigkeit, Flexibilität, Interesse, Aufmerksamkeit, Zuversicht, Wärme, Kompetenz, Erfahrung, Selbstsicherheit, Respekt zu haben sowie Hilfe und Schutz zu bieten.

Aber auch andere Therapeutenvariablen wurden in die Studien miteinbezogen und analysiert.

So legen Beutler et al. (1994) in einer Übersichtsarbeit dar, dass sowohl das Geschlecht als auch weitere objektive Variablen des Therapeuten Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung nehmen. Zu diesen Variablen zählen Charakteristika wie Alter und Ethnie, außerdem der berufliche Hintergrund und der therapeutische Stil.

Weitere Forschungsgruppen stellten schon vor Beutler et al. (1994) die Frage nach dem Einfluss des Geschlechts des Therapeuten auf die Therapeutische Beziehung bzw. den Therapieverlauf und das

Therapieergebnis. Studien im Bereich der Kurzzeit-Psychotherapie z.B. geben den Anschein, dass weibliche Therapeutinnen bei der Bildung einer Beziehung zum Patienten generell erfolgreicher sind und eher eine Symptom-Reduktion erzielen als ihre männlichen Kollegen (Jones und Zoppel, 1982; Jones et al, 1987).

Weiterhin zeigte eine Befragung amerikanischer Collegestudenten, die zum ersten mal eine Therapie begannen, dass der überwiegende Anteil der Befragten bezüglich des Geschlechts ihres Therapeuten klare Präferenzen hat (Pikus und Heavey, 1996).

Atkinson und Lowe (1995) bzw. Constantine (2001) stellten die Hypothese auf, dass von Patienten einer ethnischen Minderheit Behandler derselben ethnischen Abstammung präferiert werden könnten. Einige Jahre später kommt Karlsson (2005) in seiner Übersichtsarbeit zur Frage der Auswirkung ethnischer Ungleichheit bzw. Gleichheit von Arzt und Patient in der Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass zwar bis zu jenem Zeitpunkt zu wenige Studien diesen Fragenkomplex erörterten, um eine definitive Aussage zu treffen. Die existierenden Studien suggerierten, dass Ethnie keinen Einfluss auf die Beziehungsbildung habe. Karlsson selber ist jedoch der Ansicht, dass wenigstens ein Teil der Patienten von ethnischer Gleichheit bei Therapeut und Patient profitierten könnte.

Bei allen Befunden zu Arztattributen muss allerdings bedacht werden, dass die Daten jeweils zu ein bis drei bestimmten Zeitpunkten während einer Therapie erhoben wurden und somit kein vollständiges Bild abgeben können.

Angewandte Techniken

Mithilfe der gleichen, oben beschriebenen Messinstrumente wurde ebenfalls eruiert, welche vom Therapeuten während einer Therapie angewandten Techniken die Arzt-Patient-Beziehung positiv beeinflussen. Luborsky et al. (1983) befragten in einer Studie 20 ambulante Patienten sowie 18 erfahrene Psychiater. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass dem Patienten die Entwicklung einer Beziehung erleichtert werde, indem der Therapeut ihm Hoffnung vermittele und Fortschritte während der Therapie

anerkenne sowie Verständnis, Akzeptanz und Respekt entgegenbringe. Weiterhin sei von Vorteil auf die gemeinsamen Erfahrungen Bezug zu nehmen, aufgeschlossen und enthusiastisch zu sein, ein Gefühl der Zusammenarbeit gegen die Ängste des Patient zu vermitteln und den Patient zu ermutigen, anzuwenden, was innerhalb der Therapie erlernt wurde. Ähnliches beschreiben auch Allen et al. (1996), die eine Studie an 39 Patienten mit einer Borderline-Störung und mehreren erfahrenen Therapeuten durchführten.

Saunders et al. (1989) fanden in einer Untersuchung an 113 ambulanten Psychotherapie-Patienten heraus, dass die Patienten diejenigen Ärzte besser bewerteten, von welchen sie sich verstanden fühlten. Gute Beurteilung erzielten auch jene Ärzte, die eine für den Patient verständliche Ausdrucksweise gebrauchten und aufrichtig in den Therapieprozess investierten.

Mohl et al. (1991) beschrieben, dass aktive und explorierende Ärzte im Durchschnitt eine bessere Beziehung zu ihren Patienten hatten, als diejenigen, die sich dem Patienten gegenüber weniger aktiv und hinterfragend verhielten und auch Bachelor (1991) kam zu dem Ergebnis, dass sich eine positive Korrelation zwischen einem explorativen Verhalten des Therapeuten und der Beziehung findet. Ebenso berichteten Gaston und Ring (1992) vom Zusammenhang eines nachforschenden bzw. nachfragenden Verhaltens des Therapeuten und der Arzt-Patient-Beziehung. Sie stellten dar, dass ein ausgeprägteres Explorationsverhalten eine bessere Beziehung zur Folge habe.

In einer anderen Studie untersuchte Bachelor (1995) die Ansichten der Patienten zur Beziehung zwischen Arzt und Patient. Er beschreibt dort drei divergierende Ansichtsweisen, die unterschiedliche Aspekte betonen: Zum einen soll sich ein Therapeut während der Therapie nicht bewertend verhalten, außerdem aufmerksam zuhören und Verständnis zeigen. Zum anderen soll er dem Patient neue Wege aufzeigen und Kritik oder Konfrontationen innerhalb des therapeutischen Rahmens akzeptieren. Als letztes soll ein Therapeut Probleme identifizieren und klarstellen, dem Patient helfen sich auszudrücken und ihn wiederholt auf relevante Themen fokussieren.

Seine Ergebnisse unterstreichen noch einmal die Wichtigkeit strategischer ärztlicher Interventionen und Techniken für den Aufbau einer guten Beziehung zum Patient.

Dolinsky et al. (1998) berichteten nach Befragung von 50 Studenten und 31 Berufsschülern in psychoanalytischer Ausbildung von einer signifikanten Korrelation bezüglich einer guten Arzt-Patient-Beziehung und einem im verbalen Austausch aktiven Therapeuten.

Die Ergebnisse einer Studie von Sexton et al. (1996) zeigten, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient während der frühen Therapiephase geformt und durch therapeutische Techniken wie Reflektion, Zuhören, Interpretation, Nachfragen und Beratung im weiteren Behandlungsverlauf aufrechterhalten wird. Ebenso verdeutlichten das Review von Martin et al. (2000) bzw. die Studie von Horvath und Bedi (2002), dass eine frühe Beziehungsbildung (innerhalb der ersten fünf Sitzungen) ein besseres Therapieergebnis zur Folge hat als der Aufbau einer Beziehung in der mittleren oder späten Phase der Behandlung.

Die Untersuchungen von Joyce und Piper (1998) sowie Ackermann et al. (2000) an ambulanten Patienten und psychologischen bzw. psychiatrischen Therapeuten demonstrierten, dass es einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung hat, wenn sowohl der Arzt als auch der Patient einen Nutzen von der Therapie erwarten.

Ogrodniczuk und Piper (1999) bestätigten die Hypothese, eine striktere Einhaltung therapeutischer Richtlinien führe zu einer besseren Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Die unten abgebildete Tabelle 1 stellt eine Kurzzusammenfassung der persönlichen Eigenschaften des Arztes und der von ihm während des Therapieverlaufs angewandten Techniken dar, die sich positiv auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken.

Tabelle 1: Eigenschaften und Techniken

Persönlichkeitseigenschaften	Angewandte Techniken
flexibel	Vereinfachung von Gefühlsäußerung
erfahren	Exploration
ehrllich	Honorierung von Therapieerfolgen
respektvoll	Verständnis
selbstsicher	Unterstützung
offen	Genauere Interpretation
vertrauensvoll	Reflektion
aufmerksam	Tiefe
freundlich	Aktives, positiv bejahendes Handeln
warm	Beachtung der Erfahrung des Patienten

1.2.2 Befunde bei psychisch Kranken

Die Entwicklung einer Beziehung mit sehr kranken, persönlichkeitsgestörten oder psychotischen Patienten ist nicht nur besonders schwierig sondern auch besonders kritisch.

Die bereits erwähnte Studie von Frank und Gunderson (1990) veranschaulichte, dass weniger als die Hälfte der teilnehmenden Patienten in der Lage waren, eine gute Arbeitsbeziehung zu ihrem Therapeuten aufzubauen. Konnte jedoch eine vertrauensvolle Beziehung eingegangen werden, so geschah dies innerhalb relativ kurzer Zeit, d. h. in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten.

Dieselbe Studie erbrachte außerdem folgende Ergebnisse:

Patienten, die eine gute Beziehung zu ihrem Therapeuten aufbauen konnten blieben bei ihrer Psychotherapie und nahmen die Medikamente zuverlässiger ein. Außerdem erreichten sie ein besseres Outcome nach zwei Jahren. Weiterhin stellte sich heraus, dass Patienten mit einer guten

Beziehung zu ihrem Therapeuten ihre Ziele mit weniger Medikamenten erreichten.

Hersoug et al. (2001) kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten einem dominanteren Stil des Therapeuten positiven Einfluss auf die Beziehung zusprechen. Diese Tatsache konkretisiert, dass ein aktiv in den Prozess involvierter Therapeut bevorzugt wird. Eigenschaften wie z.B. längere Erfahrung oder größeres Fachkönnen wurden von den Patienten nicht mit positivem Einfluss auf die Beziehung bewertet – im Gegenteil zeigten diese Eigenschaften eher einen negativen Einfluss. Von den in derselben Studie befragten Therapeuten wurde letzteren Qualitäten jedoch, gegensätzlich zur Ansicht der Patienten, positiver Einfluss auf die Beziehung zugesprochen.

Einige Untersuchungen beschäftigten sich spezifisch mit der Frage der Therapeutischen Beziehung bei der Behandlung schizophrener Patienten, so z.B. Katz und Solomon (1958), Marder et al. (1983), Drake und Sederer (1986), Gilbert und Ugelstad (1994), Coursey et al. (1995).

Auch in diesen Studien fand sich übereinstimmend, dass der Bildung einer guten Arzt-Patient-Beziehung eine bedeutende Relevanz für jegliche Art der Behandlung zukommt. Ebenso wird mehrfach betont, dass Respektierung und Fokussierung auf die Erwartungen und Wünsche der Patienten an das Verhältnis zu ihrem Therapeuten bzw. der Zufriedenheit mit der Therapie eine tragende Rolle für einen positiven Beziehungsaufbau und eine erfolgreiche Behandlung schizophrener Patienten zukommt.

1.3 Fragestellungen und Hypothesen:

Die vorliegende Studie setzt sich mit den Erwartungen psychiatrischer Patienten an ärztliche Eigenschaften und Verhaltensweisen auseinander. Zum Zeitpunkt der Planung und Durchführung der Untersuchung ließ der Stand der Forschung aufgrund der mangelnden Befunde zu dieser Patientengruppe noch keine Ableitung gut begründbarer spezifischer Hypothesen zu. Ergebnisse von Untersuchungen derselben Thematik in

der Allgemeinbevölkerung konnten zur Ableitung von Hypothesen nicht herangezogen werden, da nicht davon ausgegangen werden konnte, dass sich Erwartungen der Allgemeinbevölkerung an ihren Arzt mit denen psychiatrischer Patienten an ihren Therapeuten decken. Als Grund hierfür zeigten sich v.a. die besonderen Umstände psychiatrischer Therapie, die nicht mit einer z.B. chirurgischen Therapie gleichgesetzt werden können.

Die Studie hat somit explorativen Charakter.

1.4 Ziel der Arbeit

Nur wenige Studien fragen explizit nach den spezifischen Bedürfnissen psychiatrischer Patienten.

Die existierenden Studien zeigen jedoch, dass besondere Bedingungen und Schwierigkeiten bei der Behandlung psychiatrischer Patienten bestehen und dass diese Patienten spezielle Anforderungen und Wünsche an ihren Arzt bzw. ihre Therapie haben. Zugleich kann als gesichert gelten, dass eine gute Arzt-Patient-Beziehung essentiell für den Behandlungserfolg ist.

Lediglich zwei Studien konnten identifiziert werden, die sich mit der Thematik des „idealen Arzt aus Sicht des Patienten“ befassen (Fones et al., 1998; Cullen et al., 2003). Diese Untersuchungen wurden jedoch in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt und sind deswegen nicht direkt auf den psychiatrischen Bereich übertragbar.

Die hier vorliegende Untersuchung setzt sich deshalb mit der Frage auseinander, was psychisch Kranke tatsächlich von ihrem Therapeuten erwarten.

2. Methoden

2.1 Erstellung des Interviewleitfadens

Inhalt der vorliegenden Untersuchung waren Präferenzen psychiatrischer Patienten bezüglich ärztlicher Attribute und Verhaltensweisen. Zu diesen Punkten wurde zunächst die existierende Literatur gesichtet und ein auf den beschriebenen Befunden basierender, halbstrukturierter Interviewleitfaden zusammengestellt (siehe 6.1).

Neben allgemeineren Fragen zu den Vorstellungen und Wünschen der Patienten beinhaltete das Interview speziellere Fragen zu Alter, Geschlecht und kulturellem Hintergrund des „Idealarztes“ sowie zum gewünschten Verhalten in der Therapie.

Um zusätzlich einen Eindruck von der Relevanz verschiedener in der Literatur genannter Bereiche zu erhalten, wurde den Interviewten im Anschluss an das qualitative Interview ein selbstkonstruierter, 34 Items umfassender Fragebogen vorgelegt (siehe 6.1.3). Dieser deckte nachfolgende Merkmalsbereiche ab:

- ⇒ Eigenschaften des Therapeuten, sowohl Persönlichkeits- als auch physische Eigenschaften
- ⇒ Verhalten des Therapeuten in der Therapie
- ⇒ Sympathie- / Vertrauensverhältnis
- ⇒ Autonomievorstellung des Patienten
- ⇒ Umgang mit Angehörigen des Patienten

Die Beantwortung der einzelnen Fragen wurde anhand einer vierstufigen Likert-Skala erbeten („trifft gar nicht zu“ – „trifft eher nicht zu“ – „trifft eher zu“ – „trifft voll zu“).

Weiter beinhaltete das Interview Fragen zu soziodemografischen und Verlaufsparemtern (Alter, etc.). Das Ausmaß der aktuellen Psychopathologie wurde durch die behandelnden Ärzte anhand der im Bereich der Psychiatrie gängigen Clinical Global Impressions beurteilt (CGI, siehe 6.1.4).

2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung und Stichprobe

Nach entsprechenden Vorüberlegungen wurde die zu untersuchende Population folgendermaßen definiert:

Einschlusskriterien

- ⇒ Diagnose nach ICD-10: F10, F20, F30 oder F40 (siehe unten bzw. Tab.4)
- ⇒ Stationärer Aufenthalt
- ⇒ Klinischer Zustand erlaubt die Durchführung eines Interviews

Ausschlusskriterien

- ⇒ unzureichende Deutschkenntnisse

Eine weitere Homogenisierung der Stichprobe (bisherige psychiatrische Therapie-Erfahrung, Altersbeschränkung, etc.) wurde aufgrund des epidemiologisch orientierten Ansatzes nicht angestrebt.

Befragt wurden insgesamt 60 stationäre Patienten und Patientinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Die Diagnosen der Befragten umfassten Suchterkrankungen (F10 nach ICD-10: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20 nach ICD-10: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), affektive Störungen (F30 nach ICD-10: Affektive Störungen) sowie Angststörungen (F40 nach ICD-10: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Die aufgrund der oben aufgeführten Kriterien in Frage kommenden Patienten wurden mithilfe des Behandlungspersonals eruiert und von der Interviewerin auf den jeweiligen Stationen zur Teilnahme gebeten. Die freiwillige Teilnahme wurde vor Beginn des Interviews durch eine schriftliche Einverständniserklärung bestätigt (siehe 6.1.1). In der Regel betrug die Dauer eines Interviews zwischen 20 und 40 Minuten, die Antworten der Befragten wurden währenddessen stichwortartig festgehalten.

Anschließend wurde die aktuelle Psychopathologie des Interviewten durch den Behandler mithilfe des CGI-Scores beurteilt.

Das Alter der befragten Patienten lag zwischen 19 und 71 Jahren, wobei das mittlere Alter ca. 41 Jahre betrug (siehe Tab. 2). Anteilig verhielten sich weibliche bzw. männliche Befragte in etwa gleich (siehe Tab. 3).

In Bezug auf die Diagnosen stellten Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreis sowie Patienten mit affektiven Erkrankungen die größten Gruppen dar, gefolgt von Patienten mit Suchterkrankungen. Die kleinste Gruppe wurde von Patienten mit Zwangserkrankungen gebildet (siehe Tab. 4). Ein großer Teil der Befragten gab mindestens zwei Voraufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen an (siehe Tab. 5) und mehr als die Hälfte wurden zum Zeitpunkt des Interviews von ihrem Behandler als „deutlich krank“ eingeschätzt (siehe Tab. 6).

Tabelle 2: Soziodemografische und klinische Variablen

Alter der Teilnehmer in Jahren

M	SD	Min	Max
41	13	19	71

Geschlecht

weiblich	männlich
<i>n</i> = 26 (43%)	<i>n</i> = 34 (57%)

Diagnosenverteilung

F10	F20	F30	F40
<i>n</i> = 9 (15%)	<i>n</i> = 21 (35%)	<i>n</i> = 25 (42%)	<i>n</i> = 5 (8%)

Psychiatrisch-stationäre Aufenthalte

1. Aufenthalt	2. Aufenthalt	> 2 Aufenthalte
<i>n</i> = 8 (13%)	<i>n</i> = 10 (17%)	<i>n</i> = 42 (70%)

CGI (Score)

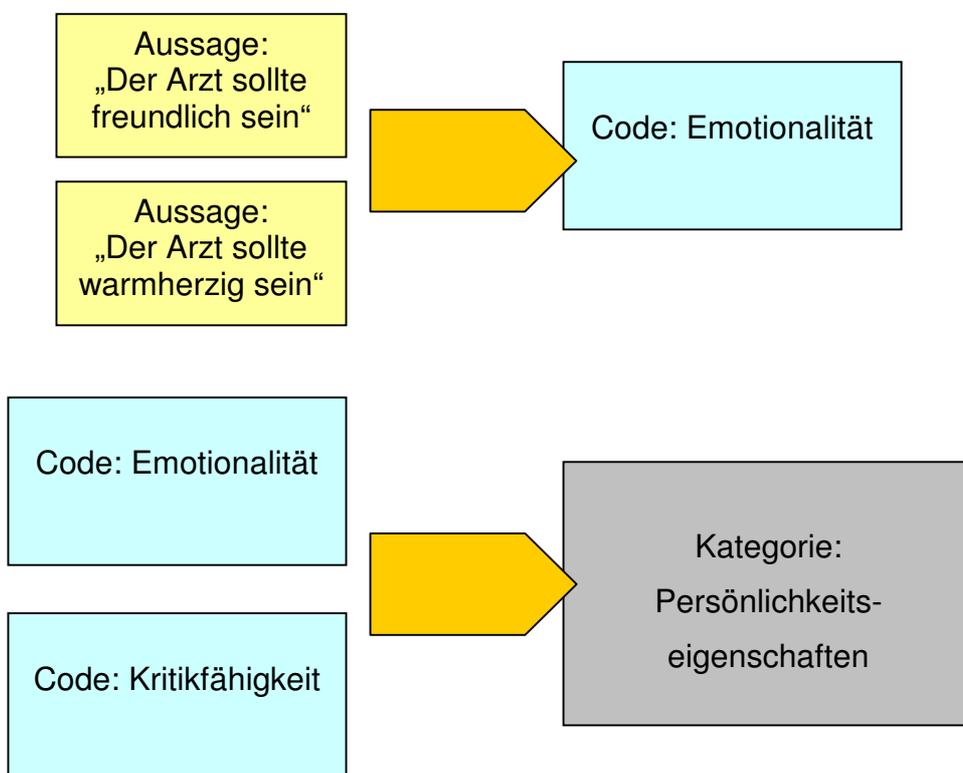
M	SD	Min	Max
4,7	0.9	1	6

2.3 Qualitative und Quantitative Inhaltsanalyse

Die qualitativen Interviewanteile wurden mithilfe der Methode der „Qualitative(n) Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2003) ausgewertet (siehe Abb.1). Ziel dieses Verfahrens ist eine systematische, textnahe Aufarbeitung des Ausgangsmaterials. Dabei werden die Aussagen schrittweise soweit reduziert, dass nur mehr wesentliche Inhalte erhalten bleiben. Zu diesem Zweck werden die Aussagen zunächst abstrahiert, ähnliche Inhalte gebündelt und zu globalen Aussagen, sogenannten Codes zusammengefasst. Anschließend werden thematisch verwandte Bereiche zu Kategorien zusammengefasst. Die Durchführung der qualitativen Analyse erfolgte im Konsensverfahren durch vier an der Auswertung beteiligte Rater.

Zur Auswertung des quantitativen Anteils kamen die Methoden der deskriptiven Statistik mithilfe von SPSS zur Anwendung.

Abbildung 1: Qualitative Inhaltsanalyse



3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse des qualitativen Interview-Anteils

Wie unten dargestellt, konnten insgesamt sieben Kategorien (grau unterlegt) gebildet werden, in denen jeweils bis zu zehn Codes (blau unterlegt) zusammengefasst sind (siehe Abb. 2).

Das Ausgangsmaterial sowie die ausführliche Kategorieerstellung und die Zuordnung der Codes finden sich im Anhang (siehe 6.2 und 6.3).

Abbildung 2: Qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Codes
Persönlichkeitseigenschaften	Psychische Belastbarkeit
	Kritikfähigkeit
	Intelligenz
	Gemüt
	Vertrauen
	Emotionalität
	Affekte
	Natürlichkeit
	Empathie
	Emotionale Intelligenz
Kategorie	Codes
Arzt-Patient-Beziehung	Therapiegespräch
	Zusammenarbeit
	Einstellung zum Patienten
	Führungsaspekte
	Autonomie des Patienten
	Für den Patienten negative Gesprächsaspekte

Kategorie	Codes
Fachliche Qualifikation	Ärztliche Tätigkeiten Aufklärung Auftreten Ärztliches Selbstbild Fachkompetenz

Kategorie	Codes
Objektive Charakteristika	Alter Aussehen Geschlecht Ethnische Abstammung

Kategorie	Codes
Motivation	Berufsmotivation Engagement Helfen

Kategorie	Codes
Setting	Gestaltung Zeit Raum

Kategorie
Medikation

3.2 Ergebnisse des quantitativen Interview-Anteils

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den oben genannten Merkmalsbereichen (siehe 2.1) tabellarisch dargestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit werden die Befunde auch in dichotomisierter Form aufgezeichnet.

3.2.1 Eigenschaften des Therapeuten, sowohl Persönlichkeits- als auch physische Eigenschaften (siehe Tab.7):

Item 8) ...mein Arzt selbstsicher ist

Item 9) ...mein Arzt genau wie ich ein Mann / eine Frau ist

Item 10) ...mein Arzt eine gewisse Lebenserfahrung (Alter) hat

Item 15) ...mein Arzt äußerlich attraktiv ist

Wie in Tab.8 (siehe unten) ersichtlich, legen beinahe 90% der Teilnehmer besonderen Wert darauf, dass ihr Arzt mit einer gewissen Selbstsicherheit auftritt. Auch die bisherige Lebenserfahrung des Behandlers ist für drei Viertel der Befragten von Bedeutung.

Jeweils nur ein Drittel der Patienten legt gesteigerten Wert auf einen attraktiven Arzt bzw. darauf, dass ihr Behandler gleichen Geschlechts ist wie sie selbst.

Tabelle 3: Eigenschaften des Therapeuten

Item	<i>n</i>	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Trifft nicht zu	Trifft zu
8)	59	0%	10,0%	26,6%	61,7%	10%	88,3%
9)	60	40,0%	23,3%	26,7%	10,0%	63,3%	36,7%
10)	60	6,7%	18,3%	55,0%	20,0%	25%	75,0%
15)	59	35,0%	33,3%	18,3%	11,7%	68,3%	30,0%

3.2.2 Verhalten des Therapeuten in der Therapie (siehe Tab.8):

- Item 2) ...mein Arzt auf mich eingeht
- Item 4) ...mein Arzt Zeit für mich hat
- Item 5) ...mein Arzt mich über meine Erkrankung aufklärt
- Item 18) ...mein Arzt mich über den Therapieablauf aufklärt
- Item 19) ...mein Arzt pünktlich ist
- Item 20) ...mir mein Arzt aufmerksam zuhört
- Item 23) ...mein Arzt mich auch mal kritisiert
- Item 24) ...mein Arzt mich bestärkt
- Item 26) ...mein Arzt für Kritik aufgeschlossen ist
- Item 29) ...mein Arzt mir sein Mitgefühl ausdrückt
- Item 31) ...mein Arzt eine gewisse Distanz wahrt
- Item 33) ...mein Arzt mich gut über meine Medikamente aufklärt

Vielen der ermittelten Verhaltensweisen des Therapeuten wird von den Befragten schwerwiegende Bedeutung für die therapeutische Beziehung zugeschrieben. Mehr als die Hälfte der erfragten Punkte wurden zu über 90% als „wichtig“ bewertet. Hierunter fielen vor allem Verhaltensweisen, die die durch den Arzt entgegengebrachte Qualität bzw. Quantität der Zuwendung erurieren („...auf mich eingeht“, „...Zeit für mich hat“, „...aufmerksam zuhört“, „...mich bestärkt“), aber auch die Art und Weise der Patienten-Aufklärung. Als ebenso bedeutsam wird die Distanzwahrung durch den Arzt empfunden.

Immerhin 85% der Teilnehmer sehen einen wichtigen Aspekt in der verlässlichen Pünktlichkeit der behandelnden Person.

Was das Kritikverhalten innerhalb der Therapie betrifft, sieht die überwiegende Zahl der Befragten gegenseitige Kritik als konstruktiv und weiterbringend an. Im Gegensatz dazu wird das Ausdrücken von Mitgefühl durch den Arzt von immerhin 37% als weniger vordringlich angesehen.

Tabelle 4: Verhalten des Therapeuten

Item	n	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Trifft nicht zu	Trifft zu
2)	59	0%	0%	23,3%	75,0%	0%	98,3%
4)	58	1,7%	1,7%	21,7%	71,7%	3,4%	93,4%
5)	59	1,7%	1,7%	15,0%	80,0%	3,4%	95%
18)	58	1,7%	0%	31,7%	63,3%	1,7%	95,0%
19)	60	0%	15,0%	48,3%	36,7%	15%	85%
20)	60	0%	1,7%	16,6%	81,7%	1,7%	98,3%
23)	60	3,3%	11,7%	51,7%	33,3%	15%	85%
24)	60	1,7%	6,6%	30,0%	61,7%	8,3%	91,7%
26)	60	1,7%	5,0%	53,3%	40,0%	6,7%	93,3%
29)	60	3,3%	33,3%	41,7%	21,7%	36,6%	63,4%
31)	60	10,0%	28,4%	43,3%	18,3%	38,4%	61,6%
33)	60	1,7%	1,7%	13,3%	83,3%	3,4%	96,6%

3.2.3 Sympathie- / Vertrauensverhältnis (siehe Tab.9):

Item 1) ...mein Arzt mich mag

Item 3) ...ich mich bei meinem Arzt sicher aufgehoben fühle

Item 7) ...ich meinen Arzt mag

Item 13) ...mein Arzt ähnliche Wertvorstellungen hat wie ich

Item 17) ...ich eine väterliche Beziehung zu meinem Arzt aufbauen kann

Item 22) ...mein Arzt ähnliche Interessen hat wie ich

Item 25) ...mein Arzt mir vertraut

Item 27) ...mein Arzt auch etwas von sich persönlich offenbart

Item 34) ...mein Arzt mich versteht

Von den erfragten Eigenschaften, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patient betreffen, werden mehrere Punkte einheitlich mit über 90% als „wichtig“ eingeschätzt. Hierzu gehören gegenseitige Zuneigung und Vertrauen. Als ebenso wesentlich wird angegeben, dass der Arzt dem Patienten Verständnis und ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann.

Beinahe zwei Drittel der Befragten sehen es als relevant, dass Arzt und Patient in ihren Wertvorstellungen eine gewisse Übereinstimmung

zeigen, hingegen geben ebenso Viele an, dass sie es nicht als notwendig empfinden, Interessen mit ihrem Arzt zu teilen.

Eine väterliche Beziehung zum Behandler möchten nur die wenigsten der Befragten aufbauen können und es legt auch nur ein Drittel Wert auf eine freundschaftlich geprägte Beziehung, in der persönliche Dinge beider Parteien besprochen werden.

Tabelle 5: Verhältnis

Item	<i>n</i>	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Trifft nicht zu	Trifft zu
1)	60	3,3%	5,0%	53,3%	38,4%	8,3%	91,7%
3)	59	0%	1,7%	21,7%	75,0%	1,7%	96,7%
7)	59	0%	6,7%	45,0%	46,7%	6,7%	91,7%
13)	60	6,6%	31,7%	35,0%	25,7%	38,3%	61,7%
17)	60	43,4%	40,0%	13,3%	3,3%	83,4%	16,6%
22)	59	33,3%	31,7%	21,6%	11,7%	65%	33,3%
25)	60	3,3%	1,7%	33,3%	61,7%	5%	95%
27)	60	30,0%	38,3%	26,7%	5,0%	68,3%	31,7%
34)	58	0%	0%	26,7%	70,0%	0%	96,7%

3.2.4 Autonomievorstellung des Patienten (siehe Tab.10):

Item 11) ...mein Arzt mir klare Ziele vorgibt

Item 12) ... mein Arzt und ich in den Therapiezielen übereinstimmen

Item 14) ...mein Arzt mich aktiv in die Therapie mit einbezieht

Item 16) ...mein Arzt mir Alternativen zu meinen Medikamenten vorschlägt

Item 21) ...mein Arzt meine Mitarbeit fordert

Item 28) ...mein Arzt mir mehrere Therapieoptionen zur Wahl stellt

Item 30) ...mein Arzt mir neue Wege aufzeigt

Die Vorstellungen zur eigenen Autonomie erweisen sich innerhalb des befragten Kollektiv als relativ einheitlich: der große Teil der Befragten räumt dem eigenen Mitbestimmungsrecht innerhalb der therapeutischen Beziehung einen hohen Stellenwert ein. Über 90% möchten bezüglich

der Therapieziele mit ihrem Arzt konsentieren und zwischen mehreren Alternativen hinsichtlich Therapie bzw. Medikamenten wählen können. Dennoch spricht die gleiche überwiegende Mehrheit von mindestens 80% der Leitung und Führung durch den Behandler bzw. dem aktiv die Mitarbeit fordernden Arzt eine ebenso große Bedeutung wie der eigenen Autonomie zu.

Tabelle 6: Autonomie des Patienten

Item	<i>n</i>	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Trifft nicht zu	Trifft zu
11)	60	5,0%	13,3%	41,7%	40,0%	18,3%	81,7%
12)	59	0%	3,3%	38,3%	56,7%	3,3%	95%
14)	60	1,7%	5,0%	26,7%	66,6%	6,7%	93,3%
16)	60	1,7%	5,0%	48,3%	45,0%	6,7%	93,3%
21)	60	1,7%	8,3%	38,3%	51,7%	10%	90%
28)	60	5,0%	5,0%	56,7%	33,3%	10%	90%
30)	60	0%	0%	40,0%	60,0%	0%	100%

3.2.5 Umgang mit Angehörigen des Patienten (siehe Tab.11)

Item 6) ...meine Angehörigen meinen Arzt mögen

Item 32) ...meine Angehörigen meinem Arzt vertrauen können

Die Vorstellungen zum Umgang mit den Angehörigen zeigen sich inhomogen. Etwa 40% der Befragten empfinden es als relevant, dass ihre eigenen Angehörigen den Behandler mögen. Dass Angehörige dem behandelnden Arzt vertrauen können erweist sich allerdings für immerhin zwei Drittel der Teilnehmer als bedeutungsvoll.

Tabelle 7: Umgang mit Angehörigen

Item	<i>n</i>	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Trifft nicht zu	Trifft zu
6)	59	35,0%	23,3%	26,7%	13,6%	58,3%	40,3%
32)	60	16,7%	16,7%	36,6%	30,0%	33,4%	66,6%

3.3 Ergebnisse nach Diagnosegruppen

Im Verlauf der Auswertung des quantitativen Anteils kristallisierten sich unterschiedliche Tendenzen im Hinblick auf die Erwartungen der einzelnen Diagnosegruppen heraus. Um dieser Feststellung Rechnung zu tragen, werden nun einige interessante Befunde noch einmal gesondert diagnosebezogen dargestellt (siehe 3.3).

3.3.1 Eigenschaften des Therapeuten, sowohl Persönlichkeits- als auch physische Eigenschaften:

Item 8) ...mein Arzt selbstsicher ist

Item 9) ...mein Arzt genau wie ich ein Mann / eine Frau ist

Item 10) ...mein Arzt eine gewisse Lebenserfahrung (Alter) hat

Item 15) ...mein Arzt äußerlich attraktiv ist

Im Hinblick auf den Wunsch nach einem selbstsicheren Arzt wird deutlich, dass Selbstsicherheit eine maßgeblich erwünschte Eigenschaft des Behandlers sein sollte. Nahezu alle Teilnehmer bewerten dieses Wesensmerkmal als erforderlich für einen guten Arzt.

Die Frage nach Gleichgeschlechtlichkeit bei Behandler und Patient veranschaulicht sehr gegensätzliche Meinungen bei den Befragten. Während zwar ein Großteil der Patienten keinen gesteigerten Wert auf einen Therapeuten des gleichen Geschlechts legt, betonen doch über 40% der Gruppen der an Depression sowie der an Angst-/Zwangsstörung Erkrankten, dass sie einem Therapeuten gleichen Geschlechts den Vorzug geben würden.

Besondere Bedeutung wird auch dem Alter bzw. der mit zunehmendem Alter erweiterten Lebenserfahrung des Arztes beigemessen. Ausnahmslos würde sich die Mehrheit der Befragten aller Diagnosegruppen eher einen erfahreneren Arzt wünschen. Immerhin sehen aber innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen jeweils mindestens

20% keine zwingende Notwendigkeit darin, von einem älteren Therapeuten behandelt zu werden.

Im Hinblick auf die Attraktivität des Arztes filtert sich heraus, dass ein doch nicht unbeachtlicher Teil der Befragten ein ansprechendes Äußeres als positive Eigenschaft ansieht. Zwar geben mindestens jeweils 60% der Diagnosegruppen an es als unbedeutend zu empfinden, ob ihr Arzt äußerlich attraktiv sei. Dennoch bewerten in allen Diagnosegruppen mindestens 20% ein ansprechendes Erscheinungsbild als wichtiges Merkmal.

Tabelle 8 und Abbildung 3: Item 8)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	1	5	17
Schizophrenie	0	4	9	8
Sucht	0	0	1	8
Zwang	0	1	1	3

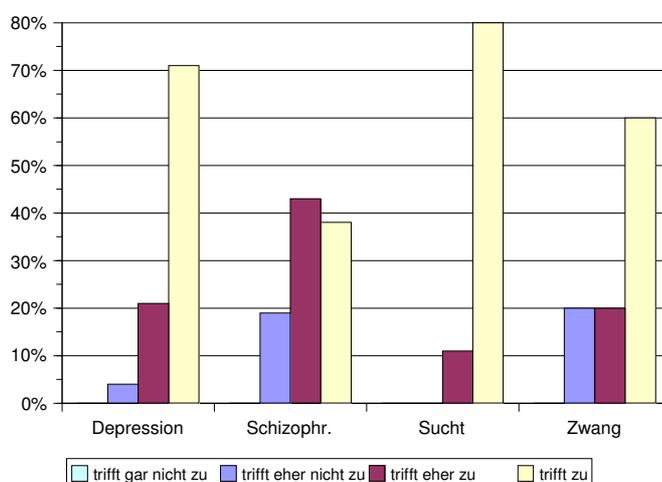
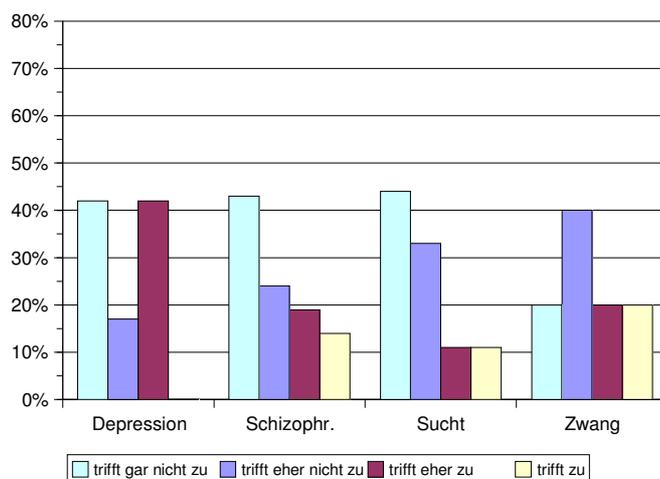


Tabelle 9: Item 9)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	10	4	10	0
Schizophrenie	9	5	4	3
Sucht	4	3	1	1
Zwang	1	2	1	1

Abbildung 4: Item 9)**Tabelle 10 und Abbildung 5: Item 10)**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	1	6	14	3
Schizophrenie	2	2	12	5
Sucht	1	1	4	3
Zwang	0	2	3	0

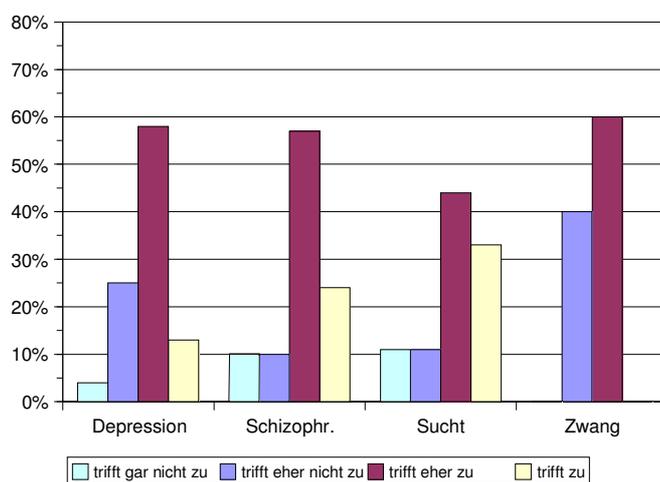
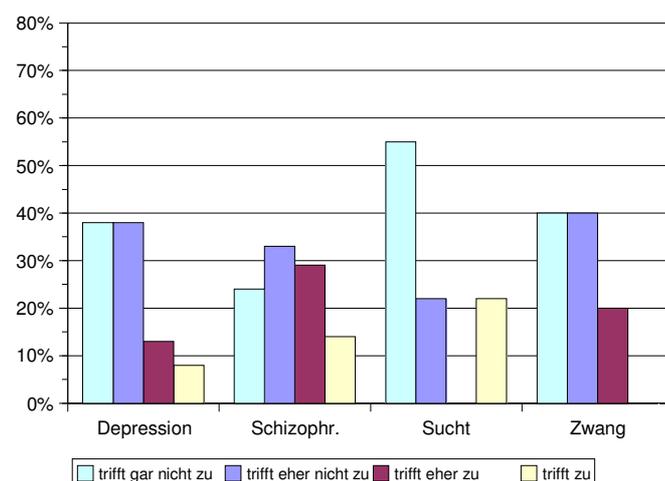


Tabelle 11 und Abbildung 6: Item 15)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	9	9	3	2
Schizophrenie	5	7	6	3
Sucht	5	2	0	2
Zwang	2	2	1	0



3.3.2 Verhalten des Therapeuten in der Therapie:

Item 23) ...mein Arzt mich auch mal kritisiert

Item 26) ...mein Arzt für Kritik aufgeschlossen ist

Item 29) ...mein Arzt mir sein Mitgefühl ausdrückt

Item 31) ...mein Arzt eine gewisse Distanz wahrt

Die Fragen nach gegenseitiger konstruktiver Kritik werden von über 80% der Befragten aller Diagnosegruppen einheitlich als notwendiges und förderliches Charakteristikum innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung angesehen.

Weniger homogen stellen sich die Ansichten zur erwünschten Anteilnahme am Leid des Patienten dar. Während Befragte der Diagnosegruppen Schizophrenie, Depression und Angst-/Zwangsstörung zu jeweils zwei Dritteln Mitgebühlsbekundungen durch

den Arzt bejahen würden, empfinden genauso viele Befragte der Gruppe der Suchterkrankten dies als nicht wünschenswert.

Ähnlich inhomogen wird auch die Frage nach der erforderlichen Distanz des Arztes zu seinem Patienten beantwortet. Es zeigt sich, dass ca. 60% der Patienten mit Angst-/ Zwangserkrankung die Distanzwahrung durch den Behandler als weniger notwendig empfinden als die gleiche Anzahl der Patienten der anderen Diagnosegruppen.

Tabelle 12 und Abbildung 7: Item 23)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	4	14	6
Schizophrenie	1	2	9	9
Sucht	1	1	4	3
Zwang	0	0	4	1

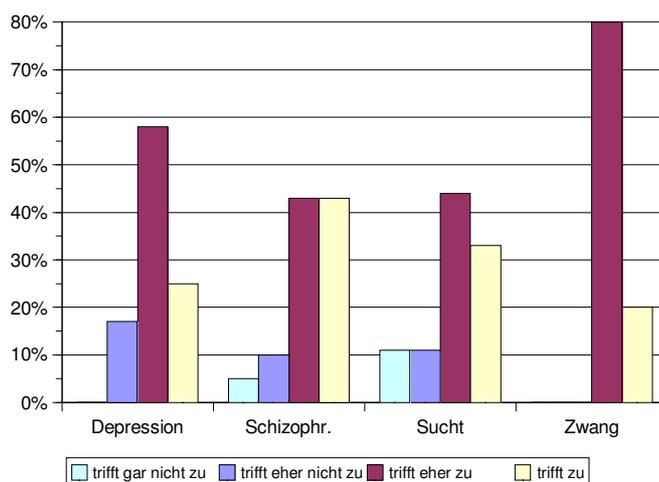
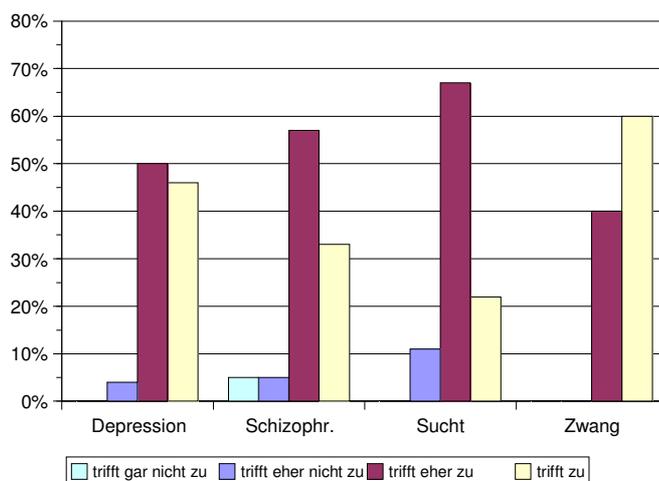


Tabelle 13: Item 26)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	1	12	11
Schizophrenie	1	1	12	7
Sucht	0	1	6	2
Zwang	0	0	2	3

Abbildung 8: Item 26)**Tabelle 14 und Abbildung 9: Item 29)**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	8	12	4
Schizophrenie	1	7	9	4
Sucht	1	4	2	2
Zwang	0	1	1	3

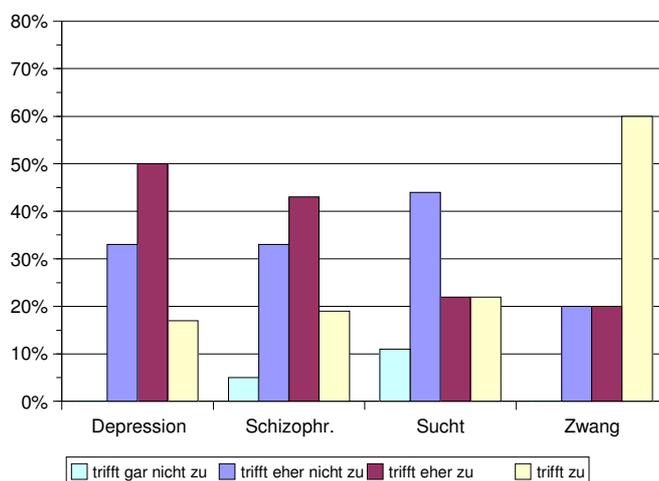
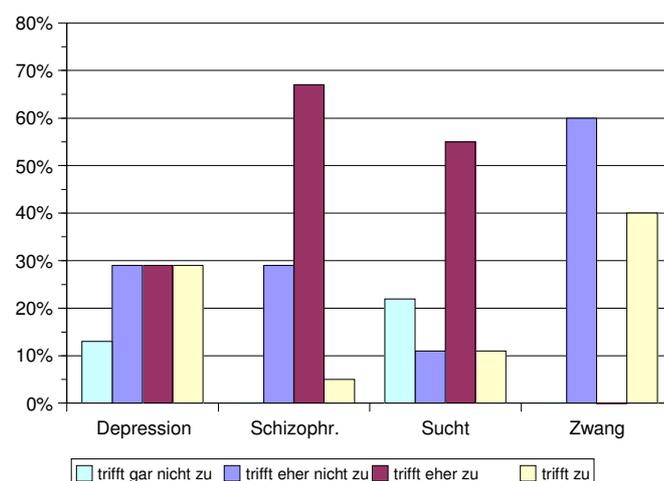


Tabelle 15 und Abbildung 10: Item 31)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	3	7	7	7
Schizophrenie	0	6	14	1
Sucht	2	1	5	1
Zwang	0	3	0	2



3.3.3 Sympathie- /Vertrauensverhältnis

Item 13) ...mein Arzt ähnliche Wertvorstellungen hat wie ich

Item 17) ...ich eine väterliche Beziehung zu meinem Arzt aufbauen kann

Item 22) ...mein Arzt ähnliche Interessen hat wie ich

Item 27) ...mein Arzt auch etwas von sich persönlich offenbart

Die Frage nach der Wichtigkeit der ähnlichen Wertvorstellungen von Arzt und Patient wird uneinheitlich beantwortet.

Tendenziell wünschen sich Patienten aller Diagnosegruppen eher, bezüglich ihrer eigenen Wertvorstellungen mit denen ihres Behandlers überein zu stimmen. Eine Ausnahme bildet jedoch die Gruppe der Suchterkrankten. Von ihnen geben knapp 25% an, keine Notwendigkeit darin zu sehen in diesem Punkt mit ihrem Arzt konform zu gehen.

Eindrucksvoll stellt sich im Diagramm dar (siehe Abb.4), dass auf die väterliche Rolle des Arztes von keiner der Diagnosegruppen wesentlicher Wert gelegt wird.

Hinsichtlich des Wunsches nach gleichen Interessen bei Patient und Arzt zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Befragten diesem Aspekt innerhalb der therapeutischen Beziehung keine vordringliche Bedeutung beimisst. Als Ausreißer stellt sich erneut die Gruppe der Suchterkrankten dar, von denen es ein Drittel sehr befürworten würde, gemeinsame Interessen mit ihrem Therapeuten zu teilen.

Relativ heterogen zeigen sich die Ansichten zur persönlichen Basis zwischen Therapeut und Patient. Ein großer Teil der Befragten möchte eher auf Einblick in das private Leben des Behandlers verzichten, während ein anderer großer Teil die Einbringung persönlicher Details vielmehr als positiv ansieht.

Tabelle 16 und Abbildung 11: Item 13)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	7	9	8
Schizophrenie	2	7	8	4
Sucht	2	2	2	3
Zwang	0	2	2	1

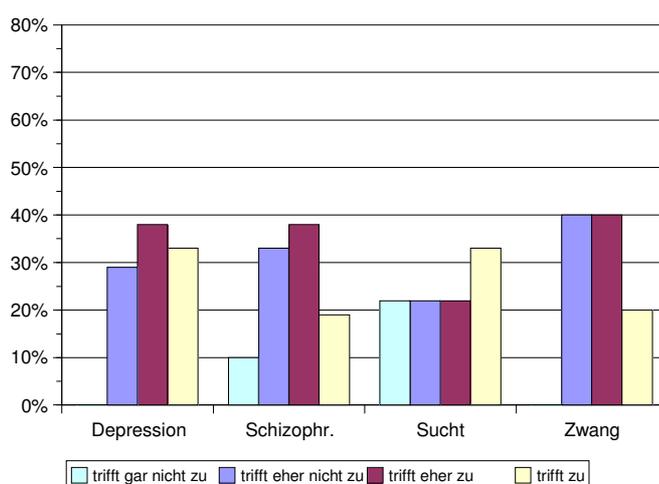
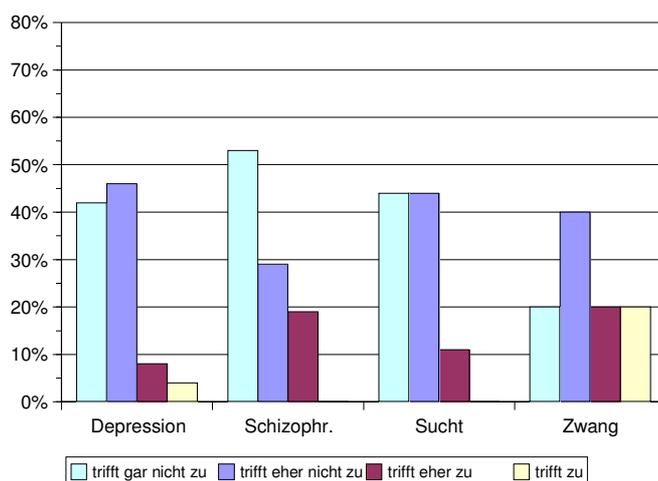


Tabelle 17 und Abbildung 12: Item 17)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	10	11	2	1
Schizophrenie	11	6	4	0
Sucht	4	4	1	0
Zwang	1	2	1	1

**Tabelle 18 und Abbildung 13: Item 22)**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	8	8	7	0
Schizophrenie	7	7	4	3
Sucht	4	2	0	3
Zwang	1	2	1	1

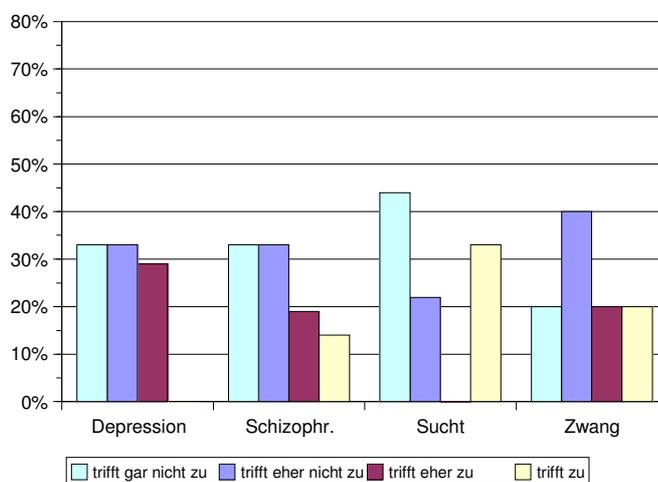
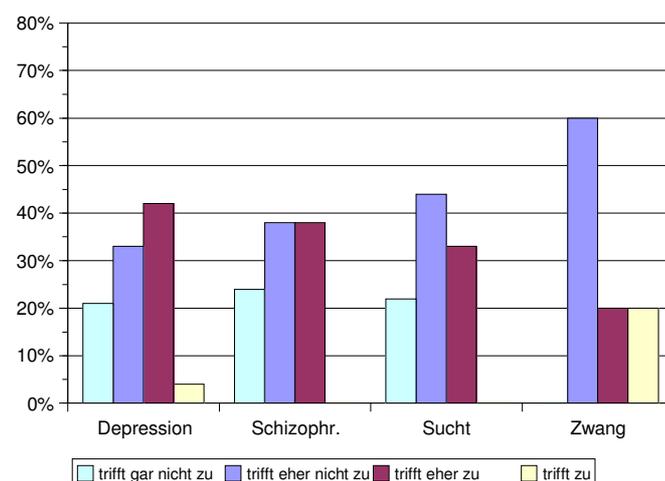


Tabelle 19 und Abbildung 14: Item 27)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	5	8	10	1
Schizophrenie	5	8	8	0
Sucht	2	4	3	0
Zwang	0	3	1	1



3.3.4 Autonomievorstellung des Patienten:

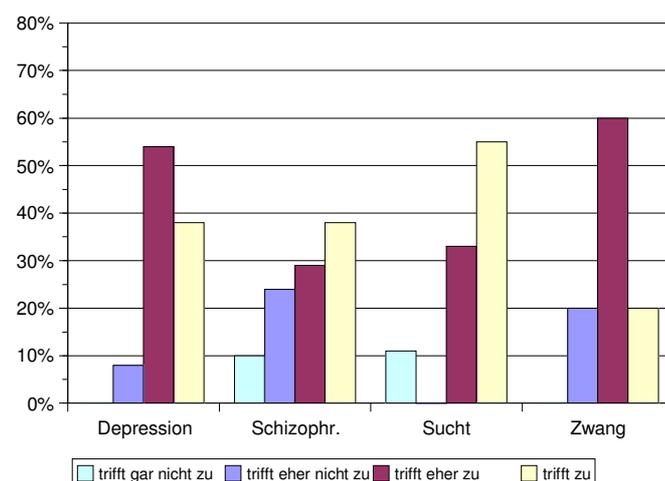
Item 11) ...mein Arzt mir klare Ziele vorgibt

Item 21) ...mein Arzt meine Mitarbeit fordert

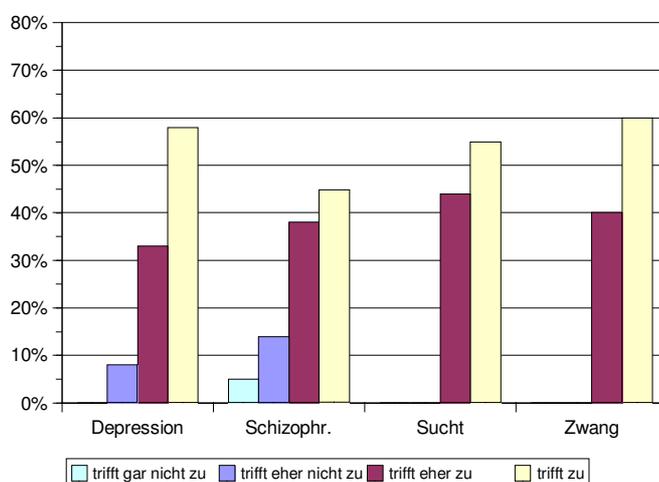
Die Führung durch den Arzt innerhalb der Therapie wird von den meisten Patienten erwünscht. 70% und mehr aller Befragten jeglicher Diagnosegruppen erleben es als vorteilhaft, von ihrem Therapeuten individuelle Ziele gesetzt zu bekommen. Zu bemerken ist aber, dass immerhin ein Drittel der Gruppe der an Schizophrenie Erkrankten keinen Wert auf genaue Zielsetzungen durch den Arzt legt. Ebenso wie die klare Zielsetzung durch den Therapeuten wird auch eine fordernde Haltung des Arztes von nahezu allen Befragten durchweg als positiv empfunden. Wie oben findet sich auch bei dieser Fragestellung die gegensinnige Gruppe der an Schizophrenie Erkrankten von ca. 30%, die keinen gesteigerten Wert auf einen Arzt mit dieser Führungsqualität legen.

Tabelle 20 und Abbildung 15: Item 11)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	2	13	9
Schizophrenie	2	5	6	8
Sucht	1	0	3	5
Zwang	0	1	3	1

**Tabelle 21 und Abbildung 16: Item 21)**

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	0	2	8	14
Schizophrenie	1	3	8	9
Sucht	0	0	4	5
Zwang	0	0	2	3



3.3.5 Umgang mit Angehörigen des Patienten:

Item 6) ...meine Angehörigen meinen Arzt mögen

Item 32) ...meine Angehörigen meinem Arzt vertrauen können

Tendenziell erscheint es den Befragten aller Diagnosegruppen als eher nicht erforderlich, dass die eigenen Angehörigen den Behandler mögen. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der an Schizophrenie Erkrankten, von denen 60% dieses Charakteristikum doch als wünschenswert empfinden. Divergent wird von den Befragten der Sachverhalt bewertet, dass Angehörige dem Therapeuten vertrauen können sollen. Dieses erscheint der Mehrheit der Befragten der Diagnosegruppen Depression, Schizophrenie und Angst-/Zwangserkrankungen als erstrebenswert. Hier weicht die Gruppe der Suchterkrankten von den restlichen Diagnosegruppen ab. Über die Hälfte der Befragten dieser Gruppe sehen keine Notwendigkeit darin, dass Angehörige dem Arzt vertrauen können.

Tabelle 22 und Abbildung 17: Item 6)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	8	7	3	5
Schizophrenie	3	5	10	3
Sucht	7	0	2	0
Zwang	2	2	1	0

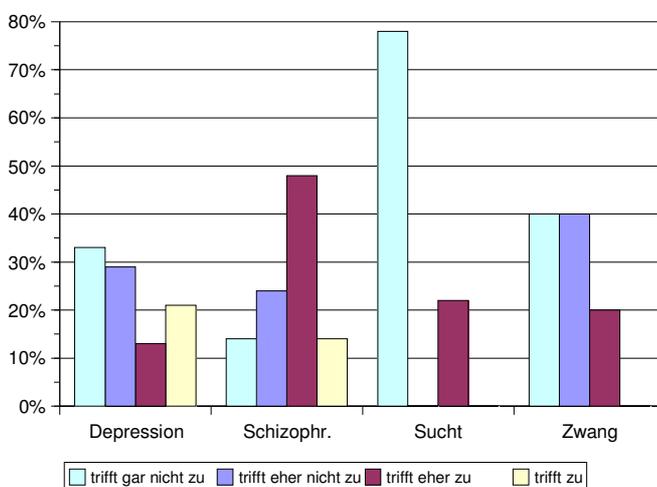
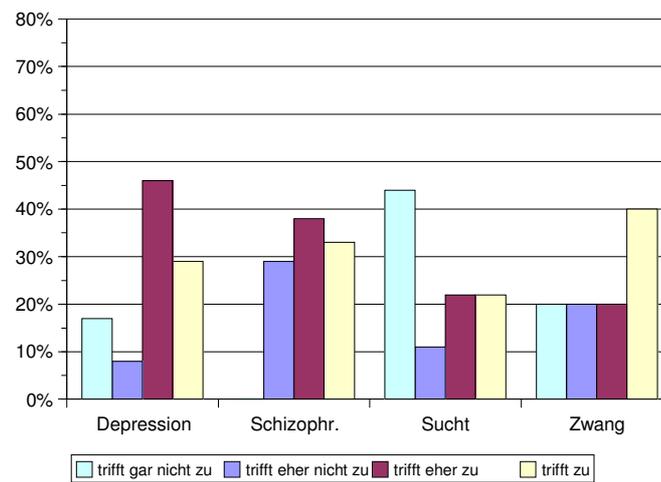


Tabelle 23 und Abbildung 18: Item 32)

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft zu
Depression	4	2	11	7
Schizophrenie	0	6	8	7
Sucht	4	1	2	2
Zwang	1	1	1	2



4. Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument gewählt. Dies hat zum Vorteil, dass die Befragten zwar auf bestimmte Fragestellungen hingeleitet werden, darauf aber offen und ohne Antwortvorgaben reagieren können. Die Fragestellung kann also vor dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen - vom Befragten selbst formuliert – eruiert werden. Zur Vervollständigung der Ergebnisse und zur besseren Einschätzung der Relevanz bestimmter Sachverhalte wurde dem qualitativen Interview ein quantitativer Anteil in Form eines Fragebogens mit 34 Items hinzugefügt. Es erschien dabei akzeptabel, diesen selbst zu konstruieren ohne seine Reliabilität und Validität in Vorstudien zu überprüfen, da sich die Untersuchung mit einem relativ wenig untersuchten Bereich beschäftigte. Gleichwohl muß dieser Umstand bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden und schränkt deren Aussagekraft ein.

Die gewählte Stichprobe reflektierte in Alter und Geschlecht einen Querschnitt durch die Patienten-Belegung der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Präferenzen der Patienten einer Universitätsklinik von denen in anderen psychiatrischen Krankenhäusern oder vorwiegend ambulant behandelten Patienten unterscheiden. Dieser Umstand wird allerdings dadurch abgemildert, dass es sich um eine Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag für den ihr zugehörigen Sektor handelte.

Ein Großteil der Befragten hatte bei Durchführung des Interviews bereits mehrere Voraufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen zu verzeichnen, was auf einen großen Erfahrungsschatz mit therapeutischem Personal schließen lässt. Auch die Frage, ob Patienten mit weniger psychiatrischen Voraufenthalten andere Prioritäten setzen würden, kann deshalb nicht abschließend beantwortet werden.

Des Weiteren kann nicht ausgeschlossen werden, dass trotz der breiten Altersspanne und der gleichmäßigen Geschlechtsverteilung Selektionseffekte die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. So waren Personen mit der Diagnose F20 (schizophrener Formenkreis) häufig weniger bereitwillig zur Teilnahme als Patienten mit anderen Diagnosen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung konnten Wünsche psychiatrischer Patienten an einen idealen Behandler bzw. an eine ideale Beziehung zu diesem heraus gearbeitet werden. Dabei zeigte sich, dass diese in vielen Punkten mit den Ergebnissen der in der Einleitung dargestellten Studien übereinstimmten, obwohl es sich bei jenen zumeist um Befragungen somatischer Patienten handelte. Es kann also davon ausgegangen werden, dass psychiatrische Patienten zu großen Teilen ähnliche Anforderungen an einen Arzt bzw. Behandler haben, wie Patienten mit somatischen Erkrankungen.

Parallelen zu früheren Studien finden sich insbesondere bei den Erwartungen an die Charaktereigenschaften des Behandlers. Horvath und Greenberg (1989), Mohl et al (1991), Coady und Marziali (1994), Price und Jones (1998), Saunders (1999), Hersoug et al (2001) und andere (siehe 1.2.1.5) beschrieben in ihren Studien die gleichen einflussreichen Charaktereigenschaften eines Behandlers des somatischen Bereichs. Zu diesen zählen Wesensmerkmale wie Verständnis, Einfühlsamkeit, Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Geduld, Freundlichkeit und Wärme. Diese Wünsche erschienen unmittelbar nachvollziehbar, handelt es sich hierbei doch um grundlegende Qualitäten einer jeden auf Vertrauen fußenden Beziehung.

Dass es sich beim Verhältnis zwischen Arzt und Patient dennoch um eine erweiterte Form der Beziehung handelt, die eine gewisse Professionalität mit einzubeziehen hat, zeigten die von den Patienten ebenfalls als erforderlich angesehenen Attribute des idealen Arztes wie Kompetenz,

Erfahrung und Engagement. Auch in diesen Punkten findet sich Übereinstimmung mit den oben genannten Studien.

Weitere Faktoren, in denen sich die Erwartungen der Patienten an ihren Arzt widerspiegeln, sind Pünktlichkeit und Zeit. Diese beiden Punkte wurden von den meisten der Teilnehmer angesprochen und sollen hier nacheinander erörtert werden. Zunächst könnte das wiederholt geforderte pünktliche Erscheinen des Arztes zu einem vereinbarten Termin darauf schließen lassen, dass viele der Befragten häufig mit unpünktlichen Ärzten und unangenehmen Wartezeiten konfrontiert werden. Es liegt nahe anzunehmen, dass regelmäßige Pünktlichkeit eine gewisse Verlässlichkeit vermittelt und somit in der Bildung einer Beziehung zum Patient vertrauensfördernd wirkt. Ferner scheint sich positiv auf die Beziehungsbildung auszuwirken, wenn sich der Arzt ausreichend Zeit für den Einzelnen nimmt. Es bedeutet dem Patienten, ernst und für voll genommen zu werden und als individuelle Person wichtig zu sein.

An dieser Stelle finden sich fließende Übergänge zum Wunsch der Befragten nach gleichberechtigten Positionen von Therapeut und Patient. Diese Tatsache wird durch den Aspekt hervorgehoben, dass es beinahe alle Befragten zwar als wichtig erachteten, konstruktive Kritik von ihrem Arzt zu erhalten, sich aber ebenso einem Arzt gegenüber sehen möchten, der auch selber für eventuelle Kritik durch den Patienten aufgeschlossen ist. Diese Anschauungsweise geht Hand in Hand mit der Ablehnung des allwissenden, fehlerlosen Arztes und seines passiven Patienten, wie dies im oben erläuterten paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung dargestellt wird (siehe 1.2.1.4). Gleichzeitig wurde aber von vielen der Befragten betont, Wert auf einen selbstsicheren Arzt zu legen, der in der Lage sei, ihnen klare Ziele vorzugeben. Dies lässt vermuten, dass eine gewisse Führung durch den Behandler innerhalb der Therapie doch als positiv und erleichternd empfunden wird. Ähnliches beschrieben Luborsky et al. (1983) und Allen et al. (1996), die in ihren Studien darlegten, ein Therapeut müsse dem Patient gegenüber aufgeschlossen sein und ein Gefühl der Zusammenarbeit vermitteln, ihn

gleichzeitig aber auch stets ermutigen, Fortschritte anerkennen und Hoffnung geben.

Erscheinen der Wunsch nach einerseits Gleichstellung der beiden Parteien, andererseits der Führung durch den Arzt zunächst gegensätzlich, zeigt sich bei genauerem Hinsehen, welche Qualitäten von einem guten Arzt wohl erwartet werden: Den Patient als gleichberechtigten Partner innerhalb der Therapie anzusehen und anzunehmen, ihm aber gleichzeitig die Möglichkeit zu geben, sich auf den Arzt zu stützen und sich bei diesem fallen lassen zu können, ohne dabei einen Verlust der Stellung fürchten zu müssen.

Im Hinblick auf eine andere Form der Beziehung, nämlich der eher freundschaftlich Geprägten, stellt sich die Frage nach der Bedeutsamkeit der Wahrung einer gewissen Distanz durch den Arzt. Dieser Gesichtspunkt wurde von den Teilnehmern uneinheitlich bewertet. Während ein Teil der Patienten eine gewisse Distanz von Seiten des Arztes als unerlässlich empfand, war dies für den anderen Teil nur wenig wichtig. Interessant ist allerdings, dass sich bezüglich der Distanzwahrung deutliche Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen finden. So erschien die ärztliche Distanzwahrung aus der Perspektive von an Sucht bzw. an Schizophrenie erkrankten Patienten im Verhältnis weit dringlicher als aus der von Patienten mit Zwangserkrankungen. Allerdings lässt die vorliegende Untersuchung im Hinblick auf eventuelle Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose keine definitive Aussage zu.

Neben der gerade besprochenen Distanzwahrung spielt bei der Erörterung, ob vom Patient eine eher freundschaftlich geprägte therapeutische Relation bevorzugt wird, auch die Frage eine Rolle, inwiefern die Beziehung aus Sicht des Patienten von der professionellen Basis in die private Ebene vordringen darf bzw. soll. Interessanterweise zeigte sich, dass die Tendenz in diesem Punkt in Richtung freundschaftliche Beziehung zu gehen scheint, dass also ein großer Teil der Befragten gerne auch etwas über das Privatleben des Behandlers erfahren möchte. Womöglich begründet sich dieses Bedürfnis in dem Gefühl, dass ein ausgeglichener Wissensstand hinsichtlich des

Gesprächspartners und gegenseitige Anteilnahme eher zu einer „Gleichstellung“ der beiden Gegenüber führen könnte, was wiederum ein gleichberechtigtes Verhältnis begünstigen mag. Dennoch muss hier angemerkt werden, dass sich ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten gegen eine privat-freundschaftliche Beziehung zu ihrem Arzt aussprach. Dieses Phänomen könnte seine Erklärung darin finden, dass ein Erörtern persönlicher Belange des Therapeuten für den Patienten eine zusätzliche Belastung zu den eigenen Problemen darstellen könnte. In der bisherigen Literatur lassen sich keine Studien zu den Zusammenhängen zwischen der Arzt-Patient-Beziehung und einem freundschaftlichem Verhältnis finden, sodass keine Vergleiche angestellt werden können. Hinsichtlich des Einbringens privater Angelegenheiten des Arztes in die Behandlung scheint individuell abgewogen werden zu müssen, in welchem professionellen bis freundschaftlichen Rahmen sich die Therapie zu bewegen hat, damit sich dem einzelnen Patienten optimale Bedingungen bieten, eine vertrauende Beziehung zu seinem Therapeuten aufbauen zu können.

Einen weiteren Gesichtspunkt, der in die hiesige Untersuchung miteinbezogen wurde, bildeten die persönlichen Interessen bzw. Wertvorstellungen von Arzt und Patient und die Frage danach, ob diese bei beiden übereinstimmen sollten. Es kristallisierte sich heraus, dass ähnlichen Interessen außerhalb der therapeutischen Umgebung (z.B. sportliche Aktivitäten, etc.), von den Befragten kein Einfluss auf das Idealbild des Arztes eingeräumt wurde. Dem gegenüber wurden jedoch ähnliche Wertvorstellungen (z.B. äußere Werte wie Ansichten zu Geld und Gesetzen bzw. innere Werte wie Ansichten zu Gerechtigkeit oder religiösen Werten) von den Befragten eher bevorzugt.

Zu beiden Aspekten (sowohl den persönlichen Interessen von Arzt und Patient als auch den Wertvorstellungen) lassen sich in der bisherigen Literatur keine Befunde finden. In der hiesigen Untersuchung zeichnete sich allerdings ab, dass die Meinungen zwischen den unterschiedlichen Diagnosegruppen bezüglich der Frage nach der Bedeutung ähnlicher Wertvorstellungen divergieren und unterschiedlich gewichtet werden könnten. So stellten an Sucht erkrankte Patienten zu den restlichen

Diagnosegruppen eine Ausnahme dahingehend dar, dass sie ähnlichen Wertvorstellungen mit ihrem Behandler keine weitere Bedeutung beimäßen.

Da die Wertvorstellungen des Einzelnen oftmals mit der gesellschaftlichen Herkunft einher zu gehen scheinen, fällt in diesem Zusammenhang besonders auf, dass der Großteil der Befragten klar äußerte, die Herkunft des Arztes habe für sie keinerlei Relevanz. Zu gleichem Ergebnis kam auch Karlsson (2005) in seiner Übersichtsarbeit zur Frage der Auswirkung der ethnischen Abstammung des Arztes bzw. des Patienten. Einzig wurde von den Teilnehmern stets betont, der Therapeut solle die Muttersprache des Patienten fließend beherrschen, wobei selbiger Wunsch auch für Teilnehmer ausländischer Abstammung galt. Diese Ergebnisse verdeutlichen, welche grundlegende Bedeutung eine funktionierende und für den Patienten verständliche Kommunikation für die Bildung einer funktionierenden Arbeitsbeziehung zu haben scheint und bestätigt die Ergebnisse von Saunders et al. (1989), die in ihrer Studie die Korrelation zwischen einem funktionierenden verbalem Austausch und einer positiven Therapeutischen Beziehung beschrieben. In anderer Form wird die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient auch in der geforderten guten und genauen Aufklärung durch den Arzt verdeutlicht. Eine solche wurde vom überwiegenden Teil der befragten Patienten als überaus wichtig erachtet und bezog sich insbesondere auch auf umfassende Informationen zu Medikamenten und Therapieabläufen. Dabei wurde von einem guten Arzt vornehmlich erwartet, die Notwendigkeit der Einnahme eines Medikamentes und das Suchtpotential verschiedener Arzneimittel mit dem Patienten detailliert zu besprechen und diesen in Entscheidungen zu Medikamenteneinnahme und Therapigestaltung mit einzubeziehen. Dies lässt auch im kommunikativen Bereich darauf schließen, dass einer gleichberechtigten Beziehung der Vorzug gegenüber alleiniger Entscheidungsgewalt durch den Arzt gegeben wird.

Nachdem im ersteren Teil der Diskussion vor allem die gewünschten Charaktereigenschaften eines idealen Arztes bzw. die Beschaffenheit

einer idealen Beziehung zwischen Therapeut und Patient dargelegt wurden, soll nun auf einige weitere Aspekte eingegangen werden, die ebenfalls in der vorliegenden Studie untersucht wurden. Hierbei handelt es sich zum einen um physiologische Qualitäten des Arztes wie Alter, Geschlecht und körperliche Attraktivität. Zum anderen um die Vorstellungen zur Umgebung der Patienten, zu welchem Zweck mit den Teilnehmern Fragen einerseits zur Gestaltung der therapeutischen Räumlichkeiten andererseits zu den Angehörigen der Patienten erörtert wurden.

Es ist festzustellen, dass das ideale Alter eines Arztes von den Befragten sehr uneinheitlich beurteilt wurde. Ein Teil der Befragten gab klar einem älteren Therapeuten den Vorzug, ein anderer Teil wünschte sich einen Arzt jüngeren Alters und ein dritter Teil hatte bezüglich des Alters keinerlei Präferenzen. Während nahe liegend erscheint, dass Zusammenhänge zwischen dem eigenen Alter der Patienten und den Vorlieben in Bezug auf das Lebensalter des Arztes bestehen, kann die hiesige Untersuchung auf diese Frage keine abschließende Antwort geben. Auch existieren zu dieser Fragestellung keine früheren Studien.

Bezüglich der Frage nach dem präferierten Geschlecht des Therapeuten muss festgehalten werden, dass, sofern überhaupt einem Geschlecht der Vorzug gegeben wurde, tendenziell häufiger weibliche Behandlerinnen gewünscht wurden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass diese Präferenz mit der gesellschaftlichen Ansicht einhergeht, Frauen seien vom Wesen her einfühlsamer und verständnisvoller als Männer. Ähnliche Befunde ergaben sich in der Studie von Pikus und Heavey (Pikus und Heavey, 1996).

Im Hinblick darauf, ob ein idealer Arzt ein attraktiver Arzt zu sein hat, zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Befragten zwar Wert auf ein gepflegtes Erscheinungsbild ihres Arztes legte, jedoch nur ein geringerer Teil Attraktivität im Sinne von Schönheit als vorteilhaft für den Behandler betrachtete. Hypothetisch könnte dieses Phänomen damit in Zusammenhang stehen, dass für ein Individuum subjektive Attraktivität in gewisser Weise mit empfundener Sympathie einhergeht, wobei Sympathie wiederum zur positiven Beziehungsbildung beiträgt.

Kein bedeutender Stellenwert wurde von den Teilnehmern den therapeutischen Räumlichkeiten beigemessen. Tendenziell wurde aber eine freundliche und ansprechende Umgebung als eher angenehm empfunden, wahrscheinlich um sich darin wohl und gut aufgehoben fühlen zu können.

Bezüglich der Vorstellungen zur Einbeziehung der Angehörigen des Patienten in das therapeutische Setting standen zwei unterschiedliche Aspekte im Mittelpunkt der Befragung: Zum Einen, ob Angehörige den behandelnden Arzt mögen sollten und zum Anderen, ob sie ihm vertrauen können sollten. Diese beiden Punkte wurden sehr unterschiedlich eingeschätzt. Während es der Großteil aller Befragten als wichtig einschätzte, dass ihre Angehörigen dem behandelnden Arzt vertrauen können, scheiden sich die Ansichten darüber, ob der Arzt von den Angehörigen gemocht werden sollte. Insbesondere zwischen den einzelnen Diagnosegruppen divergieren die Ergebnisse sichtlich. So sah die überwiegende Mehrheit der Sucht- sowie der Zwangserkrankten keinerlei Notwendigkeit darin, dass ihre Angehörigen den Therapeuten mögen. Anders wurde dies von Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises eingeschätzt. Hier betonte über die Hälfte, dass eine gewisse Sympathie der Angehörigen gegenüber dem Behandler doch von Bedeutung sei.

Auch zur Frage der Angehörigen lassen sich bisher keine Studien in der Literatur finden.

4.3 Ausblick

Wünschenswert wäre, dass auf der Grundlage der hiesigen Befunde standardisierte Instrumente entwickelt werden, um im Allgemeinen sowie diagnosespezifisch Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf den Therapieverlauf, sowie die therapeutische Beziehung genauer zu eruieren und im Interesse einer optimierten, individuellen Beziehungsgestaltung nutzen zu können.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde zu ergründen versucht, welche Wünsche und Präferenzen psychiatrische Patienten bezüglich ärztlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen haben.

Bei Durchsicht der existierenden Literatur stellte sich heraus, dass bis zu diesem Zeitpunkt nur wenige Studien mit ähnlichem Thema durchgeführt worden waren und diese beinahe ausschließlich an Patienten mit somatischen Erkrankungen.

Für den praktischen Teil der Untersuchung wurde mit 60 stationären psychiatrischen Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, Depression, Sucht und Zwang ein qualitatives Interview durchgeführt. Anschließend wurde ihnen ein selbstkonstruierter, 34 Items umfassender Fragebogen zur Beantwortung vorgelegt, um die qualitativen Ergebnisse quantitativ vervollständigen zu können. Ausgewertet wurde das Interview unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), der Fragebogen mithilfe des Statistik-Programms SPSS.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse:

Befunde, die in der Literatur in Bezug auf somatische Patienten beschrieben wurden, konnten auch für Patienten mit psychischen Erkrankungen bestätigt werden. Hierzu zählen in erster Linie die Vorstellungen der Patienten zu persönlichen Charaktereigenschaften eines Arztes bzw. Wünsche an das ärztliche Verhalten innerhalb der Therapie. Des Weiteren ergaben sich interessante Ergebnisse hinsichtlich der zwischenmenschlichen persönlichen Basis zwischen Arzt und Patient. Es muss davon ausgegangen werden, dass psychiatrische Patienten eine gleichberechtigte, professionelle Beziehung einer ausschließlich vom Arzt dominierten Beziehung oder einer Beziehung auf privat-freundschaftlicher Ebene vorziehen.

Schließlich gibt die Untersuchung Anlass zur Annahme, dass die verschiedenen Fragestellungen jeweils individuell bezogen auf die einzelnen Diagnosegruppen analysiert und verglichen werden sollten.

6. Literaturüberblick

Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R., Blagys, M.D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 82-109.

Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Allen, J.G., Coyne, L., Colson, D.B., Horowitz, L., Gabbard, G.O., Frieswick, S.H., Newson, G. (1996). Pattern of therapist interventions associated with patient collaboration. *Psychotherapy*, 33(2), 254-261.

Atkinson, D.R., Lowe, S.M. (1995). The role of ethnicity, cultural knowledge, and conventional techniques in counseling and psychotherapy. In J.G. Pontterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki, C.M. Alexander (Eds.), *Handbook of Multicultural Counseling* (pp. 387-414).

Awad, A.G. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 609-618.

Babiker, I.E. (1986). Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatric Developments*, 4, 329-337.

Bachelor, A. (1991). Comparison 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.

Bebbington, P., Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion on schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.

Beutler, L.E., Machado, P.P., Allstetter, Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.

Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16, 252-260.

Broker, M., Röhricht, F., Priebe, S. (1995). Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia: a predictor of outcome. *Psychiatry Research*, 58, 77-81.

Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, 787-797.

CGI - Clinical Global Impressions (1976). In W. Guy, R.R. Bonato (Eds.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health* (pp. 217-222). Maryland.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49, 651-661.

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

Corrigan, P.W., Liberman, R.P., Engel, J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 41, 1203-1211.

Constantine, M.G. (2001). Predictors of satisfaction with observer rating of multicultural counseling competence in Black, Latino, and White American trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 456-462.

Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Kurcias, J.S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3(1), 25-35.

Coursey, R.D., Keller, A.B., Farrell, E.W. (1995). Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: the client's perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 283-301.

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

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

Draine, J., Solomon, P. (1994). Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 50-54.

Drake, R.E., Sederer, L.I. (1986). The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 313-326.

Drake, R.E., Wallach, M.A., Teague, G.B., Freeman, D.H., Paskus, T.S., Clark, T.A. (1991). Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 330-336.

Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A., Udin, H. (1979). 'Adherence' and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 393-398.

Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient-relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.

- Fiester, A.R., Rudestam, K.E. (1975). A multivariate analysis of the early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 528-535.
- Fones, C.S., Kua, E.H., Goh, L.G. (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.
- Foreman, S.A., Mamar, C.R. (1985). Therapist action that addresses initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 142*, 922-926.
- Frank, A.F., Gunderson, J.G. (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 47*, 228-236.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp.122-144). London: Hogarth.
- Gaebel, W., Pietzcker, A. (1985). One-Year outcome of schizophrenic patients – the interaction of chronicity and neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry, 18*, 235-239.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.G., Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioural, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 8*, 190-209.
- Gaston, L., Ring, J.M. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1*, 135-146.

Gehrs, M., Goering, P. (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.

Gilbert, S., Ugelstad, E. (1994). Patients' own contributions to long-term supportive psychotherapy in schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 23, Supplement, 84-88.

Goeppert, S. (1985). *Medizinische Psychologie Band I&II*. Reinbeck:rororo.

Hartley, D., Strupp, H.H. (1983). Therapeutic Alliance: a contribution to outcome in brief psychotherapy . In J. Masling (Ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theory* (pp. 1-37). Hillsdale: Earlbaum.

Hersoug, A.G., Hogelend, P., Monsen, J.T., Harvik, O.E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Research*, 10(4), 205-216.

Horvath, A.O., Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.37-69). London: Oxford.

Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.

Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Howard, K., Rickels, K., Mock, J.E., Lipman, R.S., Covi, L., Baumm, N.C. (1970). Therapeutic style and attrition rate for psychiatric drug treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 102-110.

Howgego, I.M., 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.

Johnson, D.A. (1984). Observations on the use of long-acting depot neuroleptic injections in the maintenance therapy of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 13-21.

Jones, E.E., Krupnick, J.L., Kerig, P.K. (1987). Some gender effects in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24, 336-362.

Jones, E.E., Zoppel, C.L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 259-272.

Joyce, A.S., Piper, W.E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short term individual psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 72, 95-100.

Kane, J.M. (1985). Compliance issues in outpatient treatment, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, Supplement, 22S-7SPY.

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

Katz, J., Solomon, R.Z. (1958). The patient and his experience in an outpatient clinic. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 80, 86-92.

Kemp, R., David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 169, 444-450.

Kivlingham, D.M., 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.

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

Kossoy, A., Wilner, P.J. (1998). The therapeutic alliance in randomized controlled clinical trials. *Forschende Komplementärmedizin*, 5, Supplement 1, 31-36.

Krupnick, J.L., Pincus, H.A. (1997). Current directions in psychotherapy research. P.J. Wilner et al (Eds.). In *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

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

Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Crits-Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., Johnson, M., O'Brian, C. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471-481.

Mallinckrodt, B., Nelson, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2),133-138.

Marder, S.R., Mebane, A., Chien, C.P., Winsdale, W.J., Swann, E., van Putten, T. (1983). A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry, 140*, 470-472.

Marmar, C.R., Gaston, L. (1988), CALPAS - California Psychotherapy Alliance Scale, *unpublished manual*.

Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.

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

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

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

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.

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

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

Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.

Najavits, L.M., Strupp, H.H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31(1), 114-123.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies, development and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 142-154.

Pikus, C.F., Heavey, C.L. (1996). Client preferences for therapist gender. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(4), 35-43.

Priebe, S., Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557.

Price, P.B., Jones, E.E. (1998). Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy*, 25(3), 392-404.

Pschyrembel (259. Auflage): Klinisches Wörterbuch. Berlin, New York: de Gruyter.

Sackett, D.L., Haynes, B.R. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University.

Saltzman, C., Leutgert, M., Roth, C., Creaser, J., Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555.

Saunders, S.M. (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, S.M., Howard, K.I., Orlinsky, D.E. (1989). The therapeutic bond scale: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(4), 323-330.
- Sexton, H.C., 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. (1989). *Psychotherapy of neurotic character*. New York: Basic Book.
- Smith, C.M., Barzman, D., Pristach, C.A. (1997). Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients. *Journal of Clinical Pharmacology, 37*, 147-154.
- Svensson, 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 Disease, 187*, 579-585.
- Taylor, K.E., Perkins, R.E. (1991). Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 73-85.
- Tracy, J. (1977). Impact of intake procedures upon client attrition in a community mental health center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 192-195.
- Tran, P.V., Dellva, M.A., Tollefson, G.D., Beasley, C.M.Jr., Potvin, J.H., Kiesler, G.M. (1997). Extrapyramidal symptoms and tolerability of olanzapine versus haloperidol in the acute treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 205-211.
- Van-Putten, T. (1978). Drug refusal in schizophrenia: causes and prescribing hints. *Hospital & Community Psychiatry, 29*, 110-112.

Young, J.L., Zonana, H.V., Shepler, L. (1986). Medication noncompliance in schizophrenia: Codification and update. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44, 3-6.

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Zito, J.M., Routt, W.W., Mitchell, J.E., Roerig, J.L. (1985). Clinical characteristics of hospitalized psychotic patients who refuse antipsychotic drug therapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 822-826.

7. Anhang

7.1 Interview und Fragebogen

7.1.1 Einverständniserklärung

Im Rahmen des Projektes zur Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung am Universitätsklinikum Eppendorf führen wir derzeit bei möglichst allen Patienten eine Befragung durch.

Die Befragung findet in Form eines Interviews statt und hat keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung. Die Auswertung erfolgt nur ohne Patientennamen (anonym) und sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden gelöscht, sobald der Forschungszweck es zulässt.

Die Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden und Ihnen entstehen daraus keine Nachteile bezüglich ihrer Behandlung.

7.1.2 Interviewleitfaden

1. Begrüßung

Guten Tag, ich bin hier im Hause bei Prof. Naber im Rahmen eines Projektes tätig, das sich mit dem Verhältnisses zwischen Arzt und Patient befasst. Unser Ziel ist es, die ärztliche Betreuung für die Patienten zu verbessern. Dabei führen wir systematisch mit möglichst vielen Patienten kurze Gespräche, in denen wir sie als Experten befragen, wie sie sich einen guten Arzt vorstellen.

Das Ganze würde ca. 15-20 min dauern und am Ende würde ich Sie bitten noch einen kurzen Fragebogen auszufüllen.

Wir sind dabei auf möglichst viele Gesprächspartner angewiesen und deswegen wäre Ihre Teilnahme sehr wichtig für uns! Natürlich wird alles vollständig anonym behandelt und ihre Therapeuten werden keine

Einsicht in ihre persönlichen Angaben bekommen, es sei denn, sie wünschen dies ausdrücklich.

2. Einverständniserklärung dem Patienten vorlegen

3. Fragestellungen

1. Haben sie in der Vergangenheit schon Erfahrungen mit Ärzten gemacht, speziell in der Psychiatrie? (wie oft?)
2. Was würden sie an Eigenschaften von einem guten Arzt(bzw. Ärztin) erwarten (nicht auf die aktuelle Therapie bezogen, sondern eher allgemein)?
3. Welche Persönlichkeitseigenschaften sollte ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin haben? (Offenheit, Engagement, Warmherzigkeit, Intelligenz, Kreativität, Aggressivität, Distanziertheit...)
4. Was halten sie davon, von ihrem Arzt bzw. der Ärztin selbst etwas Privates oder Persönliches zu erfahren? (Lebensumstände, Partnerschaft, Fußball...) Beispiele? (Warum?)
5. Wie sollte ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin die Therapie gestalten? (räumliche Umgebung, Zeitrahmen...)
6. Welche Eigenschaften sollte ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin haben in Bezug auf Alter, Attraktivität, Geschlecht, Muttersprache bzw. Herkunft
7. Wie sollte sich ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin Ihnen gegenüber verhalten? (im „Miteinander“, rücksichtsvoll, direktiv, ...)
8. Wie sollte sich ein guter Arzt bzw. eine gute Ärztin in bezug auf die Medikation verhalten? (Aufklärung, mehr/weniger)
9. Was würden sie an einem Arzt bzw. einer Ärztin schlecht finden?
10. Wie ist es mit ihrem jetzigen Arzt bzw. ihrer jetzigen Ärztin? Stört sie etwas? Was? (ggf. noch mal Hinweis auf Anonymität).

4. Soziodemographische Daten (Akte)

1. Alter
2. Geschlecht

3. Diagnose(ICD10)
4. Dauer des bisherigen Krankenhausaufenthaltes
5. Medikation

5. Fragebogen + Einführung in die Methodik

6. Kurze Fragen zu Beruf, Partnerschaft, Lebensumständen

7. Ergänzungen durch den Teilnehmer

7.1.3 Fragebogen

Die unten aufgeführten Punkte wurden von den Teilnehmern anhand einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet (trifft gar nicht zu; trifft eher nicht zu; trifft eher zu; trifft voll zu).

Mir ist wichtig, dass...

- 1) ...mein Arzt / meine Ärztin mich mag
- 2) ...mein Arzt / meine Ärztin auf mich eingeht
- 3) ...ich mich bei meinem Arzt / meiner Ärztin sicher aufgehoben fühle
- 4) ...mein Arzt / meine Ärztin Zeit für mich hat
- 5) ...mein Arzt / meine Ärztin mich über meine Erkrankung aufklärt
- 6) ...meine Angehörigen meinen Arzt / meine Ärztin mögen
- 7) ...ich meine Arzt / meine Ärztin mag
- 8) ...mein Arzt / meine Ärztin selbstsicher ist
- 9) ...mein Arzt / meine Ärztin genau wie ich ein Mann bzw. eine Frau ist
- 10) ...mein Arzt / meine Ärztin eine gewisse Lebenserfahrung (Alter) hat
- 11) ...mein Arzt / meine Ärztin mir klare Ziele vorgibt
- 12) ...mein Arzt / meine Ärztin und ich in Therapiezielen übereinstimmen
- 13) ...mein Arzt / meine Ärztin ähnliche Wertvorstellungen hat wie ich
- 14) ...mein Arzt / meine Ärztin mich aktiv in die Therapie mit einbezieht
- 15) ...mein Arzt / meine Ärztin äußerlich attraktiv ist
- 16) ...mein Arzt / meine Ärztin mir Alternativen zu meinen Medikamenten

vorschlägt

- 17) ...ich eine väterliche / mütterliche Beziehung zu meinem Arzt / meiner Ärztin aufbauen kann
- 18) ...mein Arzt / meine Ärztin mich über den Therapieablauf aufklärt
- 19) ...mein Arzt / meine Ärztin pünktlich ist
- 20) ...mir mein Arzt / meine Ärztin aufmerksam zuhört
- 21) ...mein Arzt / meine Ärztin meine Mitarbeit fordert
- 22) ...mein Arzt / meine Ärztin ähnliche Interessen hat wie ich
- 23) ...mein Arzt / meine Ärztin mich auch mal kritisiert
- 24) ...mein Arzt / meine Ärztin mich bestärkt
- 25) ...mir mein Arzt / meine Ärztin vertraut
- 26) ...mein Arzt / meine Ärztin für Kritik aufgeschlossen ist
- 27) ...mein Arzt / meine Ärztin auch etwas von sich persönlich offenbart
- 28) ...mein Arzt / meine Ärztin mehrere Therapieoptionen zur Wahl stellt
- 29) ...mein Arzt / meine Ärztin mir sein / ihr Mitgefühl ausdrückt
- 30) ...mein Arzt / meine Ärztin mir neue Wege aufzeigt
- 31) ...mein Arzt / meine Ärztin eine gewisse Distanz wahrt
- 32) ...mein Angehörigen meinem Arzt / meiner Ärztin vertrauen können
- 33) ...mein Arzt / meine Ärztin mich gut über meine Medikation aufklärt
- 34) ...mein Arzt / meine Ärztin mich versteht

7.1.4 Clinical Global Impression

Tabelle 24: CGI-Stufungen

Schweregrad der aktuellen Psychopathologie	
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

7.2 Qualitative Inhaltsanalyse

7.2.1 Zusammengetragenes Ausgangsmaterial

Eigenschaften, die von einem guten Arzt erwartet werden

- Untersuchen, schützen; über Medikamente aufklären; sofort handeln.
- Ständige Erreichbarkeit; keine vorschnellen Einweisungen; ruhig, nett, freundlich, höflich, gut gelaunt.
- Sollte sich in der Psychiatrie auskennen (großes Fachwissen); auf den Patienten eingehen; Zeit haben; gemeinsames Finden von Lösungen.
- Fachkompetenz; Ehrlichkeit bezüglich der Diagnose.
- Vertrauen schaffen können; moderates Auftreten; gleichberechtigte Partnerschaft; mit dem Patient zusammenarbeiten.
- Besonders zuwendungsfähig sein.
- Zuhören; auf Belange des Patienten eingehen; oft ansprechbar sein.
- Einfühlungsvermögen; Sachlichkeit ("Medizinischer Blick"); menschliche Anteilnahme.
- Kein Halbgott; Beruf als Berufung.
- Nicht arrogant / überheblich sein; muss gute Ausbildung haben.
- Freundlich; gut zuhören; klar ausdrücken; menschlich.
- Sachlich; ehrlich.
- Ehrlich; engagiert; ruhig; menschlich.
- Offenes Ohr; auf Patienten eingehen; verständnisvoll; Zeit haben.
- Sympathisch; vertrauensvoll; älter.
- Autorität, aber nicht autoritär; muss fortgebildet und immer auf dem neuesten Stand sein; muß wissen, in welchem System er lebt und welchen Status der Patient hat.
- Zuhören; nicht ständig mitschreiben; mehr erlauben (Ausflüge, ...).
- Einfühlungsvermögen; Geduld mit den Kranken; Ernstnehmen der Krankheitserscheinung; volle Information über Krankheit und Therapie.
- Engagement; auf jeden Fall für die Patienten da sein; Berufung, nicht nur Beruf-
- Warmherzig; offen; gut erklären/aufklären; Absprache unter den Ärzten sehr wichtig, da ansonsten das Gefühl von Inkompetenz aufkommt; Freundlichkeit.
- Gut zuhören; muss auf den Pat eingehen; gewisse Sensibilität.
- Offen; vertrauensvoll; muss gut zuhören können; kompetent.
- Zeit haben.
- Vertrauen muss gleich von Anfang an da sein.
- Patient muss ernst genommen werden; Arzt muss sich Zeit nehmen.
- Gut zuhören; Rückmeldungen geben; kompetent.
- gut zuhören; Ausstrahlung muss stimmen; muss über sein Fach Bescheid wissen.
- Großzügigkeit; Flexibilität; breites Allgemeinwissen hinsichtlich der Medizin; vorbereitet auf ungewöhnliche Fragen sein; gut ins Gespräch kommen können.

- Eingehen auf den Patienten; ernstnehmen; sich Mühe geben, den Patienten kennen zu lernen; Behandlung nicht des Geldes wegen sondern um zu helfen.
- Empathie; Fachkompetenz; humanistisches Weltbild; zuhören können; Freude am Beruf; Engagement.
- Loyalität gegenüber Patient; Hilfsbereitschaft; Patient muss sich öffnen und vertrauen können; keine Geldgier.
- Mehr Zeit; großes Einfühlungsvermögen; man sollte vom Arzt nicht in eine Schublade gepresst werden.
- Fähigkeit, zuzuhören; erst zuhören, dann verschreiben; kein Dünkel bzw. keine Einschüchterung durch Dünkel.
- Sollte Ausstrahlung haben; freundlich und nett; man sollte Vertrauen haben können; sollte genau zuhören und ausreden lassen; lateinische Begriffe verständlich machen.
- Erster Eindruck muss stimmen; offenes Wesen; nicht überfreundlich; Zeit haben; Patienten aussprechen lassen.
- Fachkompetenz; Hingabe zum Beruf, nicht nur als Job sehen; persönliche Identifikation.
- Großes Fachwissen; Zuhörbereitschaft.
- Einfühlsam; kompetent; freundlich; ehrlich.
- Einfühlungsvermögen; Kompetenz.
- Zuhören können; auf Patienten eingehen; nicht autoritär wirken; sollte Sachen auf den Punkt bringen (dem Patienten Klarheit verschaffen).
- Direktiver Führungsstil; Offenheit; Arzt sollte Konsequenzen (z.B. bei Therapieabbruch) vor Augen führen; nicht zu viel Verständnis (vermittelt Laschheit).
- Gut zuhören; Wärme ausstrahlen; ernstnehmen; Engagement; nicht nur des Geldes wegen handeln; sicheres Auftreten; fachliche Kompetenz; Geduld; Fragen beantworten und Missverständnisse klären; kein Tunnelblick; Menschen als Ganzes sehen.
- Mitgefühl; Interesse; das „Drum-Herum“ beachten; Kümmern.
- Einfühlsam; sorgfältig; kompetent.
- Auf Krankheit eingehen; nicht abwertend; ernst nehmen.
- Keine Fließbandarbeit; Zeit haben; ernst genommen werden.
- Gut zuhören; Zeit; pünktlich; Patienten wichtig nehmen.
- Intuitivität; Heilerfähigkeiten; Erfahrung; Spiritualität; Gewissen; Bewusstsein; Seele; Kenntnisse; Fortbildung; Dialektik; Mehrfachqualifikation; eher Generalist und ein Spezialgebiet.
- Auf Patienten zugehen; Patienten helfen, sich selbst zu verstehen; muss zuhören; Geduld haben.
- Natürlichkeit; Verständnis; Hilfestellung; Anleitung.
- Freundlichkeit.
- Freundlich; gute Beratung im ersten Gespräch; allgemein charmantes Auftreten; zur

- richtigen Therapie verhelfen; richtige Medikamente zur richtigen Zeit.
- Vertrauensbasis; Aufklärung; gute Beratung.
- Fachkompetenz; Vertrauensperson, der man sich öffnen kann; was gesagt wird muss in die Tat umgesetzt werden.
- Kein Zeitdruck; Zuwendung; Interesse; Aufmerksamkeit; Geduld.
- Auf die Patienten eingehen; rücksichtsvoll.
- Gute Diagnostik; sicher; freundlich; ernst nehmen.
- Ernst nehmen; Zeit haben; kompetent sein.

Persönlichkeitseigenschaften, die ein guter Arzt besitzen sollte

- Engagement; Ehrlichkeit.
- Richtig um Einzelperson kümmern.
- Gut aussehend (Traummann); geduldig.
- Attraktivität; Ausstrahlung; Menschlichkeit; Vertrauen ist wichtig.
- Fröhlichkeit; positive Ansätze; lebensbejahend; kompetentes Auftreten; Ehrlichkeit auf beiden Seiten; Vertraulichkeit; keine Unterschiede zwischen Privat - und Kassenpatienten machen.
- Einfühlungsvermögen.
- Kreativität.
- Kreativität ("Mischung aus Phantasie und kühler Rationalität").
- Auffordernd; Ehrlich; auf Patienten eingehen.
- Menschlich; guter Ruf.
- Freundlich; offen; humorvoll.
- Direkt; distanziert.
- kompetent; verständnisvoll; offen; ehrlich.
- Warmherzig.
- Offen; engagiert; freundlich; verständnisvoll; sympathisch; selbstkritisch.
- Offen; warmherzig.
- Offen; warmherzig; engagiert.
- Einfühlsam.
- Engagiert; Ratschläge geben; Rückmeldungen sind wichtig.
- Engagiert.
- Offen; ehrlich.
- Offen; warmherzig.
- Offenheit; Flexibilität; Geduld.
- Soll nichts persönlich nehmen, über den Dingen stehen; vertrauensvoll; nett.
- Ausgeglichen; ruhig; verbindlich; offen.
- Morgens wie abends ansprechbar (während des Dienstes); schlechte Laune nicht auf Patient übertragen; ausgeschlafen beim Dienst erscheinen (keine Überlastung).
- Einfühlungsvermögen; Arzt sollte in der Lage sein, seine eigene Persönlichkeit

zurückzustellen.

- Einfühlungsvermögen; es müssen Gespräche alleine zwischen Arzt und Patient stattfinden; kein Unterschied zwischen Privat - und Kassenpatienten zu machen ist schlecht.
- Psychische Belastbarkeit; Einfühlungsvermögen; Sensibilität; emotionale Intelligenz und trotzdem die Fähigkeit des Arztes, nicht selbst darunter zu leiden.
- Erklären; verständlich.
- Nicht zu freundlich; natürlich; keine Affektiertheit; ruhige Ausstrahlung.
- Intelligenz; liebevoll; kompetent.
- Aufgeschlossenheit; Höflichkeit; Ehrlichkeit.
- Einfühlsam; kompetent; freundlich; ehrlich.
- Einfühlungsvermögen.
- Freundlich; nett; sollte eigenen Frust/Sorgen vor der Tür lassen (nicht am Pat. auslassen).
- Sensibel; Feingefühl; kein Machtgehabe; keine Rechthaberei; für Kritik aufgeschlossen; höflich; sympathisch; warm; Vertrauen geben; intuitiv; weitsichtig; vorbeugend arbeitend; verantwortungsbewusst.
- Freundlich; Gefühl geben, Patient sei nicht nur ein Stück Fleisch.
- Intelligenz; offenherzig; vertrauensvoll.
- Nett; kompetent; vertrauensvoll.
- Ruhig; verständnisvoll; nicht sarkastisch; einfühlsam; aus Patientensicht denken.
- Gewisse Bindung; Grenzen haben; Vertrauensbasis schaffen können; Wärme in den Augen.
- Selten Aggressivität; manchmal Distanziertheit.
- Professionell, kontrolliert und strukturiert; schnelle Auffassungsgabe.
- Engagiert, aber nicht aus Zwang.
- Schwierige Punkte von alleine ansprechen und darauf eingehen.
- Sympathisch; keine Härte; auf den Patienten hören; Patient nicht zwingen.
- Ruhig; verständnisvoll.
- Hilfsbereit; einfühlsam; warmherzig.

In Privatangelegenheiten des Arztes miteinbezogen werden

- Ja, wäre gut; Hobbys etc.
- Wäre von Interesse.
- Unwichtig (11).
- Wäre eher gut, aber Patient möchte nicht unhöflich sein.
- Nein, nur wenn es sich ergibt.
- Nur, wenn es eine Brücke bildet, die vorher fehlte.
- Nein (3).
- Ja, würde Gespräch auflockern.

- Nur oberflächlich, sonst geht professionelle Beziehung verloren.
- Ja, wenn es sich im Gespräch ergibt.
- Eventuell.
- Persönliches und Privates sind wichtig.
- Hobbys, wenn es sich ergibt.
- Ja! Verheiratet? Kinder?.
- Eventuell, wenn es sich ergibt; damit man auch mal etwas hört, nicht nur ausgequetscht wird; Hausarzt sei auch sehr offen; in einer Gesprächsgruppe eher schwierig.
- Uninteressant.
- Nicht notwendig, nur wenn es sich ergibt.
- Zur Auflockerung hin und wieder positiv.
- Nicht relevant.
- Wäre nicht schlecht, da es Vertrauen schafft.
- Wenn es sich ergibt, wäre es positiv.
- Angenehm und erwünscht; schafft ein menschlicheres Verhältnis.
- Positiv, sollte von beiden Seiten ausgehen.
- Eher nicht gut, gehört nicht in das Verhältnis (oder doch?).
- Wäre gut, um Vertrauensverhältnis aufzubauen, aber im Rahmen.
- Muss nicht sein, wenn es im Bezug steht wäre es aber positiv.
- Durchaus positiv; Signal des Vertrauens.
- Positiv; zum Beispiel Hobbys, Ehepartner, Befinden zu Hause.
- Ja, wenn es sich ergibt, gerade hier hilfreich; auch nur ein Mensch.
- Ja, würde gefallen, etwas zu hören.
- Bringt nichts; es sollte professionelle Distanz beibehalten werden.
- Positiv, zum Beispiel Familienverhältnisse.
- Positiv; Arzt sollte auch mal eigene Erfahrungen mit einfließen lassen ("so etwas habe ich auch schon mal erlebt").
- Nicht zwingend; gegebenenfalls.
- Tut nicht Not, es sei denn es hilft dem Patienten zu verdeutlichen, daß der Arzt schon in ähnlichen Situationen war.
- Gut (mehr Vertrautheit); z.B. Hobbys.
- Eher nicht (belastend), nur kleine Einwürfe könnten sympathisch sein (trotzdem Distanz und Respekt bewahren, Professionalität).
- Ja, kleine Einwürfe (Mitgefühl: "Ich kenne das").
- Interessant zu wissen, wie der Arzt lebt.
- Wichtig, baut gegenseitiges Vertrauen auf; Achtung: Gegenübertragung.
- Ist gut, macht den Arzt menschlicher; man kommt auf ein Level.
- Eher störend.
- Gut um Persönlichkeit/Einstellung zu kennen; sollte aber Distanz wahren für bessere

Erkenntnisse.

- Wäre positiv, z.B. Familie, Hobbys; zeigt, dass der Arzt auch nur ein Mensch ist.
- Wenn es sich ergibt, gut, etwas über die Hobbys zu erfahren.
- Angenehm, aber nicht zu tiefgreifend.
- Wenn es sich ergibt, aber nicht notwendig - ist kein Vertrauensbeweis.
- Eigentlich nicht schlecht.
- Ja, wenn es sich ergibt.

Therapiegestaltung

- Viel zuhören; Raum egal; möglichst viel Zeit.
- Etwas Atmosphäre, aber nicht zu viel.
- Heller Raum; gemütlich; Kaffeemaschine; Gebäck; Brötchen; Werkstück sollte dabei sein; Patienten an Therapiezeiten erinnern.
- Arzt sollte Sicherheit geben; private Atmosphäre; keine Gruppentherapie; kein Zeitdruck.
- Helle und freundliche Räume (nicht bedrückend); flexibler Zeitrahmen (lange Gespräche laufen im Kreis).
- Sehr helle, freundliche, fast wohnliche Räume; positive Atmosphäre; Bilder; Blumen; gute Stimmung; lieber kurze Gespräche (ca. 1 Stunde), die es auf den Punkt bringen.
- Nach Bedarf längere und kürzere Gespräche.
- Räumlichkeiten egal; eher kurze Gespräche, dafür öfter - am besten jeden Tag.
- Raum mit gewisser Gemütlichkeit.
- Arzt muss viel Zeit zur Verfügung haben; Umgebung egal, aber gemütlich.
- Viel Zeit.
- Patientenfreundliche Umgebung, z.B. Natur.
- Patientenfreundliche Umgebung; man sollte rauchen können.
- Warme Farben; viel Zeit.
- Viel Zeit; gemütliche Umgebung; freundliche Farben, nicht zu trist.
- Auf Patienten abgestimmt.
- Einzelzimmer; Raum total egal.
- Soviel Zeit wie möglich.
- Volle Information.
- Genug Zeit nehmen um sich einfüllen zu können.
- Arzt muss sich Zeit nehmen; darf nicht ungeduldig werden/sein; mehr Zeit bei den Visiten, vor allem von den Oberärzten.
- Stress + Zeitdruck absolut kontraproduktiv.
- Minimum 50min Zeit für Gespräch; behagliches, gemütliches Zimmer (kein harter Stuhl).
- Häufiger Kontakt, Arzt sollte möglichst immer ansprechbar sein.
- Raum bequem + zum Wohlfühlen; dreimal wöchentlich 45-60min Gespräch.

- Mehrmals wöchentlich sollten Gespräche geführt werden.
- Keine Untersuchungszimmeratmosphäre; Zeitrahmen sollte auf den Zustand des Pat abgestimmt werden.
- Raum spielt keine große Rolle; Zeitrahmen je nach Zeit des Behandlers.
- Gespräche sukzessiv, chronologisch auf einander aufbauend -> fühlbare Kontinuität und Fortschritt; 15min Gespräche - relativ kurz und intensiv; Arzt sollte schnell Einblick gewinnen.
- Raum: ruhig, keine Störungen, keine Ablenkung (z.B. durch zu viele Bilder, etc.); lieber längere Gespräche.
- Gesprächsrahmen abgesprochen, Konsens über Setting erforderlich; eher kürzere Aufenthalte; mehr Therapiegespräche; intensiver.
- Mehr Atmosphäre; zwischen einzelnen Therapieanwendungen ein größeres Freizeitangebot (Hobbyraum, Spiele, "Abreagier-Raum"); sinnvolle Gespräche; mehr Gruppentherapie; Vorträge, z.B. was den Tag über geschieht; bessere Organisation.
- Räumlich egal; zeitlich: jeden Tag eine halbe Stunde Gespräche; häufige Gespräche; weniger Medikamente.
- Raum: private Atmosphäre (nur Arzt und Patient), Einrichtung egal; Zeit: längere und häufige Gespräche .
- Raum: gemütlich, mehr Wärme durch Farbe (nicht wie in der Chirurgie); Zeit: täglich 45 – 60min mit gleicher Person; Gruppengespräche, wenn vom Arzt als sinnvoll betrachtet.
- Raum: nicht wählerisch, Hauptsache therapiekonzentriert; Zeit: nicht lange warten, lieber längere Gespräche.
- Raum: egal, 2 Stühle und ein Tisch (nicht zu nah), keine Krankenhausatmosphäre; Zeit: ca. eine Stunde, dreimal die Woche (sonst nach Bedarf).
- Raum: nicht trist, warm, persönlich, nicht so klinisch; Zeit: eine Stunde, stationär: einmal die Woche (ambulant längere Gesprächsabstände).
- Einzelzimmer positiv; Raum egal; Gespräche 60 Minuten dreimal die Woche.
- Raum: freundlich durch Farben, bequemes Mobiliar; Zeit: länger als 1h, erfolgsorientiert, mehrmals die Woche.
- Raum: auf einer Ebene (Patient sollte z.B. nicht bei Visite liegen); Zeit: je nach Situation, eher länger als 45min; Pünktlichkeit ist wichtig.
- Raum: anheimelnd (wohl fühlen), hell (große Fenster), nicht zu klein (Platzangst); Zeit: Vormittag max. 1h, Nachmittag maximal 3/4h.
- Raum: wohnlich und nicht so steril; Zeit: je nach Bedarf.
- Raum: keine Klinik-Atmosphäre; "ruhig" möbliert, viel Holz, warme Farben, keine grelle Beleuchtung, nicht überladen, ruhige Ästhetik; Zeit: eher länger, flexibel.
- Raum: freundlich, hell, aufgeräumt; Zeit: ca 1h ein- bis zweimal die Woche, oder auch öfter.
- Therapieentsprechende Umgebung, freundlich, warm.

- Viel Zeit; gut zuhören; bei Wunsch Untersuchungen durchführen.
- Viel Zeit; Rauchmöglichkeit; lockere Atmosphäre.
- Gegenüber sitzen; warme Umgebung; Geborgenheit; keine Störungsquellen.
(Pieper, Telefon); Schmuck, Dekoration.
- Flexibel, entsprechend der Bedürfnisse.
- Egal.
- Angenehme Einrichtung; Gespräche nicht länger als 45 min.
- Modernes Gebäude; Mitpatienten mit ähnlichen Problemen.
- Sympathischer heller Raum; eventuell Musik im Warteraum; längere Gespräche.
- Räumlichkeiten sollten nicht erdrückend sein, sympathisch; Termine einhalten;
Schritte absprechen.
- Ungestört, kein Telefon; ausgeschlafen; Gespräche ca. 50min/Woche.
- Immer derselbe Raum für Einzelgespräche; immer zur gleichen Zeit damit man sich
darauf einrichten kann.
- Freundliche Farben; Rauchmöglichkeit.
- Netter Raum (Atmosphäre), hell.

Alter eines guten Arztes

- Alter egal (21).
- Egal, Hauptsache kompetent.
- Hauptsache nett.
- Egal, wenn kompetente Ausstrahlung.
- Alter egal, muss kompetent sein.
- Egal; Lebenserfahrung wichtig (kann aber durch Einfühlsamkeit ausgeglichen werden).
- Egal, Erfahrung wichtig.
- Egal, solange andere Kriterien erfüllt.
- Älter.
- Erfahren (4).
- Eher älter (2).
- Eher älter (über 30J), Erfahrung wichtig.
- Gewisse Lebenserfahrung; Allgemeinbildung; eher ab 45J.
- Lieber älter (mehr Erfahrung).
- Lieber etwas älter (väterliche/mütterliche Typen), trotzdem moderne Therapie.
- Mindestens 35J.
- Auch gerne jung, Hauptsache kompetent.
- Eher junge Ärzte (neue Ansätze) .
- Jünger (3).
- Eher jünger (näher am Studium = Kompetenz).
- Nicht zu alt.
- Eher jünger bis mittleres Alter.

- Egal; vielleicht jünger besser, da neuere Erkenntnisse.
- Lieber jünger, bei älteren langweilige Routine, Junge eher begeistert.
- Mittelalt (45J.) mit Erfahrung.
- Mittleres Alter (2).
- 38 bis 60J.
- Zwischen 30 und 55J.
- Ca. 30-35 J. alt, damit jedes Patientenalter angesprochen werden kann.
- Abhängig vom Alter des Patienten.
- Ca. gleichaltrig mit dem Patient.
- Ungefähr gleiches Alter; trotzdem eher egal, Hauptsache kompetent.

Attraktivität bei einem guten Arzt

- Egal (23).
- Egal (hat Vor- und Nachteile).
- Egal, aber Erscheinungsbild wichtig.
- Egal, aber guter Charakter.
- Egal, gerne mit weißem Kittel, gepflegt.
- Egal; bessere Diskriminierung des Arztes (bloß nicht durch weißen Kittel).
- Egal (Kittel absolut unwichtig).
- Egal, Hauptsache Kittel ist sauber.
- Egal, Hauptsache gepflegtes Äußeres.
- Egal, aber "Mindeststandards" müssen aufrecht erhalten werden.
- Egal (aber angenehm).
- Egal; Attraktivität aber nicht negativ.
- Muss nicht hübsch sein, nur Ahnung haben.
- Unwichtig (3).
- Eher positiv.
- Ja, angenehm.
- Ja, bevorzugt.
- Gepflegtes Äußeres.
- Gepflegt.
- Gepflegte Erscheinung.
- Sauber, gepflegt, freundlich, gut gelaunt.
- Attraktivität erwünscht.
- Attraktivität ist positiv (2).
- Abhängig von der Person - Chemie muss stimmen; Attraktivität eher positiv.
- Eher fehl am Platz, da Hemmschwelle, lenkt ab.
- Sollte nicht attraktiv sein.
- In Form von Präsenz wichtig; nicht bloß gut aussehen.
- Gefühlsmäßig Attraktivität ja, verstandesmäßig nein.

- Vielleicht nicht bewusst, aber unbewusst ist Attraktivität wichtig.
- Innere Werte wichtig.
- Freundliche Person = attraktiv.
- Sollte ein gewisses Auftreten haben, Kittel nicht nötig; eher lässig; sollte sportlich ein.
- Sympathie muss da sein.

Geschlecht eines guten Arztes

- Egal (29).
- Lieber Frau (9) .
- Lieber Frauen (mehr Verständnis).
- Weiblich eher, aber auch männlich.
- Einfacher mit Frau, aber nicht so wichtig.
- Egal (Frauen vielleicht etwas einfühlsamer).
- Eher weiblich, da eher Vertrauen.
- Eigentlich Geschlecht egal, eher weiblich.
- Frauen etwas sensibler, können sich besser in die Lage hineinversetzen.
- Angenehmer mit einer Frau.
- Lieber Frauen, sie können besser auf einen eingehen.
- Männlich (3).
- Lieber Mann (5).
- Egal, aber für Intimes eher Mann.
- Egal, eher Mann.
- Geschlecht ist eine Konstruktion; Arzt muss hochgradig belesen sein um mich zu verstehen.
- Am besten einen männlichen + einen weiblichen Arzt.

Herkunft / Muttersprache eines guten Arztes

- Egal (40).
- Egal, solange gute Verständigung (6).
- Egal, solange "westlich" orientiert.
- Egal, Mehrsprachigkeit positiv.
- Egal, deutsch - und englischsprechend.
- Deutschsprachig (2).
- Lieber aus deutschsprachigem Raum.
- Deutschsprachig; wäre aber nicht schlecht, wenn er mehrere Sprachen sprechen könnte.
- Muttersprache des Patient von Vorteil (Italienerin).
- Muttersprache besser (deutsch).
- Muttersprache wichtig.
- Wichtig auch wenn Muttersprache des Patienten gesprochen wird (andere Sitten und

Gebräuche).

- Lieber gleiches Herkunftsland (Süd Afrika).

Verhalten eines guten Arztes dem Patienten gegenüber

- Arzt soll Zeit signalisieren und haben.
- Keine Vorhaltungen.
- Verständnisvoll.
- Verständnisvoll; direkt.
- Offen; ehrlich; direkt.
- Auffordern; antreiben; ehrlich.
- Geradeaus, nicht schön reden.
- Offenes Zwiegespräch, kein einseitiges Zuhören; Patient muss mitreden können, wie es weitergeht; Gespräche mit der Hauptbezugsperson des Patienten sind sehr wichtig.
- Fair, Mitspracherecht für den Patienten.
- Eher direktiv, aber nicht befehlerisch; da der Arzt Experte ist, sollte er leitend sein.
- Vorstellungen/Aspekte des Pat miteinbeziehen; gewisse Distanz wahren.
- Sehr aufklärend, Fragen müssen gestellt werden können; Aussagen des Patienten müssen angenommen und ernstgenommen werden.
- Konstruktives Miteinander.
- Therapie gemeinsam gestalten; Rückmeldungen von Seiten des Arztes.
- Miteinander, aber der Arzt sollte leitend sein; muss Resonanz geben.
- Ruhig; Patient muss sich verstanden fühlen; konstruktives Miteinander.
- Ernst nehmen; leiten; vorher besprechen über was gesprochen werden soll.
- Eher zurückhaltend: Miteinander; sollte das Gespräch nicht vorgeben.
- Muss zuhören können; rücksichtsvoll; muss aber auch seine Meinung sagen.
- Ehrlich, direkt; viel Erklärendes im Miteinander.
- Klare Absprachen; Ehrlichkeit.
- Sollte auf individuelle Situation eingehen.
- Loyal; offen; ehrlich; unterstützend; vertrauenswürdig; Arzt sollte Patient Mut zusprechen, aufbauen.
- Interessiertes Zuhören; sollte das Gesagte in einen größeren Kontext einbauen können; auf das Krankheitsbild bezogen agieren.
- Wirklich zuhören und eingehen.
- Offen, aber professionelle Distanz, nicht zu kumpelhaft.
- Hilfsbereit.
- Freundlich; ausreden lassen.
- Aufklärung; Patient muss die Medikamente bekommen, die er einnehmen möchte.
- Locker; verständnisvoll; rücksichtsvoll.
- Mittelmaß zwischen Rücksicht und Härte.
- Zuhören; für den Patienten da sein; zusammen erarbeiten.

- Situationsabhängig.
- Zurückhaltend; auf gewisse Dinge eingehend.
- Locker; erfrischend.
- Aufklärend; Arzt sollte viel erzählen.
- Fordernd; Hilfestellung bei konkreten Plänen geben, unterstützend; viel nachfragen, provokante Fragen.
- Rücksichtsvoll, nicht bohrend.
- Gut erklären können.
- Nett; freundlich; ernst nehmen.

Verhalten eines guten Arztes bezüglich der Medikation

- Gute Aufklärung (7).
- Gute (geringe) Einstellung; keine Sucht; genaue Aufklärung.
- Absprache bezüglich Dosiserhöhung gewünscht.
- Genaue Aufklärung, möglichst nichts was süchtig macht.
- Beipackzettel nicht lesen müssen.
- Aufklärung sollte selbstverständlich sein; gute, behutsame Beratung; langsam erklären; Arzt sollte sich immer auf dem neuesten Stand der Forschung halten.
- Den Richtlinien entsprechend, Aufklärung ist hier ausreichend.
- Auf Bedürfnisse und Besorgnisse des Patienten einstellen.
- Warum welches Medikament; was enthält das Medikament; Patient soll dabei sein dürfen.
- Wenn der Arzt bekannt ist, volles Vertrauen, bei neuem Arzt Erklärungen erwünscht.
- Medikamente gut erklären.
- Medikamente erklären.
- Medikamentenaufklärung ist sehr wichtig.
- Nur das, was notwendig ist verschreiben; lieber zuwenig als zuviel; Aufklärung ist wichtig.
- Kompetent.
- Mehr erfahren, was, warum und in welcher Dosierung; damit verfolgter Zweck.
- Mehr Infos über Medikation und Blutwerte; Ergebnis von Untersuchungen sollte mitgeteilt werden.
- Erst Therapiegespräch, dann Medikation.
- Möglichst geringe Medikation; eher weniger und nicht zu viel durcheinander; wenn etwas umgestellt wird, dann nicht einfach noch eine Tablette hinzu; Nebenwirkungen interessieren nicht so, solange Vertrauen zum Arzt da ist.
- Lieber weniger Medikamente, bei Aufklärung die Wahrheit sagen.
- Mehr Transparenz: Aufklärung, was gegeben wird und welche Nebenwirkungen.
- Lieber geringe Dosierung; gute Aufklärung auf Nachfrage.
- Sollte genau erklären, was; genaue Information wichtig .

- Zurückhaltend; umfangreiche Aufklärung.
- Vorsichtig; Aufklärung über wichtigste Nebenwirkungen.
- Soll Fragen beantworten aber vor allem auch beruhigen; nicht zu sehr aufklären; Medikamente mit möglichst geringen Nebenwirkungen.
- Wenig, aber gute Aufklärung.
- Aufklärung wichtig, viel über Medikamente sprechen.
- Rücksprache.
- Gewisse Absprache, aber Professionalität des Arztes.
- Am besten gar keine; Arzt sollte Vorschläge machen.
- Ruhige Antworten bei Fragen zu Medikamenten.
- keine.
- Aufklärung! Suchtpotential der Medikamente erläutern; Rückfragen nach der Wirkung der eingenommenen Medikamente.
- Medikamente erläutern; Aufklärung; einleuchtende Erklärung.
- Patient miteinbeziehen.
- Gut erklären; keine zu starken Medikamente, die alles schlimmer machen.

Schlechte Eigenschaften eines Arztes

- Arzt sagt nur "jaja" und geht ohne zuzuhören.
- Schweigepflicht verletzen.
- Fehlmedikation; Wichtigtuerei; Arroganz.
- Schlechte Laune (kann aber jeder mal haben).
- Unklarheiten; Zeitdruck.
- "Runter vom hohen Ross".
- Persönliche Vorliebe zur Schau stellen.
- Den Patienten nicht verstehen und Probleme verharmlosen.
- Job nur des Geldes wegen; nicht richtig auf Wünsche eingehen.
- Vertrauliche Informationen weitergeben; falsche Versprechungen; Unehrllichkeit; keine Zeit.
- Rauchen in der Sitzung.
- Ohne Motivation, Unfreundlich; Kein Gott in Weiß.
- Arrogant; unmotiviert.
- Zu geschäftstüchtig; nicht gut zuhören können.
- Falsches Verständnis; nicht mit offenen Karten spielen.
- Nicht genug kritisch gegenüber allem, vor allem sich selbst gegenüber; darf in seinem eigenen Leben nicht konfliktbelastet sein.
- Meckern; alles verbieten.
- Unzutreffende/keine Angaben über Diagnose + Therapie; Zeiten nicht einhalten.
- Götter in Weiß; Überheblichkeit.
- Keine Zeit; nicht zuhören!; Patient weiß selber am besten, wie er fühlt.

- Nicht richtig zuhören; mit den Gedanken woanders sein; Zeitdruck.
- Unfreundlich; unter Zeitdruck.
- Nicht richtig zuhören; mit den Gedanken woanders; gähnt.
- Gähnt mir ins Gesicht; nicht ernst genommen werden.
- Kälte ausstrahlend; nicht richtig zuhören.
- Hatte bis jetzt keine negativen Erfahrungen.
- Unehrllichkeit.
- Inkompetenz; Abfertigen der Patienten.
- Inkompetenz; ungepflegtes Äußeres; fehlende Würde.
- Unterlassene Hilfeleistung; mangelnde Hygiene.
- Nichtbeachtung der persönlichen Lebensumstände des Patienten.
- Unhygienisch.
- Zu sehr auf Meinungen beharren.
- Illoyalität; falsche Aussage; Patient die Wahrheit sagen.
- Ungepflegtes Äußeres; Inkompetenz.
- Keine Zeit.
- Unlogik; Unehrllichkeit; sollte zu Entscheidungen stehen; Inkonsequenz.
- Zu schnelle Abfertigung; sollte Fremdworte nicht unerklärt lassen.
- Keine Zeit; wenn Arzt Patient nur so abtut; Patienten sollten alle gleich behandelt werden.
- Probleme nicht ernst nehmen; das Leiden in Frage stellen; über den Patienten lästern; unangemessenes Berühren durch Arzt; keine Kritik vertragen können; nicht zu seinem Wort stehen; Vertrauen missbrauchen.
- Aggressivität; Inkompetenz.
- nicht ernst genommen werden; abwimmeln.
- Fallen gelassen werden; im Stich gelassen werden.
- Ablenkung; keine Zeit; Standesdünkel; unpräsent.
- Arroganz.
- Nicht ernst genommen werden; Gefühl geben, unzulänglich zu sein; mit Medikamenten zballern.
- Suggestive Fragen.
- Befragungscharakter.
- Rekrutenart; Striktheit.
- Zu stark geschminkt; ungepflegt.
- Abgehetzt; ständig unter Zeitdruck.
- Desinteresse; Zeitdruck; Unruhe; Unsicherheit; Nervosität.
- Patienten nicht ernst nehmen oder nicht verstehen wollen.
- Arroganz; Hektik; Unsicherheit.
- Hochnäsigkeit; alles schnell erledigen; Probleme abtun.

7.2.2 Code- und Kategorienbildung

7.2.2.1 Kategorie 1: Arzt-Patienten-Beziehung

Code 1.1: Therapiegespräch

- zuhören (26)
- Rückmeldungen geben (4)
- ausreden lassen (4)
- Klarheit verschaffen (2)
- gute Gesprächsführung
- in Therapie öffnen und vertrauen können
- Sache auf den Punkt bringen
- Konsequenzen vor Augen führen
- Fragen beantworten
- Missverständnisse klären
- Ratschläge geben
- schwierige Punkte von alleine ansprechen und darauf eingehen
- Fragen stellen können
- Gesprächsthemen im vorhergehenden Gespräch festlegen
- Arzt sollte Gespräch nicht vorgeben
- Arzt sollte Patient Mut zusprechen
- Arzt sollte Patient aufbauen
- viel nachfragen
- provokante Fragen
- fordernd
- chronologisch aufbauend
- intensiv
- sinnvoll
- Mittelmaß zwischen rücksichtsvoll und hart

Code 1.2: Zusammenarbeit

- gemeinsames Finden von Lösungen (2)
- Schritte absprechen (2)
- gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Arzt und Patient
- Zusammenarbeit mit Patient
- Gespräche zwischen Arzt und Patient müssen stattfinden
- offenes Zwiegespräch
- konstruktives Miteinander

Code 1.3: Für den Patienten negative Gesprächsaspekte

- Vorhaltungen
- meckern
- bohrende Fragen
- Striktheit
- Zwang
- suggestive Fragen
- Befragungscharakter
- zuviel Verständnis (vermittelt Laschheit)

Code 1.4: Einstellung zum Patienten

- Patient bzw. Krankheit ernst nehmen (16)
- auf Belange des Patienten eingehen (11)
- Patient nicht abfertigen (5)
- Menschen als Ganzes sehen
- aus Patientensicht denken
- kein Tunnelblick
- schlecht, auf Meinung zu beharren
- vom Arzt nicht in eine Schublade gepresst werden
- Gefühl geben, Patient ist nicht nur ein Stück Fleisch
- auf Patient hören
- schlecht, persönliche Vorliebe zur Schau zu stellen (in Bezug auf Mitpatienten)
- alle Patienten gleich behandeln
- fair
- Patientenstatus kennen
- persönliche / individuelle Beurteilung
- Patient wichtig nehmen
- Vorstellung des Patienten miteinbeziehen
- auf Wünsche eingehen
- persönliche Lebensumstände des Patienten beachten
- Patient nicht das Gefühl geben, unzulänglich zu sein
- Patient nicht fallen lassen

Code 1.5: Führungsaspekte

- direkt (5)
- auffordernd (2)
- direkter Führungsstil (2)
- eher zurückhaltend (2)
- nicht autoritär (2)
- sollte viel erzählen

- unangemessenes Berühren schlecht
- nicht zu kumpelhaft
- Anleitung
- distanziert
- antreiben

Code 1.6: Autonomie des Patienten

- mehr erlaubt bekommen
- Medikamente bekommen, die der Patient haben möchte
- schlecht, alles zu verbieten
- mehr Freizeitangebot
- bei Wunsch untersuchen

7.2.2.2 Kategorie 2: Persönlichkeitseigenschaften

Code 2.1: Psychische Belastbarkeit des Arztes

- nichts persönlich nehmen
- über den Dingen stehen
- eigene Persönlichkeit zurückstellen
- sollte eigenen Frust / Sorgen vor der Tür lassen und nicht am Patienten auslassen
- psychische Belastbarkeit
- im eigenen Leben nicht konfliktbelastet sein
- schlechte Laune nicht auf Patienten übertragen

Code 2.2: Kritikfähigkeit

- selbstkritisch
- für Kritik aufgeschlossen sein

Code 2.3: Intelligenz

- Intelligenz (2)
- schnelle Auffassungsgabe
- Gesagtes in größeren Kontext einbauen können
- schnell Einblick gewinnen können

Code 2.4: Gemüt

- ruhig (7)
- geduldig (7)

- Unruhe schlecht (3)
- ausgeglichen
- moderat

Code 2.5: Vertrauen

- ehrlich (17)
- vertrauensvoll (15)
- Vertrauensperson, der man sich öffnen kann

Code 2.6: Emotionalität

- freundlich (14)
- nett (6)
- warmherzig (6)
- sympathisch (5)
- menschlich (4)
- warm (2)
- liebevoll
- Wärme ausstrahlen
- keine Härte
- Kälte ausstrahlen schlecht

Code 2.7: Affekte

- gut gelaunt
- fröhlich
- humorvoll
- nicht sarkastisch
- frisch
- keine schlechte Laune
- pos. Ansätze
- gute Stimmung
- lebensbejahend
- selten aggressiv (manchmal gut)
- nicht aggressiv

Code 2.8: Natürlichkeit

- keine Arroganz (6)
- Natürlichkeit (2)
- nicht überfreundlich (2)
- nicht überheblich (2)

- keine Affektiertheit
- nicht rechthaberisch
- locker

Code 2.9: Empathie

- verständnisvoll (16)
- Einfühlungsvermögen (14)
- Empathie
- menschliche Anteilnahme
- Aufgeschlossenheit
- Mitgefühl ausdrücken
- auf Patienten zugehen

Code 2.10: Emotionale Intelligenz

- rücksichtsvoll (4)
- Sensibilität (2)
- Kreativität (2)
- Intuitivität
- Feingefühl
- Weitsicht
- emotionale Intelligenz
- „Eingebungsvermögen“

Code 2.11: Gewissenhaftigkeit

- konsequent (2)
- sachlich (2)
- kontrolliert
- verantwortungsbewusst
- Grenzen haben
- Bewusstsein haben
- verbindlich
- sorgfältig

7.2.2.3 Kategorie 3: Fachliche Qualifikation

Code 3.1: Ärztliche Tätigkeiten

- untersuchen
- nicht viel schreiben
- nicht schnell einweisen
- erst zuhören, dann verschreiben
- zur richtigen Therapie verhelfen
- gute Diagnostik
- Patient an Therapiezeiten erinnern
- auf das Krankheitsbild bezogen agieren
- unterlassene Hilfeleistung ist schlecht
- mehr Zeit bei den Visiten

Code 3.2: Aufklärung

- gute Aufklärung (6)
- Aufklärung über Krankheit (3)
- Aufklärung über Therapie (3)
- gute Beratung im ersten Gespräch
- Probleme nicht verharmlosen
- falsche Versprechungen schlecht

Code 3.3: Auftreten

- Ungepflegtheit negativ (5)
- positive Ausstrahlung (2)
- Unsicherheit negativ (2)
- Kontaktsicherheit
- sicheres Auftreten
- allg. charmantes Auftreten
- Ausstrahlung
- kompetentes Auftreten
- fehlende Würde negativ
- Nervosität negativ
- guter erster Eindruck

Code 3.4: Ärztliches Selbstbild

- kein Halbgott in Weiß (4)
- Autorität (4)
- Loyalität gegenüber Pat. (3)

- kein Machtgehabe (2)
- auf gleiche Stufe stellen
- kein Dünkel
- nicht abwertend
- keine Wichtigtuerei
- Arzt sollte sich seiner Rolle bewusst sein

Code 3.5: Fachkompetenz

- großes Fachwissen (25)
- Schweigepflicht beachten (2)
- fortgebildet (2)
- unerklärte Fremdwörter schlecht (2)
- gute Ausbildung
- immer auf dem neuesten Stand
- breites Allgemeinwissen bezüglich Medizin
- Erfahrung
- Mehrfach-Qualifikation
- Generalist mit Spezialgebiet
- vorbeugend arbeiten
- professionell
- professionelle Distanz
- guter Ruf
- Unlogik schlecht
- sich klar ausdrücken
- Absprache unter den Ärzten
- was gesagt wird, muss auch in die Tat umgesetzt werden
- vorbereitet auf ungewöhnliche Fragen sein
- Flexibilität

7.2.2.4 Kategorie 4: Motivation

Code 4.1: Berufsmotivation

- Behandlung nicht des Geldes wegen (4)
- Interesse (2)
- Motivationslosigkeit negativ (2)
- sollte sich berufen fühlen (2)
- Freude am Beruf
- keine Geldgier
- Hingabe zum Beruf
- kein Desinteresse
- persönliche Identifikation

Code 4.2: Engagement

- Zeit haben (22)
- engagiert (10)
- nicht abgelenkt sein (3)
- Pünktlichkeit (3)
- ausgeschlafen (2)
- immer erreichbar (2)
- immer ansprechbar (2)
- für Patient da sein (2)
- sich kümmern (2)
- gähnen schlecht (2)
- sofort handeln
- Zuwendung
- Unpräsenz schlecht
- Mühe geben, den Patienten kennen zu lernen
- Patient soll nicht lange warten müssen
- Patient nicht fallen lassen
- abgehetzt sein negativ
- Verzögerungen

Code 4.3: Helfen

- hilfsbereit (5)
- unterstützen (2)
- schützen
- Sicherheit geben

7.2.2.5 Kategorie 5: objektive Charakteristika

Code 5.1: Alter des Arztes

- Alter egal (27)
- Hauptsache kompetent (6)
- erfahren (10)
- eher älter (7)
- eher jünger (10)
- mittleres Alter (5)
- abhängig vom Alter des Patient (3)

Code 5.2: Aussehen

- Egal (37)
- gepflegt (8)
- Attraktivität positiv (9)
- Attraktivität negativ (2)
- zu starke Schminke schlecht
- gerne mit Kittel
- Kittel nicht nötig (2)

Code 5.3: Geschlecht

- Egal (29)
- lieber Frau (18)
- lieber Mann (10)
- sowohl einen männlichen als auch einen weiblichen Arzt

Code 5.4: Ethnische Abstammung

- Egal (40)
- Egal, solange gute Verständigung (6)
- deutschsprachig (7)
- mehrsprachig (3)
- Muttersprache des Patient sprechen (2)
- lieber mit Patient gleiches Herkunftsland

7.2.2.6 Kategorie 6: Setting

Code 6.1: Gestaltung

- Rauchen möglich
- Rauchen schlecht
- keine Gruppentherapie
- Gruppentherapie
- Gespräche immer zur gleichen Zeit
- Gespräche mit Hauptbezugsperson

Code 6.2: Zeit

- nach Bedarf (5)
- viel Zeit (5)
- längere Gespräche (5)
- drei mal / Woche 45-60 min. (3)
- einmal / Woche 1h (3)
- mehrmals wöchentlich (2)
- kein Zeitdruck (2)
- kurze Gespräche (1h)
- eher kurze Gespräche
- oft (-> täglich)
- so viel wie möglich
- genug, um sich einfühlen zu können
- kein Stress
- mind. 50 min
- häufiger Kontakt
- je nach Zeit des Behandlers
- sukzessiv
- alles in 15 min.
- kurz und intensiv
- kürzere Aufenthalte
- jeden Tag 30 min.
- jeden Tag 45-60 min.
- 45 min
- vormittags 1h max., nachmittags ¾ h max.
- egal
- max. 45 min.

Code 6.3: Raum

- egal (9)
- gemütlich (8)
- warme Farben (7)
- hell (6)
- wie UKE (5)
- ruhig (4)
- Atmosphäre (3)
- patientenfreundlich (3)
- nicht zu trist (2)
- Einzelzimmer (2)
- bequem (2)
- private Atmosphäre (2)
- freundlich (2)
- wohnlich (2)
- sympathisch (2)
- Kaffeemaschine
- Gebäck
- Brötchen
- Werkstück im Raum
- positive Atmosphäre
- Bilder
- Blumen
- Natur
- freundliche Farben
- kein harter Stuhl
- keine Untersuchungszimmeratmosphäre
- zwei Stühle und ein Tisch
- keine Krankenhausatmosphäre
- persönlich
- auf einer Ebene
- nicht zu klein
- keine grelle Beleuchtung
- nicht Überladen
- ruhige Ästhetik
- aufgeräumt
- therapieentsprechend
- locker Atmosphäre
- gegenüber sitzen
- Geborgenheit

- Schmuck / Dekoration
- angenehm
- Musik beim Warten
- nicht erdrückend
- immer derselbe Raum

7.2.2.7 Kategorie 7: Medikation

- genaue Aufklärung (28)
- weniger Medikamente (3)
- am besten keine Medikamente (3)
- keine Sucht (3)
- nur das Nötigste (2)
- Rückfragen beantworten (2)
- gute Einstellung
- Absprache bezüglich Dosiserhöhung
- keine Beipackzettel lesen müssen
- immer neuester Forschungsstand
- Richtlinien entsprechend
- auf Bedürfnisse und Besorgnisse des Patienten einstellen
- Anwesenheit des Patienten bei Besprechung der Medikation
- bei neuem Arzt mehr Erklärung gewünscht
- Untersuchungsergebnisse mitteilen
- nicht soviel durcheinander
- Transparenz
- Arzt sollte beruhigen
- nicht zu viel Aufklärung
- geringe Nebenwirkungen
- viel über Medikation sprechen
- Absprache
- Vorschläge durch den Arzt
- ruhige Antworten
- Patienten mit einbeziehen
- keine „Hammermedikamente“, die alles schlimmer machen
- richtige Medikation zur richtigen Zeit
- keine Fehlmedikation

Danksagung

Mein Dank gilt all jenen, die mir bei der Durchführung der Dissertation behilflich waren.

Zu aller erst möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. D. Naber, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, für die Bereitstellung des interessanten Themas, die Unterstützung und die stets nette Atmosphäre bedanken.

Des Weiteren geht mein besonderer Dank an Herrn Dr. I. Schäfer, der mich hervorragend betreute und mir jederzeit verlässlich mit Rat, Tat, hilfreichen Tipps und Anregungen zur Seite stand.

Außerdem danke ich meinem Studien-Kollegen Nils Commentz für die gute Zusammenarbeit. Ohne Nils' treibende Kraft wäre ich wahrscheinlich heute noch nicht fertig...

Mein Dank geht auch an Team und Patienten der Stationen 1, 2, 4, 5 und 7 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf für die bereitwillige Unterstützung und Teilnahme am praktischen Teil meiner Dissertation.

Dank sei auch Frau Prof. Dr. M. Bullinger für ihre dienlichen Ratschläge und Hilfeleistungen.

Last but not least danke ich ganz besonders meinen Eltern - Danke für eure Unterstützung in all den Jahren und dass ihr stolz auf mich seid!

Curriculum vitae

Entfällt aus datenschutztechnischen Gründen.

Eidesstattliche Versicherung

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

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

Ort, Datum

Unterschrift