

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber

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

Dissertation

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

Bastian Radtke

aus Lübeck

Hamburg 2011

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 14.03.2012

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

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

Prüfungsausschuss, 2 Gutachter/in: PD Dr. J. Reimer

Prüfungsausschuss, 3 Gutachter/in: PD Dr. A Mehnert

Abstract

Ziel der Arbeit: Die Bedeutung einer stärkeren Eigenbeteiligung des Patienten am Entscheidungs- und Therapieprozess wurde in den letzten Jahren zunehmend deutlich. Bisherige Studien zu dieser Thematik stammen hauptsächlich aus dem Bereich der somatischen Medizin und zeigen, dass eine Stärkung der therapeutischen Allianz zu einer höheren Patientenzufriedenheit führt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, in einer kontrollierten Studie die Auswirkung einer Intervention auf die subjektive Zufriedenheit, welche die Rückmeldung bezüglich der wahrgenommenen therapeutischen Allianz umfasst, auf die subjektive Zufriedenheit depressiver Patienten mit ihrer Behandlung zu überprüfen. Ferner wird der Einfluss weiterer potenzieller Variablen auf das Behandlungsergebnis untersucht.

Methode: In die Studie wurden insgesamt $N=104$ in der psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf stationär behandelte Patienten mit der ICD-10-Diagnose einer depressiven Störung eingeschlossen. Die Patienten der Interventionsgruppe hatten dabei die Möglichkeit, zwei Wochen nach Behandlungsbeginn mittels des „Workig Alliance Inventory (WAI) ihre Einschätzung der therapeutischen Allianz an die behandelnden Therapeuten zurück zu melden. Hauptzielkriterium der Untersuchung war die subjektive Zufriedenheit bezüglich der Therapie zu Behandlungsende.

Ergebnisse: In der vorliegenden Studie konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe in Bezug auf das Hauptkriterium der Untersuchung, die Zufriedenheit mit der Behandlung gefunden werden. Allerdings berichtete die Interventionsgruppe eine signifikant stärkere „Patientenaktivierung durch den Arzt“ beobachtet zu haben ($M=3,27$ vs. $M=2,95$; $p=.012$). In Bezug auf die Zufriedenheit zu Behandlungsende zeigten sich auch mit weiteren Variablen, wie dem Geschlecht, dem Alter und dem Ausmaß der Psychopathologie, keine Zusammenhänge.

Schlussfolgerung: In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die einfache Rückmeldung der wahrgenommenen therapeutischen Allianz nicht zu einer höheren subjektiven Zufriedenheit zu Behandlungsende führte. Dabei kann die Tatsache, dass die Patienten in beiden Gruppen ähnlich positive Bewertungen abgaben, möglicher Weise auf einen Deckeneffekt bzw. das Problem der sozialen Erwünschtheit zurückgeführt werden. Während die positiven Auswirkungen der gewählten Intervention auf die subjektiv erlebte Patientenaktivierung durch den Arzt den Einsatz von „Rückmeldeverfahren“ prinzipiell unterstützt, sollte diese Intervention in künftigen Untersuchungen weiter ergänzt werden, etwa durch so genannte „Decision Aids“, die sich in anderen Studien bewährt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Theoretischer Teil	1
1.2.1	Rollentheoretische Konzepte zur Patientenautonomie	2
1.2.1.1	Das paternalistische Modell	2
1.2.1.2	Das Informed-Consent-Modell	3
1.2.1.3	Das „Shared-Decision-Making“-Modell	4
1.2.1.4	Empirische Befunde zum „Shared-Decision-Making“-Modell	7
1.2.2	Therapeutische Allianz	12
1.2.2.1	Strategien zur Messung der therapeutischen Allianz	15
1.2.2.2	Einfluss von therapeutischer Allianz auf den Therapieerfolg	17
1.3	Ziele der vorliegenden Untersuchungen	18
1.4	Fragestellungen	19
1.5	Hypothesen	19
2	Methoden	20
2.1	Design der Studie	20
2.2	Merkmalsbereiche	20
2.3	Operationalisierungen	21
2.3.1	Therapeut-Patient-Interaktion	22
2.3.1.1	Informationsbereitstellung	22
2.3.1.2	Risikokommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung	23
2.3.1.3	Therapeutische Allianz	23
2.3.2	Patientenzufriedenheit	25
2.3.2.1	Zufriedenheit bezüglich Ausmaß und Qualität der Behandlung	25
2.3.3	Soziodemographie und klinische Daten	26
2.3.3.1	Soziodemographische Daten	26
2.3.3.2	Klinische Diagnosen	26
2.3.3.3	Psychische Beeinträchtigung des Patienten	27
2.4	Stichprobenbeschreibung	28
2.5	Vorgehen bei der Datenerhebung	28
2.6	Statistisches Analyseverfahren	31
3	Ergebnisse	32

3.1	Stichprobenbeschreibung	32
3.2	Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche	33
3.2.1	Soziodemographie und klinische Daten	33
3.2.1.1	Soziodemographischer Fragebogen	33
3.2.1.2	Brief Symptom Inventory (BSI)	35
3.2.1.3	Clinical Global Impression Scale (CGI)	36
3.2.2	Therapeutische Allianz	37
3.2.2.1	Perceived Involvement In Care Scale (PICS)	37
3.2.2.2	Combined Outcome Measure For Risk Communication and Decision Making Effectiveness (COMRADE)	38
3.2.3	Intervention	38
3.2.3.1	Working Alliance Inventory (WAI)	38
3.2.3.2	Questionnaire On Therapeutic Alliance (QTA)	39
3.2.4	Patientenzufriedenheit	40
3.2.4.1	Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)	40
3.3	Mögliche Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit	40
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse	41
4	Diskussion	42
4.1	Diskussion der gewählten Methodik	42
4.2	Diskussion der Ergebnisse	43
4.3	Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	47
5	Literaturverzeichnis	48
6	Anhang	62
6.1	Soziodemographischer Fragebogen	62
6.2	Brief Symptom Inventory (BSI)	63
6.3	Clinical Global Impression Scale (CGI)	65
6.4	Perceived Involvement In Care Scale (PICS)	66
6.5	Combined Outcome Measure For Risk Communication and Decision Making Effectiveness (COMRADE)	67
6.6	Working Alliance Inventory – Patientenversion (WAI-C)	69
6.7	Working Alliance Inventory – Therapeutenversion (WAI-T)	70
6.8	Questionnaire On Therapeutic Alliance – Patientenversion (QTA-P)	71
6.9	Questionnaire On Therapeutic Alliance – Therapeutenversion (QTA-MD)	72
6.10	Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)	73

7	Danksagung	74
8	Lebenslauf	75
9	Erklärung	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reihenfolge der an die Patienten ausgeteilten Instrumente	30
Tabelle 2: Instrumente, welche an den behandelnden Arzt ausgeteilt wurden	30
Tabelle 3: Teilnehmende Patienten und Drop-Outs	32
Tabelle 4: Stichprobeneigenschaften (Geschlecht, Nationalität, familiäre Situation, etc.)	34
Tabelle 5: Stichprobeneigenschaften (Schulbildung, Ausbildung, Beruf)	35
Tabelle 6: Kennwerte des Summenscores	36
Tabelle 7: Kennwerte des Dimensionsscores „Depressivität“	36
Tabelle 8: CGI-Scores von Kontroll- und Interventionsgruppe zu den beiden Erhebungszeitpunkten	37
Tabelle 9: Subskalen der PICS in Kontroll- und Interventionsgruppe	37
Tabelle 10: Kennwerte des Summenscores	38
Tabelle 11: Kennwerte des Summenscores	39
Tabelle 12: Kennwerte des Summenscores	40
Tabelle 13: Signifikanzniveau der linearen Regression	41

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Patienten wünschen sich aufgrund zunehmend differenzierter Kenntnisse aus den Bereichen Diagnostik und Therapie eine stärkere Beteiligung am Entscheidungs- und Therapieprozess. Jedoch werden alleinig durch den Arzt¹ getroffene Entscheidungen („*paternalistisches Modell*“), sowie weitgehend selbst getroffene Entscheidungen („*Informed consent*“) nicht von allen Patienten geschätzt. Vielmehr äußern auch psychiatrische Patienten den Wunsch nach einer mit dem Arzt gemeinsam getroffenen Entscheidungsfindung („*shared-decision making*“). Unklar ist bislang, welche Auswirkung ein konsequenter Einbezug der Patienten auf das Therapieergebnis haben kann. Studien zur therapeutischen Allianz geben jedoch Hinweise darauf, dass dies zu einer erhöhten Behandlungszufriedenheit führt. Hierbei sind Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und Diagnosegruppe zu vermuten. Im psychiatrischen Bereich stehen Studien bezüglich dieser Fragestellung bisher aus.

1.2 Theoretischer Teil

Die Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten stellt eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen für den Therapieprozess sowie den damit verbundenen Behandlungserfolg der Erkrankung dar. Verschiedene Forschungstraditionen setzen sich aus unterschiedlichen Perspektiven damit auseinander. Im Folgenden sollen zwei zentrale Bereiche – *rollentheoretische Konzepte zur Patientenautonomie* und das *Konzept der therapeutischen Allianz* – im Überblick dargestellt werden, unter besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Patienten.

¹Im Folgenden werden aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit nur Formen im „generischen Maskulinum“ verwandt. Es ist aber stets ein geschlechtsneutraler Gebrauch beabsichtigt. Ferner werden in dieser Studie die Begriffe Arzt, Therapeut und Behandler synonym verwendet.

1.2.1 Rollentheoretische Konzepte zur Patientenautonomie

Vergleicht man die zu diesem Thema existierende Literatur, so finden sich vor allem drei mögliche Gestaltungsformen des Therapieprozesses (*paternalistisches Modell*, *Informed-Consent-Modell*, *Shared-Decision-Making-Modell*), welche sich in den letzten Jahrzehnten im medizinischen Bereich etabliert haben. Diese sollen im Folgenden dargestellt und anhand von einigen Beispielen miteinander verglichen werden.

1.2.1.1 Das paternalistische Modell

Das Verhältnis zwischen Therapeut und seinem Patienten wurde bis Ende des letzten Jahrhunderts insbesondere durch das so genannte „*paternalistische Modell*“ bestimmt (u.a. Byrne und Long 1976). Dieses Konstrukt fußt auf dem Konzept der Krankenrolle nach Parsons (1951), die dazu einlädt dass der Patient sich die Hilfe eines Experten sucht und sich nach dessen medizinischen Anweisungen richtet (Elwyn et al. 1999). Charakteristisch für dieses Konstrukt sind sowohl der Informationsfluss als auch die Entscheidungsmacht, welche strikt vom Therapeuten ausgehen. Dieser nutzt sein Wissen und seine Erfahrung, um die, seiner Meinung nach, beste Therapie für den Patienten durchzuführen, ohne sich mit diesem über die eigenen Präferenzen zu verständigen (Simon et al. 2008; Charles et al. 1999), jedoch trägt er auch alleinig die Verantwortung im Therapieprozess. Der Patient nimmt eine rein passive Rolle ein, begibt sich in die Abhängigkeit von der Expertise des Arztes (Coulter 1999) und erhält von diesem lediglich die erforderlichen Informationen, um die Therapie auch möglichst nach dessen Empfehlung umzusetzen (Emanuel und Emanuel 1992). Scheibler und Pfaff (2004) gehen aufgrund dieses Machtgefälles soweit, die Rolle des Arztes mit der eines „Schutzengels“ oder „Elternteils“ des Patienten zu vergleichen. Das *paternalistische Modell* verkörpert somit eines der Extreme im Spektrum der klinischen Entscheidungsfindung. Diesem gegenüber steht das so genannte „*Informed-Consent-Modell*“.

1.2.1.2 Das Informed-Consent-Modell

Dieser Typ der Arzt-Patienten Beziehung entstand zunächst als Gegenbewegung zur oben beschriebenen Asymmetrie des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patient (Levine et al. 1992). In diesem Modell besteht die Hauptaufgabe des Arztes darin, dem Patienten auf möglichst neutrale Art und Weise alle wichtigen Informationen die Therapie betreffend zu vermitteln (u.a. Simon et al. 2008; Charles et al. 1997; Charles et al. 1999), dessen Entscheidung abzuwarten und danach die von ihm gewünschte Maßnahme einzuleiten (Scheibler 2004). Es wird davon ausgegangen, dass sich der Patient bezüglich seiner Präferenzen im Klaren ist und am besten weiß, was gut für ihn ist (Charles et al. 1999). Er trifft somit seine Entscheidung allein, jedoch trägt er in diesem Modell auch die gesamte Verantwortung (Simon et al. 2008).

Studien haben indes gezeigt, dass Patienten zwar einerseits ein großes Informationsbedürfnis bezüglich ihrer Krankheit und der Behandlung äußern (u.a. Cassileth et al. 1980; Ende et al. 1989; Waterworth und Luker 1990; Deber 1994; Loh et al. 2004), in den eigentlichen Therapie-, bzw. Entscheidungsprozess aber nicht zwangsläufig mit eingeschlossen werden möchten (u.a. Strull et al. 1984; Silverstein et al. 1991; Hack et al. 1994). Dies mag unter anderem an der immensen Last der Verantwortung liegen, welche damit dem Patienten bezüglich seines eigenen (Über-)Lebens auferlegt wird.

Sowohl das „*paternalistische*“, als auch das „*Informed-Consent-Modell*“ wird deshalb offensichtlich von vielen Patienten als unbefriedigend empfunden. Ein großes Manko stellt zum einen der Informationsfluss dar, welcher in beiden Modellen stets nur von einem Teilnehmer, dem Arzt, ausgeht (Charles et al. 1999). Frosch und Kaplan (1999) unterstreichen die in den letzten Jahren gestiegene Autonomie des Patienten, welcher das Wissen des Arztes nicht mehr kritiklos akzeptiert. So eröffnet sich Patienten, im Zeitalter des Internets, eine viel größere Spannweite der Informationsbeschaffung und dementsprechend der Einblick in mögliche Therapieoptionen (u.a. Simon et al. 2008; Frosch und Kaplan 1999).

Des Weiteren kann die einseitige Entscheidung, welche im *paternalistischen Modell* allein durch den Arzt, im *Informed-Consent-Modell* lediglich durch den Patienten

getroffen wird, als problematisch angesehen werden (Charles et al. 2000). Darüber hinaus zeichnet sich in den letzten Jahrzehnten die Entwicklung im medizinischen Bereich durch eine Verschiebung von Akuterkrankungen hin zu immer mehr chronischen Krankheiten aus (Reichhart et al. 2008). Aufgrund des hohen Kostendrucks im Gesundheitssystem führt ein lang andauernder Therapieprozess aufgrund schlechter Compliance gerade in diesem Sektor zunehmend zu finanziellen Problemen (Goss et al. 2008).

Es wird somit ein Konzept benötigt, in welchem sich beide Teilnehmer, Arzt und Patient, auf gleichem Niveau gegenüberstehen können. Ein Modell, in dem sowohl der Informationsaustausch als auch die Entscheidung zur entsprechenden Therapie durch beide Parteien erfolgt und getragen wird und damit zu einer besseren Compliance des Patienten führt.

1.2.1.3 Das "Shared-Decision-Making"-Modell

Das *Konzept der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung* wurde erstmals im letzten Viertel des vergangenen Jahrhunderts beschrieben (u.a. Veatch 1972; Brody 1980; Quill 1983; Brock und Wartman 1990). Nachdem 1984 Strull et al. eine empirische Studie veröffentlichten, die erstmals den Wunsch der Patienten, in medizinische Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden, quantitativ erfasste, wurde Mitte der 90er Jahre das *Shared-Decision-Making-Modell* durch die Arbeitsgruppe von Charles et al. (1994) theoretisch fundiert (Giersdorf et al. 2004). Es existieren jedoch nach wie vor unterschiedliche Titulierungen für das genannte Modell (z.B. „patient involvement“, „patient participation“), welche eine Operationalisierung des Konzeptes, als Grundlage für empirische Untersuchungen, erschweren.

Charles et al. (1994) beschrieben dieses Modell in ihrer Studie als Mechanismus, welcher das Informations- und Entscheidungsmissverhältnis zwischen Arzt und Patient verringern soll. Um dies zu erreichen, erhält der Patient umfassende Informationen bezüglich seiner Krankheit und den Therapiemöglichkeiten, wodurch seine eigene Autonomie gefördert werden soll (u.a. Emanuel und Emanuel 1992).

Grundsätzlich zeichnet sich das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung durch folgende vier Merkmale aus (u.a. Giersdorf et al. 2004; Charles et al. 1997; Loh et al. 2004; Scheibler und Pfaff 2003):

- *Shared-Decision-Making* benötigt immer mindestens zwei Teilnehmer, den Arzt und den Patienten.
- Beide Beteiligte nehmen am Entscheidungsfindungsprozess teil.
- Der Informationsaustausch findet in beide Richtungen statt und stellt eine Grundvoraussetzung für den Prozess dar.
- Beide Teilnehmer sind mit der getroffenen Entscheidung einverstanden und bereit, sie aktiv umzusetzen.

Diesen Aspekten fügten Charles et al. (1999) vier weitere Neuerungen hinzu. Erstens zeichne sich der *Shared-Decision-Making*-Prozess durch unterschiedliche analytische Stufen aus, welche durchlaufen werden müssen. Zweitens gestaltet sich der Ablauf auf eine dynamische Art und Weise. Drittens fänden im laufenden Prozess unterschiedliche Annäherungen an die oben beschriebenen Modelle (*paternalistisch, informed-consent*) statt. Viertens unterstreichen diese Autoren die Anwendbarkeit des Konstruktes in der klinischen Praxis.

Darüber hinaus besteht Konsens bezüglich der Schritte im Ablauf der partizipativen Entscheidungsfindung welche als Orientierung dienen sollen (Simon et al. 2008; Hamann et al. 2005):

- Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- Gleichberechtigung der Partner formulieren
- Über Wahlmöglichkeiten informieren
- Über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
- Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- Präferenzen ermitteln
- Aushandeln
- Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Simon et al. (2007) beschreiben drei Faktoren, die für das Gelingen dieses Konzeptes erforderlich sind. Es handelt sich dabei um: 1. Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und das Pflegepersonal, 2. so genannte „Decision Aids“ (Entscheidungshilfen) für Patienten sowie 3. Patientenfortbildung. Die Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte bestehen zumeist aus mehrstündigen Sitzungen, in denen sie und das Personal speziell über die zu behandelnde Krankheit sowie über alternative Therapiemöglichkeiten unterrichtet werden. Dies kann in Form von Rollenspielen, Informationsbroschüren oder Vorträgen erfolgen. Die Decision Aids für Patienten stellen ebenfalls häufig Broschüren mit Informationen bezüglich der Krankheit und Therapiemöglichkeiten dar, die auf der Station ausliegen oder den Patienten gezielt ausgehändigt werden. Auch Video- beziehungsweise Audiomaterial kann verwendet werden. In Fortbildungen für Patienten geht geschultes Personal auf eventuelle Fragen der Patienten ein, fördert somit ihr Interesse an der eigenen Krankheit und gibt ihnen dadurch nochmals die Möglichkeit der Informationsbeschaffung.

Charles et al. (1997) betonen, dass *Shared-Decision-Making* vor allem bei chronischen Krankheiten sinnvoll ist, da in diesen Fällen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient von längerer Dauer ist. In diesem Falle wird teilweise auch ein eher direktives Vorgehen vorgeschlagen (Hamann et al. 2005). Der Einbezug des Patienten könne dann dazu genutzt werden, mögliche Widerstände gegen eine vom Arzt als sinnvoll erachtete Therapie zu erkennen, zu besprechen und eventuell zu überwinden. Andererseits eignet sich das Modell hervorragend, wenn mehrere gleichwertige Therapiemöglichkeiten zur Auswahl stehen, bzw. deren Ausgang oder Erfolg nicht von vornherein absehbar sind (u.a. Simon et al. 2008). In diesem Beispiel wird von Hamann et al. (2005) ein non-direktiver Stil empfohlen, welcher zum Ziel hat, die Präferenzen des Patienten festzustellen und mit ihm gemeinsam eine Option auszuwählen.

Zudem ist *Shared-Decision-Making* vor allem bei Entscheidungen im Zusammenhang mit potenziell lebensbedrohlichen Krankheiten, wie Krebs, als sinnvoll zu erachten (Kasper et al. 2003) sowie in Fällen, in denen Patienten sich Beteiligung ausdrücklich wünschen (Simon et al. 2008). Hingegen stellen akute Notfall- oder Krisensituationen sowie Fälle, in denen sich Patienten durch eine

Beteiligung überfordert fühlen, Konstellationen dar, in denen *Shared-Decision-Making* weniger oder gar nicht angebracht ist (Frosch et al. 1999; Simon et al. 2008).

1.2.1.4 Empirische Befunde zum „Shared-Decision-Making“ Modell

In den letzten Jahrzehnten haben der finanzielle Druck im Gesundheitswesen, die besseren Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, wie beispielsweise das Internet, sowie die gewandelte Rollenerwartung der Patienten an ihren Arzt dazu geführt, dass *Shared-Decision-Making* von immer mehr Experten im Gesundheitssektor, aber auch Patienten gefordert und gefördert wird (u.a. Hamann et al. 2005 und 2006; Simon et al. 2008; Towle und Godolphin 1999; Goss et al. 2008). Deshalb wurden in den letzten 30 Jahren zahlreiche Studien zum Thema *Shared-Decision-Making* durchgeführt, welche im Folgenden exemplarisch dargestellt werden sollen.

Bereits in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts war es die Arbeitsgruppe um Cathy Charles (Charles et al. 1997, 1999, 2000), welche als Pioniere des Modells des *Shared-Decision-Making* erste Befunde zu dieser Thematik publizierten. Jedoch beschränkten sie sich zu jenem Zeitpunkt auf theoretische Konstrukte, Vergleiche bereits bestehender Strukturen sowie Literaturübersichten zum Thema. In ihren Hauptaussagen postulieren sie die Notwendigkeit, weiterer Forschungen in diesem Sektor der Arzt-Patienten-Beziehung und unterstreichen die Dringlichkeit der Ablösung des *paternalistischen*, sowie des *Informed-Consent-Modells*.

Auch andere Autoren, wie beispielsweise Frosch und Kaplan (1999), verglichen zu jener Zeit die existierende Literatur und kamen zu dem Ergebnis, dass vor allem junge Menschen eines höheren Bildungsstandes *Shared-Decision-Making* offen gegenüber stehen (Frosch und Kaplan 1999). Dieser Aussage schlossen sich 2007 auch Hamann et al. an (Hamann et al 2007), jedoch fügten sie neben den beiden genannten Aspekten noch das weibliche Geschlecht als ausschlaggebenden Faktor hinzu. Darüber hinaus bemängeln Frosch und Kaplan (1999) in ihrer Arbeit die damals noch fehlenden Untersuchungen bezüglich der Effektivität dieses Modells

sowie den Einbezug von Bekannten und Familienangehörigen in den Therapieprozess.

Kinmonth et al. (1998) führten eine der ersten Interventionsstudien an 360 Patienten durch, die kurz zuvor die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 gestellt bekommen hatten. Die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten eine Informationsbroschüre, welche sie ermutigen sollte, Fragen bezüglich ihrer eigenen Krankheit zu stellen. Sowohl die Allgemeinärzte als auch das Pflegepersonal, das diese Patienten behandelte, erhielten eine Fortbildung über eineinhalb Tage, welche sie im richtigen Umgang mit den Patienten trainieren sollte. Die Studienergebnisse belegten einen besseren Dialog zwischen Arzt und Patient (OR=2.8; 95%- CI=1.8-4.3) sowie eine höhere Therapiezufriedenheit (OR=1.6; 95%-CI=1,1-2,5).

Bultman und Svarstad (2000) wie auch Katon et al. (1999) führten ähnliche Studien in psychiatrischen Settings durch. Letztere untersuchten den Einfluss von Patientenfortbildungen sowie einer höheren Visitenanzahl in einer Interventionsgruppe bei depressiven Patienten. Die Kontrollgruppe erhielt keine Fortbildungsmaßnahmen und sah den behandelnden Arzt nur zu den regulären Visiten. Für die Messung der Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme, der Zufriedenheit mit der Pflege und dem subjektiven Stressempfinden, wurde das „SCL-90“ sowie die „NEO neuroticism scale“ genutzt, wobei die Erhebung sowohl zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts, als auch ein, drei und sechs Monate nach der Behandlung durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Patienten der Interventionsgruppe besser an ihre Medikamenteneinnahme hielten (78,6% in Interventionsgruppe gegenüber 62,1% in Kontrollgruppe, drei Monate nach Entlassung; 73,2% gegenüber 50,5% sechs Monate nach Entlassung). Auch wurde die Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe als „gut“ oder sogar „exzellent“ bezeichnet (94,5% in Interventionsgruppe gegenüber 63,9% in der Kontrollgruppe drei Monate nach Entlassung; 79,5% gegenüber 63,5% sechs Monate nach Entlassung).

Wichtige Erkenntnisse im Bereich des *Shared-Decision-Making* wurden in den letzten Jahren auch durch unterschiedliche Arbeitsgruppen aus Deutschland gewonnen (u.a Hamann et al. 2005, 2006, 2007, 2008; Simon et al. 2007, 2008; Loh et al. 2004,

2007; Scheibler 2004, 2007). Darüber hinaus hat das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland von 2001 bis 2005 den Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ ins Leben gerufen (Loh et al. 2004; Giersdorf et al. 2004; Simon et al. 2008). Dieser beinhaltete insgesamt zehn Modellprojekte zu unterschiedlichen Erkrankungen, unter anderem zum Thema Depression und Schizophrenie. Diese Projekte untersuchten, mit Hilfe unterschiedlicher Fragebögen, wie API (Autonomy Preference Index), COMRADE (Combined Outcome Measure For Risk Communication And Treatment Decision Making Effectiveness, s.u.) sowie PICS (Perceived Involvement in Care Scale, s.u.) die Effekte von Intervention zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ sowohl auf Arzt-, als auch auf Patientenseite. Der API misst dabei das Informationsbedürfnis der Patienten, PICS und COMRADE den wahrgenommenen Patienteneinbezug, bzw. die gegenseitige Bereitstellung von Informationen und die Effektivität bezüglich gemeinsamer Entscheidungsfindung im Therapieprozess.

Die Untersuchungen im psychiatrischen Bereich zeigten unter anderem, dass durch den Gebrauch von so genannten Entscheidungshilfen seitens der Patienten, eine Reduzierung von Entscheidungskonflikten, eine Verbesserung des Wissens bezüglich Erkrankung und Behandlung herbeigeführt, und eine bessere Compliance aufgebaut werden konnten. Weiterhin berichteten die Patienten von einer höheren Zufriedenheit mit dem Arztkontakt und der getroffenen Entscheidung. Von ärztlicher Seite konnte eine höhere Zufriedenheit im Patientenkontakt und in den gemeinsam getroffenen Entscheidungen verzeichnet sowie eine Reduzierung von Unstimmigkeiten bei der Vereinbarung realistischer Therapieziele festgestellt werden. Darüber hinaus gaben die Ärzte an, mehr über das Befinden und die Einstellungen ihrer Patienten erfahren zu haben.

Die Arbeitsgruppe um Hamann prüfte beispielsweise, ob es einen Unterschied zwischen akut und chronisch Kranken bezüglich der Teilnahme am Therapieprozess gibt (Hamann et al. 2007). Dazu wurden die Daten von 1393 Patienten ausgewertet, welche folgende Krankheiten aufwiesen: Arterielle Hypertension, Depression, Brustkrebs, Schizophrenie, Multiple Sklerose sowie die Folgen kleinerer Unfälle. Auch in dieser Studie wurde der „Autonomy Preference Index“ (API) benutzt (s.o.).

Hamann et al. ermittelten dabei einen Cronbach's Alpha-Wert von 0.79 für Depression sowie von 0.59 für Schizophrenie und konnten ferner einen Zusammenhang zwischen Alter, Bildung und Geschlecht und dem Interesse am Entscheidungsprozess teilzunehmen erkennen. Dabei war das Interesse vor allem bei jüngeren, weiblichen und gebildeteren Patienten stärker ausgeprägt. Obwohl in der Studie kein signifikanter Unterschied zwischen akut und chronisch Kranken nachgewiesen werden konnte, unterstreichen die Autoren, dass der partizipative Entscheidungsprozess zumindest der Entstigmatisierung von Schizophreniepatienten und Depressiven dienlich sei. Die letztgenannte Patientengruppe zeigte dabei, entgegen bisher bestehender Vorstellungen, ein stärkeres Interesse an ihrer Krankheit und der Therapie. Schizophreniepatienten wollten hingegen weniger die Kontrolle über ihren Therapieprozess erhalten, sondern diesen eher in die Hände des Therapeuten legen.

In einer weiteren Studie untersuchten Hamann et al. (2006) die Durchführbarkeit und Effekte von *Shared-Decision-Making* bei Schizophreniepatienten. So, unter anderem, in einer Interventionsstudie bei zwei Gruppen von Schizophreniepatienten mit jeweils ca. 50 Patienten. Auch in dieser Untersuchung bekamen die Patienten, welche der Interventionsgruppe zugeteilt wurden, eine Informationsbroschüre sowie Informationsgespräche durch die Pflege bezüglich möglicher Therapieoptionen. Kurz nach diesen Gesprächen erhielten die Patienten eine Visite durch ihren Therapeuten und hatten die Möglichkeit, Fragen, die sich im Bezug auf die Krankheit sowie Therapieoptionen ergeben hatten, zu stellen.

Die Ärzte hatten in dieser Studie ebenfalls eine Fortbildung erhalten, die sie speziell auf *Shared-Decision-Making* vorbereiten sollte. Kurz nach der Visite durch den Arzt fanden sich höhere COMRADE-Werte in der Interventionsgruppe (79,5) als in der Kontrollgruppe (69,7). Dieser Unterschied war jedoch zum Zeitpunkt der Entlassung nicht mehr nachweisbar (76,8 Interventionsgruppe, 73,5 Kontrollgruppe). Auch konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit, gemessen anhand des ZUF-8 zwischen den Gruppen festgestellt werden (16,3 Interventionsgruppe, 16,4 Kontrollgruppe). Die Patienten in der Interventionsgruppe hatten jedoch beim Abschluss der Therapie einen höheren Kenntnisstand bezüglich ihrer Krankheit und der Therapie als jene in der Kontrollgruppe.

Hamann et al. begründen ihre Ergebnisse, unter anderem, mit der Tatsache, dass die Patienten Probleme in Bezug auf schwer verständliche Antwortmöglichkeiten der Fragebögen gehabt hätten. Seitens der Ärzte war ein Teil der Patienten sogar als unfähig eingestuft worden, die Fragen adäquat zu beantworten, wobei es sich in diesem Falle jedoch nicht um schwerwiegend psychotische Patienten handelte, sondern um solche, die kein Interesse hinsichtlich der Teilnahme am Therapieprozess zeigten (Hamann et al. 2006). In anderen Untersuchungen (z.B. Hamann et al. 2005) äußerten die Patienten den deutlichen Wunsch nach Einbezug in die Gestaltung des Therapieprozesses. Faktoren, die dies begünstigten, waren laut der Autoren ein „junges Alter“, das Gefühl der „Therapie gegen den eigenen Willen“ sowie eine „negative Einstellung gegenüber medikamentöser Therapie“ (Hamann et al. 2005).

Abschließend soll auf die Arbeit von Simon et al. (2007) eingegangen werden, die verschiedene Fragebögen zum Thema *Shared-Decision-Making* im Hinblick auf ihre psychometrischen Eigenschaften und Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, untersuchten. Dabei wurden, neben den bereits oben genannten API, PICS und COMRADE, die „Control Preference Scale“ (Degner et al. 1992), das „Shared Decision-Making Questionnaire“ (Simon et al. 2006) sowie das „Observing Patient Involvement in Treatment Choices instrument“ (OPTION, Elwyn et al. 2005) untersucht. Die „Control Preference Scale“, welche als deutsche und englische Version existiert, beschreibt mit ihren fünf Fragen das Ausmaß der Teilhabe des Patienten am Entscheidungsprozess. Das Spektrum der Antwortmöglichkeiten reicht dabei von „allein vom Patienten getroffene Entscheidung“ bis hin zu „alleinige Entscheidung des Arztes“. Die Reliabilität wurde anhand des Coombs-Kriterium mit „ausreichend“ angegeben (Degner et al. 1992). Das „Shared decision-making Questionnaire“ misst, in welchem Ausmaß sich die Patienten durch ihre Therapeuten ermutigt fühlen, am Entscheidungsprozess teilzuhaben. Das Instrument besteht aus neun Items, deren Fragen auf einer 6-Punkte Likert-Skala angegeben werden können. Der Cronbach Alpha Wert wird mit 0,90, die Test-Retest Reliabilität wird mit $r=0,85-0,89$ angegeben (Simon et al. 2007). In der Studie wurde eine Korrelation bezüglich der Patientenzufriedenheit von $r=0,59-0,69$ gemessen, jedoch keine Verbindung zu Alter, Geschlecht und Bildungsniveau des Patient, bzw. Geschlecht des Therapeuten gefunden (Simon et al. 2007). Der OPTION-Fragebogen dient der

Messung des *Shared-Decision-Making*-Prozesses im Allgemeinen. Dieses Instrument existiert unter anderem als deutsche Version und besteht aus 12 Fragen, welche auf einer 5-Punkte Likert-Skala beantwortet werden können. In der genannten Studie wurde für diesen Fragebogen eine interne Konsistenz von $\alpha=0,68$ ermittelt. Zudem konnte ein negativer Zusammenhang zwischen dem anhand des OPTION erzielten Wertes und dem Alter des Patienten festgestellt werden ($r= -0,14$, $p<0,01$). Die Autoren unterstreichen, dass die Mehrzahl der Instrumente die Patientenperspektive im Hinblick auf Entscheidungskonflikt, Bewertung von Entscheidungsprozess sowie Präferenzen für Information und Beteiligung erfassen, die Skalen sich jedoch teilweise beträchtlich in Bezug auf ihre psychometrischen Eigenschaften unterscheiden (Simon et al. 2007). Daher empfehlen sie weitere Forschung um die jeweiligen Faktoren genauer untersuchen zu können.

1.2.2 Therapeutische Allianz

Die Forschung zur *therapeutischen Allianz* ist ein Bereich der Untersuchung zur Arzt-Patienten-Beziehung, der in den letzten 100 Jahren stetig an Bedeutung zugenommen hat. Das Prinzip der therapeutischen Allianz beschreibt die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten, welche sowohl Einfluss auf Compliance und Therapieverlauf, als auch den Therapieerfolg nimmt (Frank und Gunderson 1990). Eine Vielzahl von Untersuchungen aus unterschiedlichen (psychiatrischen) Fachbereichen und die verschiedenen Betitelungen dieses Konzeptes (wie beispielsweise: „therapeutische Beziehung“, „Working Alliance“, etc.) spiegeln das große Interesse, jedoch auch die Heterogenität wieder, die in diesem Bereich besteht. Trotz starken Bemühens, ist es dabei bislang nicht gelungen, eine einheitliche und für alle Bereiche nutzbare Nomenklatur für dieses Gebiet zu finden.

Die ersten Gedankenkonstrukte, die sich mit dem, im Folgenden „*therapeutische Allianz*“ genannten Konzept, beschäftigten, wurden bereits Anfang des 20. Jahrhunderts durch Freud entwickelt (Hentschel 2005). Dieser betonte die Wichtigkeit der dauerhaften Patientenbindung an den Arzt, um das Gelingen der Therapie gewährleisten zu können. Diese Allianz sei nur dann erreichbar, wenn der Arzt sich ausreichend Zeit für seinen Patienten und dessen Probleme nehme und

mögliche „Missgriffe“ vermeiden würde (Freud 1955). Auch in den darauf folgenden Jahrzehnten finden sich in der Literatur diverse Autoren, die sich mit ähnlichen, bzw. weiterführenden Gedanken auseinandersetzen (u.a. Sterba 1934; Zetzel 1956; Barrett-Lennard 1962; Greenson 1965; Luborsky 1976).

Die eigentlichen Grundsätze der therapeutischen Allianz werden laut Hentschel (2005) jedoch erstmals 1965 durch Rogers beschrieben, der unter anderem die Bedeutung der Empathie des Therapeuten für das Gelingen einer guten Arzt-Patienten-Beziehung hervorhob (Elvins und Green 2008). Orlinsky und Howard (1975) betonten hingegen, dass die Glaubhaftigkeit des Therapeuten sowie seine Behandlungsverpflichtung gegeben sein müssten, damit das Gelingen eines therapeutischen Miteinanders erreicht werden könne. Aufgrund dieser Annahme entwarfen sie drei Dimensionen der Allianz: Die *therapeutische Allianz*, die einfühlsame Resonanz und die beidseitige Bestätigung (Elvins und Green 2008). Bordin (1979, nach Hentschel 2005) stellte, aufbauend auf dieses Konstrukt, die Übereinstimmung von Therapeut und Patient bezüglich der therapeutischen Ziele („Goal“), der gemeinsamen Aufgaben („Task“) sowie die Entwicklung einer therapeutischen Bindung („Bond“) in den Vordergrund. Dieses Modell hat sich in den letzten Jahren als besonders geeignet erwiesen und bis heute gehalten (Hentschel 2005; Ackermann und Hilsenroth 2001). Es wird in den meisten (psycho-)therapeutischen Bereichen angewendet und gilt somit als gemeinsam tragendes Element.

Auch im psychotherapeutischen Ansatz nach Rogers wird die therapeutische Beziehung als elementarer Teil betrachtet, wenngleich der Stellenwert in diesem Feld, im Vergleich zur psychoanalytischen Therapie, geringer ausfällt (z.B. Rogers 1957). Des Weiteren unterstreicht bereits Fiedler (1950, nach Hentschel 2005) die Annahme, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung mehr von der Erfahrung des Therapeuten, als von der therapeutischen Richtung abhängt. Im Bereich der Verhaltenstherapie konstatierte beispielsweise Saslow (1975), dass im Sinne der operanten Konditionierung das Therapeutenverhalten als Verstärker für die *therapeutische Allianz* diene. Hentschel (2005) bemerkt, dass darüber hinaus in den letzten Jahrzehnten nur begrenzt Impulse aus der klassischen Verhaltenstherapie, im Bezug auf die Weiterentwicklung dieses Konstruktes, erfolgt seien.

Im Folgenden soll nun der Versuch unternommen werden wichtige in der Literatur erwähnte Voraussetzungen für das Gelingen der therapeutischen Allianz zusammenzufassen. Dabei können zunächst Eigenschaften, welche der Patient in die Therapie einbringt, als wesentlich erachtet werden. Newman und Strauss (2003) sowie O'Shaughnessy (1990) gelangten zu der Erkenntnis, dass es schädlich für die therapeutische Beziehung sei, wenn der Patient einerseits gewohnheitsmäßig die Unwahrheit erzählen würde, andererseits ist jedoch auch der Perfektionismus eines Patienten wenig förderlich (Shahar et al. 2004; Zuroff et al., 2000). Weitere Studien belegen, dass Stress, Aggressivität sowie das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer psychiatrischer Symptome zu einer schlechteren therapeutischen Allianz führen (McCabe und Priebe 2003; Wurmser 2003; Saunders 2001; Beauford et al. 1997; Frank und Gunderson 1990).

Betrachtet man hingegen die Einflüsse des Arztes, so ließ sich in manchen Studien feststellen, dass weibliche Therapeuten eher eine Bindung zum Patienten aufbauen konnten als ihre männlichen Kollegen. Werner-Wilson et al. (2003) führen dies auf allgemein bessere empathische Fähigkeiten von Frauen zurück. Allgemein scheint es von Vorteil zu sein, wenn sich der Therapeut pädagogische Fähigkeiten aneignet, welche über die in der Ausbildung gelehrt hinausgehen (Goossensen et al. 2007; Stucki und Grawe, 2007). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die bereits in früheren Untersuchungen (s.o.) festgestellten Bedingungen für eine gute therapeutische Bindung, wie Wärme, Respekt und Vertrauenswürdigkeit, sich in folgenden Studien bestätigen.

Das Gelingen einer therapeutischen Beziehung ist dabei nicht immer einfach, in manchen Fällen sogar unmöglich (z.B. Sexton 1996). Besonders im psychiatrischen Bereich aufgrund der häufig chronischen Krankheitsverläufen und einer nicht selten mangelnden Krankheitseinsicht der Patienten, kann sich bereits der Prozess der gemeinsamen Basisfindung als schwierig erweisen (Llorca 2008). Weitere Probleme stellen in diesem Umfeld die mangelnde Compliance der Patienten bezüglich konsequenter Medikamenteneinnahme (Bultman und Svarstad 2000), fehlende Einsicht in die Erkrankung sowie, seitens des Therapeuten, Ungehaltenheit, Distanziertheit und Unsicherheit im Umgang dar (Ackerman und Hilsenroth 2001; Llorca 2008).

1.2.2.1 Strategien zur Messung der therapeutischen Allianz

Aufgrund seiner Bedeutung für den Therapieerfolg erscheint es sinnvoll, das Gelingen bzw. das Ausmaß des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient genauer zu bestimmen. Daher entwickelten Horvath (1991) sowie Horvath und Greenberg (1986; 1989), basierend auf dem Konzept von Bordin (Bordin 1979), einen spezifischen Fragebogen zu diesem Bereich, das *Working Alliance Inventory* (WAI; vgl. 2.3.1.3). Es dient einerseits der Vorhersage des Therapieerfolges, andererseits können damit die Auswirkungen verschiedener Therapieformen miteinander verglichen werden. Dieser Fragebogen besteht in seiner Originalversion (Horvath und Greenberg 1989) aus 36, in der gekürzten Ausführung (Tracey und Kokotovic 1989) jedoch nur aus 12 Items. Das WAI existiert in einer Patienten- und in einer Therapeutenversion. Darüber hinaus entwickelten Tichenor und Hill (1989) eine weitere Variante des Fragebogens für einen Beobachter. In allen Versionen bilden die drei Säulen von Bordin („Goal“, „Task“ und „Bond“) die Subskalen, in welche die Fragen unterteilt sind. Die Antworten werden auf einer 7-Punkte Likert-Skala getroffen. Das WAI ist das bis dato am häufigsten verwendete und am besten untersuchte Instrument zur Messung der therapeutischen Allianz (Andrusyna et al. 2001). In den letzten Jahrzehnten ist jedoch noch eine Vielzahl weiterer Fragebögen entstanden. Zu ihnen zählen, unter anderem, das „Barrett-Lennard Relationship Inventory“ (BLRI; Barrett-Lennard 1962), das „Penn Helping Alliance Questionnaire“ (Luborsky 1984; Bassler et al. 1995), die „California Psychotherapy Alliance Scale“ (Gaston 1991; Marmar et al. 1989) und das „Agnew Relationship Measure“ (ARM) (Agnew-Davies et al. 1998).

Im Nachfolgenden soll kurz auf die Fragebögen von Barrett-Lennard (1962; BLRI) und Agnew.Davies (1998; ARM) eingegangen werden. Letzterer besteht aus 28 Fragen auf einer 7-Punkte Likert-Skala und wird in folgende fünf Subskalen eingeteilt: Bindung, Partnerschaft, Vertrauen, Offenheit und Patientenintuition. Auch von diesem Fragebogen existiert eine Kurzform mit 17 Items (Stiles et al. 2004) sowie eine Beobachternversion. Das BLRI besteht aus 92 Items, unterteilt in fünf Subskalen. Die Antworten sind auf einer 6-Punkte Likert-Skala angegeben. Auch von diesem Fragebogen existiert eine Kurzform, welche 49 Items enthält und von Minsel (1970) ins deutsche übersetzt wurde. Stiles et al. (2002) verglichen ARM und WAI miteinander, wobei sie ihre Schwerpunkte auf die Übereinstimmung von Therapeut

und Patient in der Beurteilung der verschiedenen Komponenten und zum anderen auf die Übereinstimmung von Therapiepartnern und Beobachtern legten. Die Untersuchung ergab bezüglich der ersten Fragestellung sehr hohe Korrelationen für Bindung, Aufgaben und Ziele sowie niedrigere für Offenheit und Initiative, gemessen anhand des ARM. Bezüglich der zweiten Fragestellung zeigten sich höhere Korrelationen zwischen den Partnern und Beobachtern, als zwischen Arzt und Patient. Somit lautete die allgemeine Schlussfolgerung, dass WAI und ARM, bezüglich der zentralen Allianzmaße, nahezu als äquivalent anzusehen sind (Stiles et al 2002). Ein besonderes Interesse an depressiven Patienten zeigten Salvio et al. (1992) sowie Barber et al. (2000). Erstere verglichen die verschiedenen Therapieformen und fanden dabei eine hohe Übereinstimmung zwischen BLRI und WAI.

Bei einem Vergleich der derzeit genutzten Fragebögen zur therapeutischen Allianz kommt Hentschel (2005) zu dem Ergebnis, dass der Untersucher sich bei der Auswahl eines Instrumentes entweder zuvor darauf festlegen müsse, welche Aspekte der Allianz er für besonders wichtig halte, oder ob er gleichzeitig mehrere Skalen einsetzen wolle, wie es auch Hatcher (1995) empfohlen hat. Bei genauerer Betrachtung der psychosozialen Fächer fällt auf, dass nur wenige Forschungsergebnisse im Bereich der Psychiatrie vorliegen und die meisten Untersuchungen im Fachgebiet der Psychotherapie vorgenommen wurden (u.a. Howgego et al. 2003). Eine dieser wenigen Untersuchungen wurde von McCabe und Priebe (2003) durchgeführt, die mit Hilfe der „Helping Alliance Scale“ ambulante und stationäre Patienten mit unterschiedlichen Diagnosegruppen nach ICD-10 untersuchten (McCabe und Priebe 2003). Dazu zählten die Krankheitsbilder Depression, Alkoholabhängigkeit sowie Schizophrenie. Sie gelangten zu dem Erkenntnis, dass die größte Zufriedenheit, bezüglich der therapeutischen Allianz bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit, die geringste Zufriedenheit bei Patienten mit Schizophrenie vorlag. Allerdings ließ sich ebenfalls feststellen, dass nur 3 bis 28 % der Varianz der therapeutischen Beziehung durch die Psychopathologie der Patienten erklärt werden konnte. McCabe und Priebe (2003) gelangten damit zu der Hypothese, dass neben den klinischen Variablen unter anderem soziodemographische Eigenschaften den Hauptanteil der Varianz aufklären müssten.

Abschließend sollte nochmals darauf hingewiesen werden, dass es sich in der stationären Psychiatrie, in welcher Patienten mit tendenziell chronischeren Verläufen von Depressionen, Angststörungen oder Schizophrenie behandelt werden, in vielen Fällen um diffizilere Ausgangssituationen handelt. So können etwa die dortigen Patienten ihre Therapeuten nur selten frei wählen, was oftmals bereits die erste Hürde im Aufbau einer tragfähigen Beziehung darstellt (z.B. Hamann et al. 2008).

1.2.2.2 Einfluss von therapeutischer Allianz auf den Therapieerfolg

Bei dem Versuch einer Bestandsaufnahme derzeitiger Studien zum Einfluss der therapeutischen Allianz auf das Therapieergebnis kommt man zu dem Resultat, dass die existierenden Untersuchungen aufgrund der großen Anzahl möglicher Einflussfaktoren, nur schwer miteinander zu vergleichen sind (Hentschel 2005). Die hier unternommenen Versuche beschränken sich daher auf einige Beispiele. Zu ihnen zählt die Meta-Analyse von Horvath und Symonds (1991). Diese schätzten die Korrelation zwischen Therapieerfolg und therapeutischer Allianz auf einen Wert von $r=0,29$. Andere Autoren kamen zu Korrelationen im Bereich zwischen $r=0,21$ und $r=0,29$ (Martin et al. 2000; Horvath und Bedi 2002). Diesen Studien stehen die Untersuchungen anderer Gruppen mit weitaus höheren Korrelationswerten gegenüber. Das Ergebnis von Morgan et al. (1982) lag beispielsweise bei $r=0,58$. Andere Autoren, wie Rudolf und Manz (1993) kamen zu Korrelationen von $r=0,64$, bzw. $r=0,65$ (Luborsky et al. 1983). Lambert und Barley (2001) konstatieren aufgrund dieser Zahlen, dass der Stellenwert der therapeutischen Allianz, bezüglich des Therapieerfolges, bislang der höchste, isoliert untersuchte Faktor ist.

Bei dem Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen soll abschließend auf einige Aspekte eingegangen werden, die in Bezug auf Zusammenhänge zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg durch die jeweiligen Autoren beschrieben werden. Fitzpatrick et al. (2005) beschreiben beispielsweise die Divergenz von Patienten- und Therapeuteneinschätzung als ein häufig beobachtetes Phänomen. Ein weiteres interessantes Ergebnis stellt der Anstieg der positiven Allianzkomponenten bei gebesserten Patienten dar (Luborsky et al. 1983; Klee et al. 1990; Marziali 1984; Sauer et al. 2003). Allerdings konnten auch ein Absinken der

Werte (Hartley und Strupp 1983), bzw. Anstieg und Absinken der Werte im Verlauf festgestellt werden (Marmar et al. 1989). Auch Sexton et al. (1996), welche das WAI benutzten, bemerkten eine Entwicklung der therapeutischen Allianz in unterschiedlichen Stadien, die im Therapieprozess nacheinander ablaufen. Hierzu zählen sie die „allianzbildende Phase“, die „Phase des Wechsels des emotionalen Engagements“ sowie die letzte Phase, in der der Therapeut weniger zielgerichtete Interventionen nutzt. Des Weiteren konstatieren sie, dass eine positive Allianz sich nicht immer schnell aufgebaut hat und in manchen Fällen gar nicht erreicht wird. Beide Möglichkeiten wirken sich dementsprechend auf den nachfolgenden Therapieprozess aus.

Einen gänzlich anderen Ansatz verfolgten Fakhoury et al. (2007). In ihrer Studie untersuchten sie, mit Hilfe der „Helping Alliance Scale“ (HAS), in welchem Maße sich ein gutes therapeutisches Verhältnis zwischen Arzt und einem Patienten, der zum ersten Mal stationär in der Psychiatrie aufgenommen wird, auf die Wiederaufnahme auswirkt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine gute tragfähige Allianz, signifikant geringere Wiederaufnahmezahlen und somit geringere Kosten für das Gesundheitssystem zur Folge hat. Darüber hinaus steigerte sich die Zufriedenheit der Patienten durch ihren Einbezug in den Therapieprozess sowie eine höhere subjektiv erlebte Autonomie (Fakhoury et al. 2007). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch Davis und Lysaker (2007) in ihrer Studie bei Schizophreniepatienten. Sie bestätigen eine Verbesserung der Symptome, eine höhere Lebensqualität sowie bessere Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme.

1.3 Ziele der vorliegenden Untersuchungen

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Befunde wird deutlich, dass der Arzt-Patienten-Beziehung eine wichtige Rolle in Bezug auf den Erfolg der Therapie zukommt. Auf deren Qualität hat, wie anhand der rollentheoretischen Modelle geschildert wurde, offensichtlich der Einbezug von Patienten bzw. die *therapeutische Allianz* maßgeblichen Einfluss. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, in einer kontrollierten Studie die Auswirkungen einer Intervention auf die subjektive Zufriedenheit in der Behandlung zu überprüfen, die stationär behandelten, depressiven Patienten eine Rückmeldung bezüglich der wahrgenommenen

therapeutischen Allianz ermöglichte. Zum anderen sollte die Bedeutung weiterer potenzieller Einflussvariablen auf das Behandlungsergebnis untersucht werden.

1.4 Fragestellungen

1. Welche Auswirkungen zeigt eine Intervention auf die Zufriedenheit am Ende der Behandlung, die depressiven Patienten die Möglichkeit gibt zu einem festgelegten Zeitpunkt nach Beginn einer stationären psychiatrischen Behandlung die subjektiv wahrgenommene *therapeutische Allianz* an die jeweiligen Behandler zurück zu melden?
2. Welche Zusammenhänge zeigen sich zwischen möglichen weiteren Einflussvariablen (soziodemographische Merkmale und Schwere der psychischen Belastung) und diesem Aspekt des Behandlungsergebnisses?

1.5 Hypothesen

Zu 1.: Verglichen mit einer Kontrollgruppe, zeigt die Interventionsgruppe eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Behandlung an deren Ende.

Zu 2.: In beiden Gruppen sind Zusammenhänge zwischen weiteren relevanten Variablen (soziodemographische Merkmale, Schwere der psychischen Belastung) und der Behandlungszufriedenheit festzustellen.

2 Methoden

2.1 Design der Studie

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine prospektive, kontrollierte Studie mit zwei Untersuchungszeitpunkten durchgeführt.

Wahl des ersten Untersuchungszeitpunktes

Als Zeitpunkt für die Erstuntersuchung wurden der Zeitraum zwischen Tag 6 und 10 nach der stationären Aufnahme angestrebt. So sollte einerseits hinreichend Zeit und Möglichkeit zur persönlichen Eingewöhnung des Patienten auf der Station gegeben sein, zum anderen ein für stationäre Aufenthalte angemessener Zeitraum verstrichen sein, der den Patienten die Einschätzung der therapeutischen Allianz ermöglichte.

Wahl des zweiten Untersuchungszeitpunktes

Der zweite Untersuchungszeitpunkt wurde auf 14 Tage nach der Erstuntersuchung, bzw. 21 bis 25 Tage nach der stationären Aufnahme, festgelegt. In diesen 14 Tagen hatte der behandelnde Arzt die Gelegenheit auf die Anmerkungen und Wünsche des Patienten, welche aus der ersten Befragung hervorgegangen waren, einzugehen und somit den Therapieprozess positiv zu gestalten.

Um Kontaminationseffekte durch einen Austausch zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe auszuschließen, wurde in einem konsekutiven Design zunächst die Kontrollgruppe und, nach deren Abschluss, die Interventionsgruppe rekrutiert.

2.2 Merkmalsbereiche

Ein zentrales Element der vorliegenden Arbeit war die Einschätzung des therapeutischen Verhältnisses seitens der Patienten der Interventionsgruppe. Daher wurde in den Merkmalsbereich „*therapeutische Allianz*“ das Ausmaß der Informationsbereitstellung und der Kommunikation sowie der Effektivität der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Patient und behandelndem Arzt aufgenommen:

1. Therapeut-Patient-Interaktion

- Informationsbereitstellung (2.3.1.1)
- Risikokommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung (2.3.1.2)
- Therapeutische Allianz (2.3.1.3)

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Frage, wie stark sich die subjektive Zufriedenheit der befragten Patienten der jeweiligen Gruppe bei Behandlungsende unterscheidet:

2. Patientenzufriedenheit

- Zufriedenheit bezüglich Ausmaß und Qualität der Behandlung (2.3.2.1)

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die Patienten hinsichtlich soziodemographischer Faktoren bzw. der individuellen Krankheitsschwere unterscheiden:

3. Soziodemographie und klinische Daten

- Soziodemographische Daten (2.3.3.1)
- Klinische Diagnosen (2.3.3.2)
- Psychische Beeinträchtigung des Patienten (2.3.3.3)

2.3 Operationalisierungen

Bei den in dieser Studie verwendeten Fragebögen handelt es sich überwiegend um standardisierte Instrumente mit dokumentierten psychometrischen Eigenschaften. Im Folgenden sollen diese Instrumente und Begründungen für ihren Einsatz dargestellt werden.

2.3.1 Therapeut-Patient-Interaktion

2.3.1.1 Informationsbereitstellung

Perceived Involvement In Care Scale (PICS)

Die in dieser Studie verwandte, von Scheibler et al. (2004) validierte und ins Deutsche übersetzte Version des *PICS* (s. Anhang), wurde ursprünglich von Lerman et al. (1990) entwickelt. Der Fragebogen erhebt zum einen die beiden Kriterien des *Shared-Decision-Making-Konzeptes* 1.) zwei Teilnehmer sowie 2.) beide müssen am Prozess beteiligt sein; Scheibler et al. 2004), zum anderen die gegenseitige Bereitstellung von Informationen. In dieser Studie wurde, statt der Originalversion mit 13 Items, eine gekürzte Variante mit 9 Items gewählt, die sich in zwei Subskalen unterteilen lassen. Die erste Skala („Patientenaktivierung durch Ärzte“) setzt sich aus den ersten fünf Fragen zusammen, die zweite Skala („Aktives Informationsverhalten des Patienten“) bilden weitere vier Fragen (Scheibler et al. 2004). Alle Fragen liegen in Aussageform vor und die Antwort kann auf einer vierstufigen Likert-Skala angegeben werden, wobei die Antwortmöglichkeiten von „1“ bzw. „stimme überhaupt nicht zu“, bis hin zu „4“ bzw. „stimme voll und ganz zu“ reichen. Die oben erwähnten Skalen werden durch die Summierung der Ausprägung und nachfolgendes dividieren durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala gebildet. Dadurch erhält man für jede Skala einen Wert, der zwischen eins und vier liegt (Scheibler et al. 2004). Sowohl die interne Konsistenz der beiden Skalen, als auch die Splithalf-Reliabilitätskoeffizienten nach Spearman-Brown werden vom Autor als gut beschrieben. Scheibler et al. (2004) weisen jedoch darauf hin, dass bezüglich der Stabilität der einzelnen Faktoren noch dringender Forschungsbedarf besteht.

2.3.1.2 Risikokommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung

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

Dieser Fragebogen wurde von Edwards et al. (2003) entworfen und dient der Messung der Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient sowie der Bestimmung der Effektivität bezüglich gemeinsamer Entscheidungsfindung im Therapieprozess. Die Autoren zogen für die Entwicklung des Instrumentes die bereits im Sektor „Shared Decision Making“ existierenden Fragebögen, wie die „Decision conflict scale“ (O’Connor 1995), die „Satisfaction with decision scale“ (Holmes-Rovner et al. 1996) und den Fragebogen „Post-decision satisfaction“ heran (Sainfort und Booske 2000). Darüber hinaus wurde aktuelle Literatur (z.B. Entwistle et al. 1998; O’Connor 1995; Marteau et al. 2001; Edwards und Elwyn 1999; Streiner und Norman 1995; Garratt et al. 1996) und Daten aus spezifischen Patienteninterviews bei der Entwicklung berücksichtigt (Edwards et al. 2001; Elwyn et al. 2000). Der *COMRADE* (s. Anhang) besteht aus 20 Fragen, die sich auf zwei Skalen verteilen. Die erste Skalierung trägt den Titel „Zufriedenheit bezüglich der Kommunikation“ und enthält Frage eins bis zehn. Die verbleibenden Fragen sind in der zweiten Skala unter „Vertrauen in die getroffene Entscheidung“ aufgeführt. Alle Antworten werden auf einer 5-Punkt Likertskala festgehalten, wobei „1“ für „stimme überhaupt nicht zu“ und „5“ für „stimme voll und ganz zu“ stehen. Nach Summation der Ergebnisse der einzelnen Items erhält man einen Summenscore, welcher zwischen 20 und 100 liegt bei einem Cronbach’s Alpha Wert von $\alpha=0,87$ (Simon et al. 2007).

2.3.1.3 Therapeutische Allianz

Working Alliance Inventory (WAI)

Das von Horvath und Greenberg (1989) entwickelt *Working Alliance Inventory* (s. Anhang) dient der Messung der therapeutischen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient. In der Originalversion enthält dieser Fragebogen 36 Items, jedoch wurde in dieser Studie die gekürzte Version (WAI-S) von Tracey und Kokotovic (1989) herangezogen. Diese liegt als Therapeuten- (*WAI-T-S*) und Patientenversion (*WAI-C-*

S) mit jeweils 12 Items vor. Ferner existiert dieses Instrument auch in einer Beobachtersversion (*WAI-O-S*). Die Fragen werden in drei Skalen, gemäß der von Bordin (1979) formulierten Ziele der therapeutischen Allianz „Goal“, „Bond“, „Task“, eingeteilt (Andrusyna et al. 2001). Jede Skala enthält vier, sich nicht überlappende Fragen, welche auf einer 7-Punkt Likert-Skala beantwortet werden müssen. Zwei Items der Gruppe „Goal“ mussten aufgrund ihrer Fragestellung für die Auswertung umgepolt werden. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „1=nie“ bis „7=immer“ und ergeben, summiert für jede Skala, einen Score zwischen 4 und 28. Der Gesamtscore des Fragebogens erreicht somit Werte zwischen 12 und 84. Höhere Werte entsprechen dabei einer höheren Anzahl positiver Bewertungen (Hanson et al. 2002).

Tracey und Kokotovic (1989) beschreiben in ihrer Studie an 124 Patienten eine interne Konsistenz zwischen den drei oben beschriebenen Skalen im Bereich zwischen .90 und .92 in der Patientenversion und zwischen .83 und .91 in der Therapeutenversion. Die interne Konsistenz, bezogen auf alle Items, liegt in der Patientenversion bei .98 und in der Therapeutenversion bei .95.

Questionnaire On Therapeutic Alliance (QTA)

Der QTA, welcher von Pajonk et al. (Pajonk et al. in Vorbereitung) entwickelt wurde, existiert wie das „*Working Alliance Inventory*“ in einer Patienten- und Therapeutenversion. Wie im Falle des *WAI* wird auch mit diesem Instrument die Einschätzung des Patienten sowie seines behandelnden Therapeuten hinsichtlich der erfolgten therapeutischen Allianz untersucht. Der Fragebogen beinhaltet in beiden Ausführungen sechs Fragen, die auf einer 4-Punkt Likertskala beantwortet werden können, wobei die Fragen 2, 3 und 5 die kognitiven, 1, 4 und 6 hingegen die emotionalen Aspekte des Verhältnisses untersuchen. Die Antwortmöglichkeiten reichen hierbei von „0=sehr ausgeprägt“ bis „3=gar nicht ausgeprägt“. Der Gesamtscore dieses Instrumentes erstreckt sich somit zwischen mindestens 0 bis maximal 18 Punkte, wobei zu betonen ist, dass eine niedrige Punktzahl zugleich für einen höheren Erfolg der therapeutischen Allianz spricht. Vom Autor wird eine hohe interne Konsistenz bezüglich der Korrelation der einzelnen Items angegeben. So wird der Cronbach alpha-Wert für die Therapeutenversion mit .85, der für die Patientenversion mit .83 angegeben. Pajonk et al. weisen jedoch darauf hin, dass die

therapeutische Allianz von den Patienten höher eingeschätzt wurde, als von ihren behandelnden Ärzten ($p \leq .001$).

2.3.2 Patientenzufriedenheit

2.3.2.1 Zufriedenheit bezüglich Ausmaß und Qualität der Behandlung

Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)

Mit dem *ZUF-8*, verfasst von Schmidt et al. (1989, s. Anhang), kann die Patientenzufriedenheit in globaler und eindimensionaler Form, bezüglich Aspekten der erhaltenen Behandlung, erfasst werden. Dabei handelt es sich um die ins deutsche übersetzte Version des amerikanischen CSQ-8 (Attkisson und Zwick 1982). Der Fragebogen besteht aus acht Items, die über jeweils vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten, ohne neutrale Position, verfügen. Gemäß der Polung steht „1“ für „ungünstigste Ausprägung“ und „4“ für „positivste Ausprägung“. Zur Auswertung des Fragebogens werden die Items gemäß ihrer Polung verrechnet und zugleich ein Gesamtscore gebildet, welcher zu einem Skalenrange von 8 bis 32 führt. Der *ZUF-8* wurde in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen wie Psychosomatik, Orthopädie und kardiologischer Rehabilitation getestet. Dabei ergaben alle Studien gute Kennwerte für die jeweiligen Skalen des Instrumentes. Der Cronbachs alpha-Wert lag zwischen .87 und .93 für einzelne Stichproben und bei .92 für die Gesamtstichprobe aller durchgeführten Patientenbefragungen (Schmidt 1999). Der Autor beschreibt jedoch eine deutliche Linksschiefe der Skalenverteilung in der empirischen Beobachtung.

2.3.3 Soziodemographie und klinische Daten

2.3.3.1 Soziodemographische Daten

Soziodemographischer Fragebogen

Anhand eines für die Zwecke der Studie zusammengestellten Interviews (s. Anhang) wurden, neben der Staatsangehörigkeit und der aktuellen Beschäftigungssituation, Informationen zum Geschlecht, zum Familienstand und der Anzahl der Kinder erhoben. Ferner wurde nach dem höchsten Schulabschluss sowie einer abgeschlossenen Ausbildung und der aktuellen Wohnsituation gefragt.

2.3.3.2 Klinische Diagnosen

Brief Symptom Inventory (BSI)

Der *BSI* von Derogatis (s. Anhang) ist ein in der Psychiatrie weit verbreitetes Instrument und dient der Erfassung, der in den letzten 7 Tagen subjektiv erlebten psychischen Beeinträchtigung. Er stellt die Kurzform der ursprünglichen Variante, dem SCL-90-R (Derogatis 1975, 1977) dar, welcher 90 Items enthält. Der *BSI* beinhaltet dagegen nur 53 Items, welche sich in neun Skalen unterteilen lassen: Somatisierung (Items 2, 7, 23, 29, 30, 33 und 37), Zwanghaftigkeit (Items 5, 15, 26, 27, 32, 36), Unsicherheit im Sozialkontakt (Items 20, 21, 22 und 42), Depressivität (Items 9, 16, 17, 18, 35 und 50), Ängstlichkeit (Items 1, 12, 19, 38, 45 und 49), Aggressivität/Feindseligkeit (Items 6, 13, 40, 41 und 46), Phobische Angst (Items 8, 28, 31, 43 und 47), Paranoides Denken (Items 4, 10, 24, 48 und 51) und Psychotizismus (Items 3, 14, 34, 44 und 53). Weitere vier Items (11, 25, 39 und 52) können keiner der genannten Gruppen zugeordnet werden (Derogatis 1975). Um die entsprechenden Summenscores der einzelnen Skalen zu erhalten, werden ihre Items addiert und durch die jeweilige Anzahl der in einer Skala vorkommenden Items dividiert. Der Patient hat die Möglichkeit, bei allen Fragen zwischen fünf Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likertskala zu wählen. Hierbei drückt „0=überhaupt nicht“, „1=ein wenig“, „2=ziemlich“, „3=stark“ und „4=sehr stark“ aus.

Zusätzlich zu den Skalen können drei Gesamtkennwerte gebildet werden. Zu ihnen zählen der „General Symptomatic Index“ (GSI), als globales Maß grundsätzlicher psychischer Belastung, der „Positiv Symptom Total“ (PST), als Index für die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt sowie der „Positive Symptom Distress Index (PSDI), als Maß für die Intensität der Antworten. Um die Gesamtkennwerte zu berechnen, werden im Falle des GSI die Summenscores der neun Skalen (s.o.) mit den Ergebnissen der vier Items, welche keiner Gruppe zugehören, addiert und durch die Anzahl aller beantworteten Items dividiert. Der Wert des PST errechnet sich durch die Anzahl aller Items, welche nicht mit „0“ beantwortet wurden. Dividiert man den Wert des PST durch die Summe aller gegebenen Antworten, erhält man das gewünschte Ergebnis des PSDI. Die Gesamtkennwerte können mit altersentsprechenden Daten aus bereits bestehenden Tabellenwerten verglichen werden.

Der Autor beschreibt die interne Konsistenz für alle neun Skalen in einem Spektrum von .71 für Psychotizismus bis zu .85 für Depression. Diese Messung wird von weiteren Autoren bestätigt (Derogatis 1993). Die Test-Retest-Reliabilität reicht, bezogen auf die neun Skalen, von .68 für Somatisierung bis zu .91 für phobische Angst. Für die Gesamtkennwerte ergaben sich Werte von .87 für PSDI bis .90 für GSI.

2.3.3.3 Psychische Beeinträchtigung des Patienten

Clinical Global Impression Scale (CGI)

Der CGI (National Institute of Mental Health 1970) ist ein ebenfalls häufig genutztes Instrument in der Psychiatrie. Mit Hilfe seiner Skala wird die aktuelle Schwere der Erkrankung eines Patienten durch den Therapeuten beurteilt. Dieser hat die Möglichkeit, auf einer Nominal-Skala zwischen sieben Antwortmöglichkeiten zu wählen. Diese reichen von „1=normal (nicht krank)“, über „2=Patient ist ein Grenzfall psychischer Erkrankung“, „3=mittelschwere Erkrankung“, „4=deutlich krank“, „5=ziemlich krank“ und „6=schwere Erkrankung“ bis hin zu „7=sehr schwere Erkrankung“.

2.4 Stichprobenbeschreibung

Nach entsprechenden Vorüberlegungen wurde die zu untersuchende Population folgendermaßen definiert:

Einschlusskriterien:

- Diagnose einer Depression aus dem ICD-10-Spektrum F31-F33,
- ein psychischer Zustand, welcher ein Gespräch zwischen dem dritten bis siebten Tag nach Aufnahme erlaubte (keine akuten deliranten Zustände).

Ausschlusskriterien:

- keine ausreichenden Deutschkenntnisse, um eine zuverlässige Untersuchung zu erlauben.

Eine weitere Homogenisierung der Stichprobe (Altersbeschränkung, bisherige psychiatrische Therapie-Erfahrungen, etc.) wurde nicht vorgenommen, um ein möglichst breites Spektrum von Patienten mit depressiven Syndromen zu untersuchen.

2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die an der Studie teilnehmenden Patienten, stammten von zwei psychiatrischen Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Nach Sichtung der aktuellen Patientenliste der entsprechenden psychiatrischen Station, wurde geprüft, ob die Patienten die oben genannten Kriterien erfüllen. Wenn dies der Fall war, wurden sie in einer angemessenen Umgebung (z.B. Patientenzimmer) ausführlich über die Intention und Durchführung der Studie

aufgeklärt. Wenn Bereitschaft zur Teilnahme bestand wurden sie um ihr schriftliches Einverständnis gebeten (s. Anhang). Hierbei wurde viel Wert darauf gelegt, dass die Patienten jederzeit die Möglichkeit hatten zu Rückfragen und darüber aufgeklärt wurden, dass sie ihre Teilnahme zu jedem Zeitpunkt der Studie abbrechen könnten. Darüber hinaus wurde die Anonymität der verarbeiteten Daten und Schweigepflicht von Seiten der Untersucher unterstrichen.

Die Fragebögen von Zeitpunkt 1 wurden den Patienten ausgehändigt, wobei ihnen ein Beantwortungs-Zeitraum von 3 bis 7 Tagen zur Verfügung stand. Nach Ablauf dieses Zeitrahmens wurden die Bögen eingesammelt und nicht beantwortete Fragen gemeinsam mit dem Patienten durchgesprochen, so dass eine nachträgliche Beantwortung möglich war.

Die Interventionsgruppe erhielt zum Zeitpunkt t 1 zwei zusätzliche Fragebögen (WAI und QTA) welche, nach Ausfüllung durch den Patienten, dem behandelnden Therapeuten in Kopie ausgehändigt wurden. Dieser hatte damit die Möglichkeit, auf eventuelle Wünsche und/oder Kritiken des Patienten zu reagieren und diese im weiteren Verlauf des klinischen Aufenthaltes zu berücksichtigen bzw. umzusetzen, sofern sich dies für die angestrebte Therapie als förderlich erwies.

Spätestens 21 Tage nach der stationären Aufnahme wurden die Fragebögen von Zeitpunkt 2 ausgeteilt. Auch in diesem Fall wurde den Patienten ein Zeitraum von 3 bis 7 Tagen zur Beantwortung eingeräumt und bei offenen bzw. missverständlichen Fragen geholfen. Genauso wie bei der ersten Untersuchung wurden den Patienten der Interventionsgruppe zusätzlich beide Fragebögen (WAI und QTA) ausgeteilt, welche sie zu Zeitpunkt t 1 erhalten hatten.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die zu den beiden Zeitpunkten verwendeten Instrumente, welche an die Patienten ausgeteilt wurden.

Tabelle 1: Reihenfolge der an die Patienten ausgeteilten Instrumente

Zeitpunkt t1	
Kontrollgruppe	Interventionsgruppe
1. Soziodemographischer Fragebogen 2. Brief Symptom Inventory (BSI)	1. Soziodemographischer Fragebogen 2. Brief Symptom Inventory (BSI) 3. Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA-P) 4. Working Alliance Inventory (WAI-P)
Zeitpunkt t2	
Kontrollgruppe	Interventionsgruppe
1. Brief Symptom Inventory (BSI) 2. Combined Outcome Measure For Risk Communication and Decision Making (CORADE) 3. Perceived Involvement In Care Scale (PICS) 4. Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)	1. Brief Symptom Inventory (BSI) 2. Combined Outcome Measure For Risk Communication and Decision Making (COMRADE) 3. Perceived Involvement In Care Scale (PICS) 4. Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8) 5. Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA-P) 6. Working Alliance Inventory (WAI-P)

Die Ärzte erhielten in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten die Clinical Global Impression Scale zur Beurteilung des Krankheitsschweregrades des Patienten. Im Falle der Interventionsgruppe erhielten die Ärzte zusätzlich zu beiden Zeitpunkten den Questionnaire on Therapeutic Alliance sowie das Working Alliance Inventory in der Therapeutenversion.

Tabelle 2: Instrumente, welche an den behandelnden Arzt ausgeteilt wurden

Zeitpunkt t1	
Kontrollgruppe	Interventionsgruppe
1. Clinical Global Impression Scale (CGI)	1. Clinical Global Impression Scale (CGI) 2. Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA-T) 3. Working Alliance Inventory (WAI-T)
Zeitpunkt t2	
Kontrollgruppe	Interventionsgruppe
1. Clinical Global Impression Scale (CGI)	1. Clinical Global Impression Scale (CGI) 2. Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA-T) 3. Working Alliance Inventory (WAI-T)

2.6 Statistisches Analyseverfahren

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 15.0 für Windows. Neben deskriptiver Datenauswertung erfolgten t-Tests bei gepaarten sowie ungepaarten Stichproben. In der vorliegenden Studie wurden p-Werte, die kleiner als 0,05 waren, als signifikant erachtet und mit „*“ markiert. Das Konfidenzintervall betrug hierbei 95%. Weiter wurde ein lineares Regressionsmodell, basierend auf der Korrelation nach Pearson, erstellt, um mögliche Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit ermitteln zu können.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt willigten $N=155$ der Patienten, die die Einschlusskriterien im Untersuchungszeitraum erfüllten, in die Teilnahme zur Studie ein. Allerdings führten die vorzeitige Entlassung von $n=28$ Patienten, die Verlegung von $n=4$ Patienten auf andere Stationen sowie die mangelnde Compliance von $n=19$ Patienten zu einer Reduktion der Stichprobenmenge auf eine endgültige Zahl von $N=104$. Zudem ist hinsichtlich der Untersuchungszeitpunkte darauf hinzuweisen, dass zu Zeitpunkt t1 $n=35$ Patienten aus der Studie ausgeschlossen werden mussten, zu Zeitpunkt t2 $n=16$ Patienten. Einen Überblick über teilnehmende Patienten und Dropouts gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Teilnehmende Patienten und Drop-Outs.

Komplette Datensätze/endgültige Stichprobengröße	$n = 104$	(67,1 %)
Vorzeitige Entlassung	$n = 28$	(18 %)
Verlegung auf andere Station	$n = 4$	(2,6 %)
Mangelnde Compliance des Patienten	$n = 19$	(12,3 %)
Anzahl der Patienten, welche in die Studie eingeschlossen werden konnten	$N = 155$	

Die $N=104$ Patienten verteilten sich nahezu gleichmäßig auf die beiden Studiengruppen, mit $n=53$ Patienten in der Kontroll- und $n=51$ Patienten in der Interventionsgruppe. Insgesamt haben an der Studie $n=63$ (60,6%) Frauen und $n=41$ Männer (39,4%) teilgenommen.

Betrachtet man die Altersverteilung in der jeweiligen Gruppe, so fällt auf, dass die Patienten der Kontrollgruppe im Durchschnitt ein wenig älter waren ($M=45,3$; $SD=17,4$; $Min=18$; $Max=93$) als diejenigen der Interventionsgruppe ($M=40,9$; $SD=16,0$; $Min=20$; $Max=78$). Signifikante Unterschiede konnten bei diesem Vergleich nicht gefunden werden ($t=1,34$, $df=102$, $p=0,184$).

3.2 Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche

Bei der folgenden deskriptiven Darstellung der Ergebnisse finden, aus Gründen der besseren Übersicht, lediglich die Summenscores der jeweiligen Fragebögen Beachtung. In Ausnahmefällen werden, der Fragestellung entsprechend, die Ergebnisse einzelner Subskalen aufgeführt.

3.2.1 Soziodemographie und klinische Daten

3.2.1.1 Soziodemographischer Fragebogen

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 43,1 Jahre ($SD=16,8$; range=18-93). Der Vergleich der Geschlechter zeigte einen höheren Anteil an Frauen gegenüber den Männern (60,6% vs. 39,4%). Die Eigenschaften der Stichprobe hinsichtlich Nationalität, Beschäftigungssituation, familiärer Situation sowie Schulbildung, Ausbildung und Wohnsituation, sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Stichprobeneigenschaften (Geschlecht, familiäre Situation, etc.)

Merkmal	Eigenschaften	K		I		G	
		N	%	N	%	N	%
Geschlecht	Weiblich	36	67,9	27	52,9	63	60,6
	Männlich	17	32,1	24	47,1	41	39,4
Staatsangehörigkeit	Deutsch	49	92,5	46	90,2	95	91,3
	Nicht deutsch	4	7,5	5	9,8	9	8,7
Altersgruppen	18-35 Jahre	18	34,0	23	45,1	41	39,4
	36-45 Jahre	11	20,8	13	25,5	24	23,1
	46-60 Jahre	12	22,6	8	15,7	20	19,2
	Über 60 jährig	12	22,6	7	13,7	19	18,3
Familienstand	Ledig	19	35,8	27	52,9	46	44,2
	Verheiratet	13	24,5	14	27,5	27	26,0
	In fester Partnerschaft	9	17,0	5	9,8	14	13,5
	Geschieden/ getrennt	7	13,2	5	9,8	12	11,5
	Verwitwet	5	9,4	0	0	5	4,8
Wohnsituation	Allein lebend	23	43,4	22	43,1	45	43,3
	Mit Partner lebend	21	39,6	13	25,5	34	32,7
	Mit Kind(ern) lebend	2	3,8	4	7,8	6	5,8
	Sonstige	7	13,2	12	23,5	19	18,3

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Tabelle 5 stellt die Stichprobeneigenschaften zu den Bereichen Schulbildung, Ausbildung sowie Beschäftigungssituation dar.

Tabelle 5: Stichprobeneigenschaften (Schulbildung, Ausbildung, Beruf)

Merkmal	Eigenschaften	K		I		G	
		N	%	N	%	N	%
Schulbildung	Hauptschule	10	18,9	8	15,7	18	17,3
	Realschule	19	35,8	16	31,4	35	33,7
	Gymnasium	24	45,3	24	47,1	48	46,2
	Andere	0	0	3	5,9	3	2,9
Ausbildung	Keine	18	34,0	14	27,5	32	30,8
	Lehre abgeschlossen	19	35,8	28	54,9	47	45,2
	Meisterschule abgeschlossen	3	5,7	2	3,9	5	4,8
	Studium abgeschlossen	13	24,5	7	13,7	20	19,2
Berufsgruppen	Lehre/Ausbildung/ Studium	8	15,1	7	13,7	15	14,4
	Erwerbstätig	21	39,6	16	31,4	37	35,6
	Nicht erwerbstätig	0	0	5	9,8	5	4,8
	Arbeitslos	5	9,4	8	15,7	13	12,5
	Berentet	2	3,8	6	11,8	8	7,7
	Andere	17	32,1	9	17,6	26	25

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten der Kontrollgruppe betrug $M=61,4$ Tage ($SD=39,4$; Range=14-269), die der Patienten der Interventionsgruppe $M=50,8$ Tage ($SD=27,6$; Range=8-140, $t=1,581$, $df=102$, $p=.117$).

3.2.1.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Die Summenscores des *BSI* zu beiden Zeitpunkten finden sich in Tabelle 6.

Tabelle 6: Kennwerte des Summenscores

Zeitpunkt	K		I		G	
	M	SD	M	SD	M	SD
t 1	70,9	34,5	67,1	29,2	69,1	32,0
t 2	54,5	38,4	49,1	31,1	51,8	34,9

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Beim Vergleich beider Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Zeitpunkt t 1: $t=.564$, $df=90$, $p=.574$; Zeitpunkt t 2: $t=.749$, $df=93$, $p=.456$). Betrachtet man jedoch die gruppeninternen Werte hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs, so konnten sowohl in der Kontrollgruppe ($t=3,4$, $df=44$, $p=.002$) als auch in der Interventionsgruppe ($t=3,8$, $df=40$, $p=.000$) hochsignifikante Unterschiede gefunden werden.

Da in dieser Studie insbesondere Patienten mit einer Diagnose aus der ICD-10 Gruppe F3 berücksichtigt wurden, soll im Folgenden der Dimensionsscore „Depressivität“ auf eventuelle Unterschiede hin untersucht werden.

Tabelle 7: Kennwerte des Dimensionsscores „Depressivität“

Zeitpunkt	K		I		G	
	M	SD	M	SD	M	SD
t 1	1,8	1,0	1,9	0,9	1,8	0,9
t 2	1,3	1,1	1,3	1,0	1,3	1,0

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Auch bei diesem Vergleich konnte zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Zeitpunkt t 1: $t=-.679$, $df=101$, $p=.499$; Zeitpunkt t 2: $t=-.300$, $df=102$, $p=.765$). Jedoch zeigen sich, wie im Falle des Summenscores, im gruppeninternen Vergleich zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten deutliche Differenzen (Kontrollgruppe: $t=4,4$, $df=51$, $p<=.000$; Interventionsgruppe: $t=4,2$, $df=50$, $p<=.000$).

3.2.1.3 Clinical Global Impression Scale (CGI)

Auch in diesem Falle gibt Tabelle 8 die Kennwerte zu beiden Zeitpunkten wieder.

Tabelle 8: CGI-Scores von Kontroll- und Interventionsgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten

Zeitpunkt	K		I		G	
	M	SD	M	SD	M	SD
t 1	4,4	1,2	4,3	1,1	4,4	1,1
t 2	4,1	1,1	4,0	1,1	4,0	1,1

Anmerkung. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Beim Vergleich der Kennwerte beider Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (Zeitpunkt t 1: $t=.55$, $df=102$, $p=.582$; Zeitpunkt t 2: $t=.71$, $df=102$, $p=.478$). Auch die gruppeninterne Einschätzung zeigte im Zeitverlauf lediglich einen Trend zur statistischen Signifikanz (Kontrollgruppe: $t=1,88$, $df=52$, $p=.066$; Interventionsgruppe: $t=1,87$, $df=50$, $p=.068$). Beide Gruppen wurden durchschnittlich vom Arzt als „deutlich krank“ (entspricht Mittelwert = 4) eingeschätzt.

3.2.2 Therapeutische Allianz

3.2.2.1 Perceived Involvement In Care Scale (PICS)

In der folgenden Tabelle werden die Kennwerte der beiden Subskalen „Informationsverhalten des Patienten“ sowie „Patientenaktivierung durch Ärzte“ vergleichend dargestellt.

Tabelle 9: Subskalen der PICS in Kontroll- und Interventionsgruppe

Subskala	K		I		G	
	M	SD	M	SD	M	SD
Informationsverhalten des Patienten	2,8	0,7	2,9	0,6	2,8	0,7
Patientenaktivierung durch Ärzte	3,0	0,7	3,3	0,6	3,1	0,7

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Kontrollgruppe: N= 53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Grundsätzlich muss auf die durchschnittlich hohe Bewertung der Fragen hingewiesen werden. In beiden beteiligten Gruppen bewegt sich der Mittelwert im Antwortspektrum „stimme eher zu“ (entspricht Mittelwert=3). Vergleicht man die

Bewertungen der beiden Studiengruppen, so lässt sich eine signifikante Differenz der Mittelwerte in der zweiten Subskala finden. So bewerteten die Patienten der Interventionsgruppe die Fragen der Subskala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ weitaus höher, als dies durch die Patienten der Kontrollgruppe getan wurde ($t=-2,57$, $df=102$, $p=.012$).

Auch hinsichtlich der gruppeninternen Bewertung der Subskalen konnte nur in der Interventionsgruppe ein hochsignifikanter Unterschied ($t=-5,36$, $df=50$, $p=.000$) festgestellt werden (Kontrollgruppe: $t=-1,63$, $df=51$, $p=.110$).

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

Im Falle des *COMRADE*-Summenscores fanden sich keine signifikanten Differenzen zwischen Kontroll- ($M=70,9$; $SD=19,3$) und Interventionsgruppe ($M=76,2$; $SD=15,9$; $t=-1,5$, $df=100$, $p=.137$).

3.2.3 Intervention

3.2.3.1 Working Alliance Inventory (WAI)

Das *Working Alliance Inventory* wurde lediglich bei den Patienten der Interventionsgruppe eingesetzt. Tabelle 10 gibt die Summenscores der Patienten- und der Therapeutenversionen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten wieder.

Tabelle 10: Kennwerte des Summenscores

Zeitpunkt	Patientenversion		Therapeutenversion	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
t 1	64,3	11,1	59,5	7,2
t 2	66,0	11,7	59,2	9,5

Anmerkungen. *M*= Mittelwert, *SD*= Standardabweichung, *N*=51

Bei der Gegenüberstellung der beiden Versionen fallen zu beiden Zeitpunkten, hinsichtlich des Mittelwertes, hochsignifikante Unterschiede auf (Zeitpunkt t 1: $t=-2,78$, $df=47$, $p=.008$; Zeitpunkt t 2: $t=-4,14$, $df=50$, $p<=.000$). Sowohl zu Zeitpunkt t1

als auch im Verlauf empfanden die Patienten die *therapeutische Allianz* subjektiv höher als ihre behandelnden Ärzte.

Die Bewertung der Patienten stieg im zeitlichen Verlauf sogar leicht an, bei den Therapeuten war dies nicht der Fall. Diese Unterschiede waren jedoch in beiden Gruppen nicht signifikant (Patientenversion: $t=-1,79$, $df=47$, $p=.080$; Therapeutenversion: $t=.300$, $df=50$, $p=.766$).

3.2.3.2 Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA)

Wie bereits bei der Untersuchung des *WAI* durchgeführt, so sollen auch im vorliegenden Falle die Kennwerte der Summenscores des QTA zu den jeweiligen Zeitpunkten miteinander verglichen werden. Ein Überblick findet sich in Tabelle 11.

Tabelle 11: Kennwerte des Summenscores

Zeitpunkt	Patientenversion		Therapeutenversion	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
t 1	3,3	3,6	5,9	2,8
t 2	3,0	3,2	5,3	3,2

Anmerkungen. *M*= Mittelwert, *SD*= Standardabweichung, *N*=51

Ähnlich den Ergebnissen des *Working Alliance Inventory*, konnten auch bei genauerer Betrachtung des QTA deutliche Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen beobachtet werden (Zeitpunkt t 1: $t=-3,94$, $df=48$, $p=.000$; Zeitpunkt t 2: $t=-4,11$, $df=49$, $p=.000$). Hier waren es ebenfalls die Ärzte, die den therapeutischen Entscheidungsprozess schlechter einschätzten als ihre Patienten. Beim gruppeninternen Vergleich der Kennwerte über den zeitlichen Verlauf konnten weder in der Patientengruppe ($t=.49$, $df=48$, $p=.626$), noch in der Therapeutengruppe ($t=1,72$, $df=49$, $p=.091$) signifikante Unterschiede festgestellt werden.

3.2.4 Patientenzufriedenheit

3.2.4.1 Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)

Auch in Bezug auf den ZUF-8 soll im Folgenden zunächst auf die Kennwerte beider Gruppen eingegangen werden (Tabelle 12). Anschließend werden Zusammenhänge zwischen der subjektiv erlebten Zufriedenheit des Patienten und einigen ausgewählten, für diese Fragestellung als besonders relevant erachteten Variablen dargestellt (Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, stationäre Aufenthaltsdauer, Psychopathologie und Krankheitsgrad).

Tabelle 12: Kennwerte der Summenscores

K		I		G	
M	SD	M	SD	M	SD
20,2	1,2	20,6	1,4	20,4	1,3

Anmerkungen. K= Kontrollgruppe, I= Interventionsgruppe, G= Gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Kontrollgruppe: N=53, Interventionsgruppe: N=51, Gesamt: N=104

Der statistische Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe zeigte keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Kennwerte des ZUF-8 ($t=-1.23$, $df=102$, $p=.221$).

3.3 Mögliche Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Zunächst wurde eine multiple Korrelation zwischen den Variablen Alter, Geschlecht, Liegedauer, Erkrankungsgrad und Psychopathologie zu beiden Untersuchungszeitpunkten und der Zufriedenheit berechnet. Es konnte keine Signifikanz festgestellt werden ($p=,70$; $F=0,66$; $df=7$). Die Ergebnisse des darauf angewendeten linearen Regressionsmodells, mit der Zufriedenheit als abhängige Variable, zeigt Tabelle 13 .

Tabelle 13: Signifikanzniveau der linearen Regression

Variable	Standardisierter Koeffizient Beta	t	P
Alter in Jahren	-.19	-1.73	.08
Geschlecht	-.08	-.72	.48
Aufenthaltsdauer in Tagen	.08	.67	.51
Grad der Erkrankung zu t 1	.04	.31	.76
Grad der Erkrankung zu t 2	-.04	-.32	.75
Grad der Psychopathologie zu t 1	.09	.59	.56
Grad der Psychopathologie zu t 2	-.08	-.50	.62

Anmerkungen .t= t-Test.

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, zeigte sich auch hierbei keine Signifikanz ($p < 0.05$).

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es wurden 155 Patienten in die vorliegende Studie eingeschlossen, von denen 104 vollständige Patienten-Datensätze erhalten werden konnten. Zwischen den Studienteilnehmerinnen und -Teilnehmern der beiden Kontroll- und Interventionsgruppen bestanden keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeit, Berufsgruppe, Schul- und Ausbildung sowie Psychopathologie, Ausmaß der Depression, Krankheitsgrad, Informationsverhalten des Patienten und der wahrgenommenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Anhand der „Perceived Involvement In Care Scale“ wurde seitens der Interventionsgruppe eine signifikant stärkere „Patientenaktivierung durch den Arzt“ zum Zeitpunkt t2 berichtet ($M=3,27$ vs. $M=2,95$; $p=.012$). Allerdings zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Hauptkriterium der Untersuchung (Zufriedenheit mit der Behandlung).

4 Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

In der vorliegenden Studie wurden standardisierte Fragebögen mit bekannten psychometrischen Eigenschaften als Erhebungsinstrumente verwandt. Dies ermöglichte eine relativ zeitökonomische und flexible Durchführung der Untersuchung, war möglicher Weise jedoch auch mit Einschränkungen verbunden. So könnten Interviews in Bezug auf manche der untersuchten Bereiche, wie die subjektive Zufriedenheit, detailliertere Informationen erbringen und weitere Möglichkeiten eröffnen, Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit entgegen zu wirken. So fiel bei der Durchführung dieser Untersuchung mehrmalig ein Zögern der Patienten bei der Erwähnung der Rückmeldung der Antworten an den behandelnden Arzt auf.

Bezüglich des Einsatzes der Mehrzahl der Messinstrumente wurde in der vorliegenden Studie im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen nur ein Zeitpunkt gewählt (vgl. Edwards et al. 2004; Wetzels et al. 2005). Häufigere Erhebungszeitpunkte würden vermutlich ein genaueres Ergebnis liefern und im Falle der Interventionsgruppe dem Arzt mehr Möglichkeiten der Therapieverbesserung bringen (vgl. Hamann et al. 2006). Ob eine kürzere Zeitdauer zwischen den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten zu ähnlichen Ergebnissen geführt hätte, würde weitere Untersuchungen erfordern.

Die gewählte Stichprobe reflektiert in Alter und Geschlecht im Untersuchungszeitraum der Studie einen Querschnitt durch die an Depression erkrankten Patienten zweier Stationen der Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Es sei dahin gestellt ob sich das Antwortverhalten in anderen Settings von den in dieser Studie erhaltenen Ergebnissen unterscheiden würde. Zudem wäre ein Vergleich unterschiedlicher psychiatrischer Krankheitsbilder interessant. In der Literatur existieren hauptsächlich Studien zum Krankheitsbild der Schizophrenie (u.a. Hamann et al. 2006, vgl. Kap. 1.2.1.4), in welchen jedoch der Interventionsteil stärker ausfiel als in der vorliegenden Untersuchung. Ein direkter Vergleich ist somit nicht möglich.

Ein weiterer Faktor der in eine kritische Betrachtung der hier angewandten Methodik einfließen sollte, ist die Geschlechterverteilung. Aufgrund des deutlich höheren Anteils an Frauen (60,6%) gegenüber dem der Männer (39,4%) erscheint es fraglich, ob sich bei einer gleichmäßigeren Geschlechterverteilung dieselben Ergebnisse gefunden hätten. Zwar darf nicht vergessen werden, dass depressive Erkrankungen bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern. Dennoch müssen die Befunde zu fehlenden Geschlechtsunterschieden mit Zurückhaltung interpretiert werden. Ferner spielt die Tatsache ob, und wenn, wie häufig ein Patient bereits stationär-psychiatrische Vorerfahrungen gesammelt hat eine bedeutsame Rolle. Auch dieser Faktor wurde bei der Auswertung der Ergebnisse in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In dieser Studie wurde untersucht, ob die Rückmeldung bezüglich der erfolgten Therapie durch depressiv erkrankte Patienten an ihren Arzt die subjektive Zufriedenheit erhöht. Hierbei zeigte sich, dass zwischen den beiden Studiengruppen keine signifikanten Unterschiede auftraten ($p=.219$). Sowohl die Patienten in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe waren grundsätzlich mit der erfolgten Therapie zufrieden. Es konnte kein Hinweis darauf gefunden werden, dass sich die durchgeführte Intervention positiv auf die Zufriedenheit auswirkte. Dabei stellt sich zunächst die Frage, ob die in der vorliegenden Studie verhältnismäßig geringe Intervention, also die alleinige Ausgabe von zwei zusätzlichen Fragebögen in der Interventionsgruppe die Ursache für das Fehlen von differenteren Ergebnissen bezüglich der Zufriedenheit ist. Allerdings fanden auch Hamann et al. (2006) in einer aufwändigeren Studie ähnliche Ergebnisse, während Interventionen, die der in der vorgelegten Studie glichen, in anderen Untersuchungen zu einer Verbesserung der Patientenzufriedenheit führten (Hamann et al. 2006).

Weiter ist die Diskrepanz zwischen der Therapeuten- und der Patienten-Einschätzung der therapeutischen Allianz in diesem Zusammenhang von Interesse. So gaben sowohl im Working Alliance Inventory als auch im Questionnaire On Therapeutic Alliance die Patienten eine bessere Einschätzung der therapeutischen

Allianz ab als die behandelnden Therapeuten ($p \leq .000$). Dies scheint die Frage aufzuwerfen, ob Therapeuten-Einflüsse in der vorliegenden Studie zum Tragen gekommen sein könnten. Allerdings wurde dieses Phänomen in der Literatur bereits durch Hartley und Strupp (1983), Sauer et al. (2003), Fitzpatrick et al. (2005), Hentschel (2005) sowie Hamann et al. (2008) beobachtet. Horvath und Symonds (1991) weisen dabei darauf hin, dass die Bewertung der Allianz durch den Patienten aussagekräftiger sei, als jede andere Bewertungsform (vgl. auch Elvins und Green 2008). Daraus ergibt sich für zukünftige Studien darin weiter einen Schwerpunkt auf Patientenbeurteilungen zu legen, bei ggf. gleichzeitiger Verwendung mehrerer Messinstrumente, wie dies bereits durch Hatcher et al. (1995) empfohlen wurde.

Dennoch sind Therapeuteneinflüsse nicht auszuschließen. So wurde im Interesse eines möglichen naturalistischen Designs in der Studie darauf verzichtet die Ärzte in Bezug auf das *Shared Decision Making*-Konzept bzw. dessen Umsetzung zu schulen, so dass von einem unterschiedlichen Kenntnisstand ausgegangen werden muss. Ferner stellt sich die Frage, wie stark das Interesse der beteiligten Therapeuten hinsichtlich eines positiven Untersuchungserfolges in dieser Studie war. Seitens der Patienten konnte hingegen sogar nachgewiesen werden, dass diese nur wenig Interesse bezüglich ihrer Krankheit und der damit verbundenen Therapiemöglichkeiten zeigten (vgl. Kap. 3.2.2.1, Tab. 9). Eine Beobachtung, die im Gegensatz zu den Erkenntnissen anderer Studien an depressiven Patienten steht (Loh et al. 2004; Scheibler et al. 2004). Eine mögliche Erklärung für das vorliegende Ergebnis könnte sein, dass die Patienten der Interventionsgruppe neben den bereits zeitaufwendigen Fragebögen der Kontrollgruppe, im Rahmen der Intervention noch weitere auszufüllen hatten. So wurde im Verlauf der Untersuchung von vielen Teilnehmern Kritik bezüglich der Menge und des zeitlichen Aufwandes bei der Beantwortung der Messinstrumente geäußert. Damit stellt sich, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, die Frage, ob die Umsetzung der Studie mittels eines Interviews möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt hätte, oder ob die Anzahl der Fragebögen, die bearbeitet werden mussten, in einem kleineren Rahmen hätten gehalten werden sollen.

Auf der anderen Seite gaben die Patienten der Interventionsgruppe in der vorliegenden Studie an deutlich stärker in die Therapigestaltung eingebunden

worden zu sein als die der Kontrollgruppe. Insofern könnte es gerechtfertigt erscheinen, zumindest teilweise am Konzept der „Patienten-Rückmeldung“ festzuhalten, diese aber ggf. durch weitere Methoden zu ergänzen. Dies betrifft etwa so genannte „Decision Aids“, die in anderen Studien erfolgreich eingesetzt wurden (u.a. Charles et al. 1997; Kinmonth et al. 1998; Katon et al. 1999, Hamann et al. 2006). So führte in der Studie von Loh et al. (2007) der Einsatz von Decision Aids bei depressiven Patienten, die sich u.a. aus Trainingsprogrammen für die Ärzte und Informationsmaterial für die Patienten zusammensetzten, zu einer signifikanten Zunahme der Zufriedenheit in der Interventionsgruppe. Einschränkend muss hierbei jedoch darauf hingewiesen werden, dass sich die Patienten in ambulanter Behandlung befanden und bislang offen bleibt, ob die Befunde zur Wirksamkeit solcher Verfahren auch auf Patienten im stationären psychiatrischen Bereich übertragen werden können. Ferner bleibt festzuhalten, dass die Interventionsgruppe in der betreffenden Studie zwar eine größere Zufriedenheit, aber kein besseres Therapieoutcome zeigte, als die Kontrollgruppe. Zu anderen Ergebnissen waren diesbezüglich Katon et al. (1999) sowie Loh et al. (2004) gekommen. Sie führten jedoch in ihrer Untersuchung die Intervention in Form von häufigeren Visiten, bzw. einer gesonderten Patientenaufklärung bezüglich ihrer Erkrankung durch. In zukünftigen Studien sollte demnach das Hauptaugenmerk auf das Ausmaß der erfolgten Intervention und den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Therapieoutcome gelegt werden.

Neben der Art der gewählten Intervention könnten auch die bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit häufig beobachteten Deckeneffekte zu den fehlenden Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe beigetragen haben (Hamann et al. 2006). Auf diese Problematik wiesen schon die Entwickler des ZUF-8-Fragebogens hin (Schmidt et al. 1989) die während der ersten Untersuchungen mit dem Instrument eine deutliche Linksschiefe der Scores beobachten konnten, als Ausdruck allgemein hoher Zufriedenheitsangaben. Weiter hat sich der mehrfache Wechsel des Skalenformates bei den Antwortmöglichkeiten des ZUF-8 in vergangenen Studien als sehr problematisch für den Patienten erwiesen (Giersdorf et al. 2004). Schließlich muss berücksichtigt werden, dass allgemeine Umgebungsfaktoren wie die Qualität des Essens und der Zimmer oder der Kontakt

mit anderen Patienten einen starken Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit haben können (u.a. Hamann et al. 2006).

In einem weiteren Schritt dieser Studie wurde untersucht, in wiefern sich Faktoren wie Geschlecht, Alter, die Liegedauer oder der Grad der Erkrankung und Psychopathologie auf die Zufriedenheit auswirken. Dabei konnte unter anderem gezeigt werden, dass die Dauer des stationären Aufenthaltes keinen Einfluss auf die Zufriedenheitswerte hatte ($p=.51$). Dies scheint die Vermutung von Hentschel (2005) zu bestätigen, dass sich Behandlungszufriedenheit bei stationär behandelten Patienten meist bereits zu Beginn der Behandlung einstellt und für die Dauer des Aufenthaltes auf einem ähnlichen Niveau hält.

Auch Faktoren wie das Geschlecht ($p=.48$) und das Alter ($p=.08$) haben keine Auswirkungen auf die Zufriedenheit gezeigt. Wie oben erwähnt müssen diese Befunde allerdings zurückhaltend interpretiert werden, da der Anteil der Frauen den der Männer deutlich überwog (60,6% vs. 39,4%). Darüber hinaus stellte die Altersgruppe der 18 bis 35-jährigen den größten Anteil an Studienteilnehmern dar. Diesen Ergebnissen stehen die Untersuchungen von Frosch und Kaplan (1999), Hamann et al. (2007) sowie Simon et al. (2008) gegenüber, die eine höhere Zufriedenheit bezüglich der getroffenen Entscheidung oder der erfolgten Therapie bei jungen Menschen feststellen konnten. Simon et al. (2007 und 2008) sowie Reichhart et al. (2008) konnten in ihren Studien darüber hinaus eine positivere Bewertung bzw. Einschätzung der Zufriedenheit und ein größeres Interesse am Konzept der *therapeutischen Allianz* und des *Shared Decision Making* bei jungen gebildeten Frauen feststellen.

Die Tatsache, dass in dieser Studie das Ausmaß der Depression keinen Einfluss auf die Zufriedenheit hatte, wurde bereits in anderen Untersuchungen berichtet (Loh et al. 2007). Puschner et al. (2005) fanden für den psychotherapeutischen Bereich heraus, dass Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit nicht von den erzielten Therapieverbesserungen bestimmt wurden. Sicher sind zu diesem Befund jedoch weitere Studien wünschenswert da es nahe liegend erscheint, dass eine depressive Gemütslage die Selbstreflexion der Patienten beeinträchtigt und der Schweregrad

bzw. die Phase der Erkrankung Faktoren darstellen, die das Antwortverhalten der Patienten deutlich beeinflussen können (Loh et al. 2004).

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden kontrollierten Studie fand sich, dass die durchgeführte Intervention („Patienten-Rückmeldung“ anhand des WAI) nicht zu einer höheren subjektiven Zufriedenheit bei stationär behandelten depressiven Patienten führte. Ein signifikanter Unterschied fand sich hingegen in Bezug auf den subjektiv erlebten Einbezug in die Behandlung, der von Patienten der Interventionsgruppe positiver bewertet wurde. Soziodemographische und klinische Variablen zeigten in der Untersuchung keinen Einfluss auf das Zielkriterium der subjektiven Zufriedenheit.

Die Tatsache, dass die Patienten in beiden Gruppen ähnliche positive Bewertungen abgaben, kann auf einen möglichen Deckeneffekt bzw. das Problem der sozialen Erwünschtheit zurückgeführt werden, welches in zukünftigen Studien möglicherweise durch den Einsatz von Interviews anstelle von Fragebögen umgangen werden kann. Während die positive Bewertung des subjektiven erlebten Einbezugs in die Behandlung den Einsatz von „Rückmeldeverfahren“ prinzipiell unterstützt, sollte diese Intervention in künftigen Untersuchungen bei stationär behandelten depressiven Patienten durch weitere, etwa „Decision Aids“, ergänzt werden, die sich bei anderen Zielgruppen bewährt haben.

5 Literaturverzeichnis

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

Agnew-Davies R, Stiles WB, Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA. Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*. 1998; 37: 155-172.

Andrusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 2001; 10: 173-178.

Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation & Program Planning*. 1982; 5: 233-237.

Barber JP, Conolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 1027-1038.

Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapists' response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*. 1962; 76: 43.

Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Therapie. *Psychotherapeut*. 1995; 40: 23-32.

Beauford JE, McNiel E, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 1272-1276.

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

Brock DW, Wartman SA. When competent patients make irrational choices. *New England Journal of Medicine*. 1990; 322: 1595.

Brody DS. The patients's role in clinical decision making. *Annals of Internal Medicine*. 1980; 93: 718.

Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling*. 2000; 40: 173-185.

Byrne P, Long B. *Doctors talking to patients*. London: Her Majesty's Stationary Office. 1976.

Cassileth B, Zupkis RV, Sutton-Smith K, et al. Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*. 1980; 92: 832.

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper and Policy Commentary Series: McMaster (1994) University; Report No.: 94-18.

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

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

Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*. 1999; 319: 780-782.

Charles C, Gafnie A, Whelan T. How to improve communication between doctors and patients. *British Medical Journal*. 2000; 320: 1220-1221.

Davis LW, Lysaker P. Therapeutic alliance and improvements in work performance over time in patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007; 195: 353-357.

Deber R. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: Changing roles and the desire for information. *Canadian Medical Association*. 1994; 151: 171.

Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *Journal of Personality and social psychology*. 1992; 45: 941-50.

Derogatis LR. Brief Symptom Inventory. *Clinical Psychometric Research*. 1975.

Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring&procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine. 1977; Eigendruck.

Derogatis LR. BSI Brief symptom inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.) 1993; Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Edwards A, Elwyn G. How should 'effectiveness' of risk communication to aid patients' decisions be judged? A review of the literature. *Medical Decision Making*. 1999; 19: 428-434.

Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to "shared decision making" approaches. *Health Expect*. 2001; 4: 151-162.

Edwards A, Elwyn G, Hood K, Robling M, Atwell C, Holmes-Rovner M, Kinnersley P, Houston H, Russell I. The development of COMRADE – a patient-based outcome

measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Education and Counseling*. 2003; 50: 311-322.

Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, Kinnersley P, Russell I and the Study Steering Group. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice* Vol. 21. 2004; 4: 347-354.

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

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*. 1999; 443: 477-482.

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*. 2000; 50: 892-899.

Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Gro R. Shared decision making: measurement using the OPTION instrument. Cardiff: Cardiff University; 2005.

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*. 1992; 267: 2221.

Ende J, Kazis L, Ash A, et al. Measuring patients' desire for autonomy : decision making and information seeking preferences among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*. 1989; 4: 23.

Entwistle VA, Sowden AJ, Watt IS. Evaluating interventions to promote patient involvement in decision making: by what criteria should effectiveness be judged? *Journal of Health Services Research & Policy*. 1998; 3: 100-1007.

Fakhoury WK, White I, Priebe S. Be good to your patient – How the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007; 195: 789-791.

Fiedler FE. The concept of an ideal therapeutic relationship. *Journal of Consulting Psychology*. 1950; 14: 239-245.

Fitzpatrick MR, Iwabebe S, Stalikas A. Perspective divergence in working alliance. *Psychotherapy Research*. 2005; 15: 69-80.

Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47: 228-236.

Freud S. Zur Einleitung der Behandlung. *Gesammelte Werke*. Imago London. 1955; Bd. VIII: 454-478

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

Garratt A, Ruta D, Russell I, Macleod K, Hunt P, McKinlay A, et al. Developing a condition specific measure of health for patients with dyspepsia and ulcer related symptoms. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996; 49: 565-571.

Giersdorf N, Loh A, Bieber C, Caspari C, Deinzer A, Doering T, Eich W, Hamann J, Heesen C, Kasper J, Leppert K, Müller K, Neumann T, Neuner B, Rohlfing H, Scheibler F, van Oorschot B, Spies C, Vodermaier A, Weiss-Gerlach E, Zysno P, Härter M. Entwicklung eines Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2004; 47: 969-976.

Goossensen A, Zijlstra P, Koopmanschap M. Measuring shared decision making processes in psychiatry: skills versus patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*. 2007; 67: 50-56.

Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 193: 416-421.

Greenson RR. The working alliance and transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1965; 34: 155-181.

Hack TF, Degner LF, Dyck DG. Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. *Social Science & Medicine*. 1994; 39: 279.

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

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

Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, Kissling W. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 114: 265-273.

Hamann J, Neuner B, Kasper J, Vodermaier A, Loh A, Deinzer A, Heesen C, Kissling W, Busch R, Schmieder R, Spies C, Caspari C, Härter M. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations*. 2007; 10: 358-363.

Hamann J, Mendel RT, Fink B, Pfeiffer H, Cohen R, Kissling W. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008; 196: 329-332.

Hamann J, Mendel RT, Lienert A, Uebele G, Kissling W. Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste – eine deutschlandweite Umfrage. *Psychiatrische Praxis*. 2008; 35: 122-127.

Hanson WE, Curry KT, Bandalos DL. Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*. 2002; 62: 659-673.

Hartley D, Strupp HH. The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. Masling J (ed) *Empirical studies of psychoanalytical theories*. Erlbaum, Hillsdale. 1983: 1-27.

Hatcher RL, Barends AW, Hansell J, Gutfreund JM. Patients' and therapists' shared and unique views on the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factoranalysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63: 636-643.

Hentschel U. Die Therapeutische Allianz – Teil1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*. 2005; 50: 305-317.

Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N, Rovner D, Breer L, Rothert ML, et al. Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale. *Medical Decision Making*. 1996; 16: 58-64.

Horvath AO, Greenberg LS. The development of the working alliance inventory. In: Greenberg LS, Pinsof WM (eds). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford, New York. 1986; 529-556.

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

Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 1991; 38: 139-149.

Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross J C (ed) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, Oxford University Press. 2002; 37-69.

Howgego IM, Yellowless P, Owen C, Meldrum L, Dark F. 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*. 2003; 37: 169-183.

Kaplan RM, Frosch DL. Decision making in medicine and health care. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1: 525-556.

Kasper J, Kuch C, Heesen C. Shared decision-making als Interaktionsstil. In: Scheibler F, Pfaff H. *Shared Decision-Making – Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Juventa Verlag Weinheim und München 2003.

Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 1109-1115.

Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *British Medical Journal*. 1998; 317: 1202-1208.

Klee MR, Abeles N, Muller RT. Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1990; 27: 166-174.

Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Training*. 2001; 38: 357-361.

Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *Journal of General Internal Medicine*. 1990; 5: 29-33.

Levine MN, Gafni A, Markham B, et al. A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals of Internal Medicine*. 1992; 117: 53.

Llorca PM. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*. 2008; 161: 235-247.

Loh A, Meier K, Simon D, Hänselmann S, Jahn H, Niebling W, Härter M. Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2004; 47: 977-984.

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

Luborsky L. Helping alliance in psychotherapy. In Cleghorn J L (ed) *Successful psychotherapy*. Bruner/Mazel, New York 1976; 92-116.

Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy: A counting signs vs global ratings method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1983; 171: 480-491.

Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive/expressive treatment*. 1984. Basic Books, New York.

Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW. Alliance and outcome in late-life depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1989; 177: 464-472.

Marmar CR, Weiss D, Gaston L. Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*. 1989; 1: 46-52.

Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. *Health Expect*. 2001; 4: 99-108.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 438-450.

Marziali E. Three viewpoints on the therapeutic alliance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984; 172: 417-423.

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

Minsel WR. Überprüfung der Effekte von client-centered psychotherapeutischen Gesprächen bei psychoneurotischen Klienten. Dissertation, Universität Hamburg 1970.

Morgan R, Luborsky L, Critis-Cristoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by means of the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39: 397-402.

National Institute of Mental Health. In: Guy W. editors. CGI-Clinical Global Impressions. 2nd review. Manual for the ECDEU Assessment Battery. 1970.

Newman CF, Strauss JL. When clients are untruthful: Implications for the therapeutic alliance, case conceptualization, and intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2003;17:241-252.

O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making*. 1995; 15: 25-30.

Orlinsky DE, Howard KI. Varieties of Psychotherapeutic Experience: Multivariate Analysis of Patients' and Therapists' Reports. New York 1975. Teachers College Press.

O'Shaughnessy E. Can a liar be psychoanalysed? International Journal of Psycho-Analysis. 1990; 71: 187-195.

Pajonk FG, Schmitz FS, Karow A, Engel RR. Assessing therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia – The Questionnaire on Therapeutic Alliance. Submitted for publication to: The British Journal of Psychiatry.

Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H. Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2005; 55: 517-526.

Quill TE. Partnership in patient care: A contractual approach: Annals of Internal Medicine. 1983; 98: 228.

Reichhart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J. Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiatrische Praxis. 2008; 35: 111-121.

Rudolf G, Manz R. Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 1993; 43: 193-199.

Sainfort F, Booske BC. Measuring post-decision satisfaction. Medical Decision Making. 2000; 20: 51-61.

Salvio MA, Beutler LE, Wood JM, Engle D. The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. Psychotherapy Research. 1992; 2: 31-36.

Saslow G. Application of behavior therapy. In: Usdin G (ed) Overview of the psychotherapies. 1975. Brunner/Mazel, New York.

Sauer EM, Lopez FG, Gromley B. Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*. 2003; 13: 371-382.

Saunders SM. Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*. 2001; 57: 1339-1352.

Scheibler F, Pfaff H. Shared Decision-Making – Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa Verlag Weinheim und München 2003.

Scheibler F. Shared decision-making: von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Huber Verlag, Bern. 2004; 1. Auflage.

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

Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1989; 39: 248-255.

Schmidt J. Erfahrungen mit dem ZUF-8. Vortrag, Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen, Titel: „Patienten- und Mitarbeiterbefragungen in der Rehabilitation“. Bad Säckingen 01./02. Juli 1999.

Sexton HCC, Hembre K, Kvarme G. The interaction of the alliance and therapy microprocesses : A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64: 471-480.

Shahar G, Blatt SJ, Zuroff DC, Krupnick JL, Sotsky SM. Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004; 23: 140-154.

Silverstein MD, Stocking CB, Antel JP, et al. Amyotrophic lateral sclerosis and life sustaining therapy: Patients' desires for information, participation in decision making and life sustaining therapy. *Mayo Clinic Proceedings*. 1991; 66: 906.

Simon D, Schorr G, Wirtz M, Vordermaier A, Caspari C, Neuner B, et al. Development and first validation of the Shared decision-making Questionnaire (SDM-Q). *Patient education and counseling*. 2006; 63: 319-327.

Simon D, Loh A, Härter M. Measuring (shared) decision-making – a review of psychometric instruments. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. (ZaeFQ)*. 2007; 101: 259-267.

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

Sterba R. Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. 1934; 20: 66-73.

Stiles WB, Agnew-Davies R, Barkham M, Culverwell A, Goldfried MR, Halstead J, Hardy GE, Raue PJ, Rees A; Shapiro DA. Convergent validity of the Agnew. 2002.

Stiles WB, Glick MJ, Osatuke K, Hardy GE, Shapiro DA, Agnew-DaviesR, Rees A, Barkham M. Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*. 2004; 51: 81-92.

Streiner DL, Norman GR. Devising the items. In: *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press. 1995; 2: 15-27.

Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *Journal of the American Medical Association*. 1984; 252: 2990.

Stucki C, Grawe K. Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*. 2007; 52: 16-23.

Tichenor V, Hill CE. A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*. 1989; 26: 195-199.

Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*. 1999; 319: 766-771.

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

Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report*. 1972; 2: 5.

Waterworth S, Luker K. Reluctant collaborators: Do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing*. 1990; 15: 971.

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

Wurmser L. The annihilating power of absoluteness: Superego analysis in the severe neuroses, especially in character perversion. *Psychoanalytic Psychology*. 2003; 20: 214-235.

Zetzel ER. Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1956; 37: 369-375.

6 Anhang

6.1 Soziodemographischer Fragebogen

Datum: _____

Identifikationsnummer:

Soziodemographischer Fragebogen

Stationäre Aufnahme:

Staatsangehörigkeit:

Aktuelle Beschäftigungssituation:

Geschlecht: männlich
 weiblich

Familienstand: ledig
 verheiratet
 in fester Partnerschaft
 geschieden/getrennt
 verwitwet

Anzahl der Kinder: keine
 Anzahl:

Schulbildung: ohne Abschluss
 Hauptschule
 Realschule
 Gymnasium

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

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

6.2 Brief Symptom Inventory Score (BSI)

In den letzten 7 Tagen...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder inneres Zittern					
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühle					
3. Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
4. Gefühl, andere sind an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld					
5. Gedächtnisschwierigkeiten					
6. Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein					
7. Herz- und Brustschmerzen					
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße					
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen					
10. Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann					
11. schlechter Appetit					
12. plötzliches Erschrecken ohne Grund					
13. Gefühlsausbrüche, denen gegenüber Sie machtlos waren					
14. Einsamkeitsgefühle, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					
15. Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen					
16. Einsamkeitsgefühle					
17. Schwermut					
18. Gefühl, sich für nichts zu interessieren					
19. Furchtsamkeit					
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen					
21. Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können					
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen					
23. Übelkeit oder Magenverstimmung					
24. Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden					
25. Einschlafschwierigkeiten					
26. Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun					
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden					
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug					
29. Schwierigkeiten bei Atmen					
30. Hitzewallungen oder Kälteschauer					
31. Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden					
32. Leere im Kopf					

33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
34. Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
35. Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft					
36. Konzentrationsschwierigkeiten					
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					
38. Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein					
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben					
40. Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen					
41. Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen					
43. Abneigung gegen Menschenmengen z.B. beim Einkaufen oder im Kino					
44. Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					
45. Schreck- oder Panikanfällen					
46. Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten					
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden					
48. mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können					
50. Gefühl, wertlos zu sein					
51. Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					
52. Schuldgefühl					
53. Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

6.3 Clinica Global Impression Scale (CGI)

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

6.4 Perceived Involvement In Care Scale (PICS)

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

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

Inwieweit stimmen Sie den nachfolgenden Aussagen zu?

1. Der Arzt hat mich auf die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

2. Im Gespräch mit dem Arzt konnte ich meine Meinung zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sagen.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

3. Der Arzt gab mir Gelegenheit, dazu so viel Information zu erfragen, wie ich brauchte.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

4. Der Arzt hat mich ausreichend über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

5. Der Arzt hat mir diese Informationen ausreichend erläutert.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

6. Die Informationen waren gut zu verstehen.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

7. Ich kenne jetzt die Vorteile der Behandlung bzw. der Nicht-Behandlung.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

8. Ich kenne jetzt die Nachteile der Behandlung bzw. der Nicht-Behandlung.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

9. Der Arzt gab mir die Chance, zu entscheiden, welche Behandlung für mich die beste ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

10. Der Arzt gab mir im Gespräch die Möglichkeit, mich an der Entscheidung zu beteiligen.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

11. Insgesamt bin ich zufrieden mit der Information, die ich erhalten habe.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

12. Mein Arzt und ich stimmen darin überein, welche Behandlung (oder Nicht-Behandlung) für mich die beste ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

13. Ich kann ohne weiteres meine Erkrankung auch und einmal mit meinem Arzt besprechen.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

14. Ich bin mit der Art und Weise zufrieden, wie im Gespräch mit meinem Arzt entschieden worden ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

15. Ich bin sicher, dass die getroffene Entscheidung für mich persönlich die richtige ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

16. Ich bin davon überzeugt, alle für die Entscheidung wesentlichen Auskünfte erhalten zu haben.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

17. Es ist klar, welche Entscheidung für mich die beste ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

18. Ich bin mir über die Behandlungsmöglichkeiten für mich im klaren.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

19. Ich finde, dass der Entscheidung genügend Aufklärung vorangegangen ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

20. Die Entscheidung zeigt auf, was für mich am wichtigsten ist.

Stimme überhaupt nicht zu				Stimme voll und ganz zu
1	2	3	4	5

6.6 Working Alliance Inventory – Patientenversion (WAI-C)

Datum: _____

Identifikationsnummer: _____

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

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

WAI-C

6.7 Working Alliance Inventory – Therapeutenversion (WAI-T)

Datum: _____

Identifikationsnummer: _____

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

1. Der Patient und ich sind uns einig, welche Schritte erforderlich sind, um ihre/seine Situation zu verbessern.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

2. Der Patient und ich sind mit dem Nutzen der derzeitigen Therapiemaßnahmen zufrieden.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

3. Ich glaube, dieser Patient mag mich.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

4. Ich bin unsicher, was wir im Rahmen der Behandlung erreichen wollen.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

5. Ich vertraue auf meine Fähigkeit, diesem Patienten helfen zu können.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

6. Wir arbeiten auf gemeinsam vereinbarte Ziele hin

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

7. Ich schätze diesen Patienten als Mensch.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

8. Wir stimmen dahingehend überein, was für den Patienten wichtig ist zu bearbeiten.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

9. Der Patient und ich haben ein Vertrauensverhältnis aufgebaut.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

10. Der Patient und ich sind verschiedener Auffassung was seine tatsächlichen Probleme sind.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

11. Wir sind übereingekommen, welche Veränderungen gut für den Patienten sein würden.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

12. Der Patient glaubt, dass die Art und Weise, wie wir an seiner Behandlung arbeiten, richtig ist.

1 Nie	2 sehr selten	3 selten	4 manchmal	5 häufig	6 sehr häufig	7 immer
----------	------------------	-------------	---------------	-------------	------------------	------------

WAI-T

6.8 Questionnaire On Therapeutic Alliance – Patientenversion (QTA-P)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

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

6.9 Questionnaire On Therapeutic Alliance – Therapeutenversion (QTA-MD)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

	Sehr ausgeprägt	mäßig ausgeprägt	Wenig ausgeprägt	Gar nicht ausgeprägt
1. Der Patient steht der Behandlung hoffnungsvoll und vertrauensvoll gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bei der Aufklärung über die Medikation hat der Patient interessiert nachgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Patient hat eigene Erwartungen und Wünsche in das Ziel der Behandlung aktiv mit eingebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Patient fühlt sich wohl unter der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Patient spricht offen mit Ihnen über Sorgen im Zusammenhang mit der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Patient vertraut Ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.10 Fragebogen zur Zufriedenheit der stationären Versorgung (ZUF-8)

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

Datum: _____

Identitätsnummer: _____

7 Danksagung

Mein Dank gilt all jenen, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit unterstützt haben und behilflich waren. Zu aller erst möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Naber für die Bereitstellung der Thematik, sowie die stets freundliche und konstruktive Unterstützung bedanken.

Ferner gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. med. Schäfer für die guten Ratschläge und Hilfen sowie die zahlreichen kurzfristigen Treffen in freundschaftlicher Atmosphäre.

Des Weiteren möchte ich mich auf diesem Weg bei Herrn Prof. Dr. Andresen für die Unterstützung bei der Umsetzung des statistischen Teils dieser Arbeit bedanken.

Zudem danke ich ganz herzlich meiner Schwester für die Geduld und investierte Zeit die sie der gewissenhaften Durchsicht meiner Arbeit geopfert hat sowie Juliane Schulze-Thüsing die, bei den vielen Fragen, zu jeder Zeit für mich da war.

Selbstverständlich möchte ich mich hiermit auch bei allen Patienten, behandelnden Ärzten und den Pflegekräften der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf bedanken, die durch ihre Teilnahme diese Studie ermöglicht haben.

Und last but not least, danke ich meinen Eltern und meiner Partnerin für all die Liebe, das Vertrauen und die ewige Unterstützung die sie mir in all den Jahren zukommen ließen!

8 Lebenslauf

Name: Bastian Radtke

Geburtsdatum: 26. Dezember 1981

Geburtsort: Lübeck

Wohnort: Bismarckstraße 112
20253 Hamburg

Familienstand: ledig

Schulischer Werdegang: 1988-1992 Grundschule Vöhrum
1992-1994 Orientierungsstufe am
Schlossberg/Peine
1994-2001 Ratsgymnasium Peine
2001 Abitur
1998-1999 Cyprus High School, Utah/USA

Medizinstudium: 2002-2003 Semmelweis Universität,
Budapest/Ungarn
2004 Universität Ulm
2004-2010 Universität Hamburg
2010 Staatsexamen

Praktisches Jahr: 1. Tertial: Chirurgie im McCord's Hospital,
Durban/Südafrika und
Diakonieklinikum Alten Eichen
2. Tertial: Innere Medizin im Schön Klinikum
Hamburg Eilbek
3. Tertial: Gynäkologie im Albertinen
Krankenhaus Hamburg

Seit 04.2011 Assistenzarzt in der Allgemein-, Gefäß- und
Viszeralchirurgie im Klinikum Itzehoe

9 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst sowie keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die aus den genutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des Werkes kenntlich gemacht. Ferner versichere ich, dass die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den

Unterschrift: