

# Technische Universität München

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar  
München

(Vorstand: Prof. Dr. J. Förstl)

## **Sind psychiatrische Patienten motiviert eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments.**

Sarah Anna Maria Kohl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München  
zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. E.J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. J. Hamann

2. Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 29.12.2016 bei der Technischen Universität München eingereicht  
und durch die Fakultät für Medizin am 18.10.2017 angenommen.

## **Abkürzungsverzeichnis:**

ADH	=	Adhärenz in Kommunikation und Therapie
AKT	=	Aktive krankheitsbezogene Kommunikation
API	=	Autonomy Preference Index
BIC	=	Bayes Information Criterion
BMQ	=	Beliefs in Medication Questionnaire
CAIC	=	Consistent Akaike Information Criterion
CFA	=	Confirmatory Factor Analysis
CFI	=	Comparative Fit Index
CGI-S	=	Clinical Global Impression of Severity
DDPRQ	=	Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire
DIF	=	Differential Item Functioning
ess tau-kon	=	essentiell tau-kongenerisch
GAF	=	Global Assessment of Functioning
KOKO	=	Kommunikations Kompetenzen (Fragebogen)
KRI	=	Kritische Kooperation
MAQ	=	Medication Adherence Questionnaire
MHLC	=	Multidimensional Health Locus of Control Scales
OASE	=	Optimierte Ambulante Versorgung Schizophren Erkrankter
PatPart	=	Patienten Partizipation (Fragebogen)
qHSA	=	Qualifizierter Hauptschulabschluss
ReHa	=	Rehabilitation
RMSEA	=	Root-Mean-Square-Error-off-Approximation
SD	=	Standardabweichung
SDM	=	Shared Decision Making
SF – 36	=	Short Form 36 Health Survey
tau-kon	=	tau-kongenerisch
WRMR	=	Weighted Root Mean Square Residual

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis:**

<b>Tabelle 1:</b> Teilgenommene Einrichtungen.....	<b>32</b>
<b>Tabelle 2:</b> Soziodemographische Daten der Teilnehmer.....	<b>33</b>
<b>Tabelle 3:</b> Krankheits- und behandlungsbezogene Daten der Teilnehmer.....	<b>34</b>
<b>Tabelle 4:</b> Verteilungskennwerte der Items des Fragebogens PatPart-39.....	<b>35</b>
<b>Tabelle 5:</b> 5-Faktorenlösung.....	<b>38</b>
<b>Tabelle 6:</b> Mustermatrix Faktor 1.....	<b>42</b>
<b>Tabelle 7:</b> Mustermatrix Faktor 2.....	<b>43</b>
<b>Tabelle 8:</b> Mustermatrix Faktor 3.....	<b>43</b>
<b>Tabelle 9:</b> Mittelwerte der Skalen des PatPart in aufsteigender Reihenfolge.....	<b>44</b>
<b>Tabelle 10:</b> Fit-Indizes.....	<b>44</b>
<b>Abbildung 1:</b> Ergebnis der Konfirmatorischen Faktorenanalyse.....	<b>45</b>
<b>Tabelle 11:</b> Faktorreliabilität, Inter-Item-Korrelation und Item-Skalen-Korrelation.....	<b>46</b>
<b>Tabelle 12:</b> Korrelationen der Skalensummenwerte.....	<b>47</b>
<b>Tabelle 13:</b> Schwierigkeitsindices (P) der Items.....	<b>48</b>
<b>Tabelle 14:</b> Korrigierte Trennschärfe (rit) der PatPart-19-Items.....	<b>48</b>
<b>Tabelle 15:</b> Informationskriterien bzgl DIF, Skala AKT.....	<b>49</b>
<b>Tabelle 16:</b> Informationskriterien bzgl. DIF, Skala KRI.....	<b>49</b>
<b>Tabelle 17:</b> Informationskriterien bzgl. DIF, Skala ADH.....	<b>49</b>
<b>Tabelle 18:</b> Korrelationen von PatPart mit KoKo.....	<b>50</b>
<b>Tabelle 19:</b> Korrelationen von PatPart mit Wahrnehmung durch Behandler.....	<b>51</b>
<b>Tabelle 20:</b> Korrelationen von PatPart mit API-Summenwert.....	<b>51</b>
<b>Tabelle 21:</b> Korrelationen von PatPart mit Behandlungszufriedenheit.....	<b>52</b>
<b>Tabelle 22:</b> Korrelationen von PatPart mit medikamentöser Adhärenz sowie Bewertung der Compliance durch Arzt.....	<b>52</b>
<b>Tabelle 23:</b> Korrelationen von PatPart mit DDPHQ-Summenwert.....	<b>53</b>
<b>Tabelle 24:</b> Mittelwertsvergleiche des Geschlechts in Bezug auf die Patientenpartizipation.....	<b>54</b>
<b>Tabelle 25:</b> Mittelwertsvergleiche des Alters in Bezug auf die Patientenpartizipation.....	<b>54</b>
<b>Tabelle 26:</b> Mittelwertsvergleiche der Muttersprache in Bezug auf die Patientenpartizipation.....	<b>55</b>
<b>Tabelle 27:</b> Mittelwertsvergleiche des Schulabschlusses in Bezug auf die Patientenpartizipation.....	<b>55</b>
<b>Tabelle 28:</b> Mittelwertsvergleiche der Berufstätigkeit in Bezug auf die Patientenpartizipation.....	<b>56</b>
<b>Tabelle 29:</b> Mittelwertsvergleiche der Diagnose in Bezug auf die Patientenpartizipation	<b>56</b>
<b>Tabelle 30:</b> Einfluss der Erkrankungsdauer auf die Patientenpartizipation.....	<b>57</b>
<b>Tabelle 31:</b> Einfluss der Anzahl stationärer Aufenthalte auf die Patientenpartizipation...	<b>57</b>
<b>Tabelle 32:</b> Einfluss der Erfahrung unfreiwilliger Behandlung auf die Patientenpartizipation.....	<b>57</b>
<b>Tabelle 33:</b> Einfluss einer gesetzlichen Unterbringung auf die Patientenpartizipation.....	<b>58</b>
<b>Tabelle 34:</b> Einfluss der Freiwilligkeit der Behandlung auf die Patientenpartizipation.....	<b>58</b>
<b>Tabelle 35:</b> Einfluss des Behandlungssettings auf die Patientenpartizipation.....	<b>59</b>
<b>Tabelle 36:</b> Einfluss einer gesetzlichen Betreuung auf die Patientenpartizipation.....	<b>59</b>

<b>Tabelle 37:</b> Korrelationen von PatPart mit GAF und CGI.....	<b>60</b>
<b>Tabelle 38:</b> Korrelationen von PatPart mit MHLC-Skalen.....	<b>60</b>
<b>Tabelle 39:</b> Korrelationen von PatPart mit Krankheitseinsicht.....	<b>61</b>
<b>Tabelle 40:</b> Korrelationen von PatPart mit Selbststigma und Scham.....	<b>61</b>
<b>Tabelle 41:</b> Korrelationen von PatPart mit Big-Five-Modell-Dimensionen.....	<b>62</b>
<b>Tabelle 42:</b> Korrelationen von PatPart mit frustrierenden Erfahrungen mit PatPart.....	<b>62</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>VORWORT .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>9</b>
2.1	WAS IST SHARED DECISION MAKING? .....	9
2.2	ERFASSUNG VON SDM- STAND DER FORSCHUNG .....	10
2.2.1	<i>Welchen Beitrag leisten Ärzte? .....</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Welchen Beitrag leisten Patienten? .....</i>	<i>12</i>
2.3	SDM IN DER PSYCHIATRIE .....	13
2.3.1	<i>Chancen.....</i>	<i>13</i>
2.3.2	<i>Hindernisse .....</i>	<i>15</i>
<b>3</b>	<b>PROBLEMSTELLUNG .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL UND METHODIK.....</b>	<b>18</b>
4.1	PROJEKTAUFBAU .....	18
4.2	DER FRAGEBOGEN PATPART-39.....	19
4.3	STICHPROBE .....	19
4.4	WEITERE ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....	20
4.4.1	<i>Bestandteile des Patientenfragebogens.....</i>	<i>20</i>
4.4.1.1	<i>Soziodemographische Angaben .....</i>	<i>20</i>
4.4.1.2	<i>Autonomy Preference Index, API.....</i>	<i>20</i>
4.4.1.3	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scales, MHLC .....</i>	<i>21</i>
4.4.1.4	<i>Beliefs in Medication Questionnaire, BMQ.....</i>	<i>21</i>
4.4.1.5	<i>Medication Adherence Questionnaire, MAQ.....</i>	<i>22</i>
4.4.1.6	<i>Fragebogen zu Kommunikationskompetenzen, KoKo .....</i>	<i>22</i>
4.4.1.7	<i>Insight Scale .....</i>	<i>23</i>
4.4.1.8	<i>Erhebung von Selbststigmatisierung und Scham .....</i>	<i>23</i>
4.4.1.9	<i>Individuelle Fragebögen &amp; Zusatzfragen.....</i>	<i>24</i>
4.4.2	<i>Bestandteile des Arztfragebogens.....</i>	<i>26</i>
4.4.2.1	<i>Anamnestic Angaben.....</i>	<i>26</i>
4.4.2.2	<i>Clinical Global Impression of Severity, CGI-S .....</i>	<i>26</i>
4.4.2.3	<i>Global Assessment of Functioning- Skala, GAF .....</i>	<i>27</i>
4.4.2.4	<i>Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire, DDPRQ.....</i>	<i>27</i>
4.4.2.5	<i>Individuelle Fragebögen &amp; Zusatzfragen.....</i>	<i>27</i>
4.5	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	29
4.5.1	<i>Psychometrische Analysen .....</i>	<i>29</i>
4.5.2	<i>Konstruktvalidität.....</i>	<i>30</i>
4.5.3	<i>Einflussfaktoren auf die Patientenpartizipation.....</i>	<i>31</i>

<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>32</b>
5.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE .....	32
5.2	VERTEILUNGSANALYSE .....	35
5.3	AUSWERTUNG DER FAKTORENANALYSEN .....	38
5.3.1	<i>Exploratorische Faktorenanalyse</i> .....	38
5.3.2	<i>Konfirmatorische Faktorenanalyse</i> .....	44
5.4	ERGEBNIS DER RELIABILITÄTSANALYSE.....	46
5.5	ITEMSCHWIERIGKEIT UND TRENNSCHÄRFE .....	47
5.5.1	<i>Itemschwierigkeit</i> .....	47
5.5.2	<i>Trennschärfe</i> .....	48
5.6	DIFFERENTIAL ITEM FUNCTIONING (DIF) .....	49
5.7	BERECHNUNG DER KONSTRUKTVALIDITÄT .....	49
5.7.1	<i>Kommunikationskompetenzen und Patientenpartizipation</i> .....	50
5.7.2	<i>Patientenpartizipation und die Sicht des Behandlers</i> .....	50
5.7.3	<i>Autonomiepräferenzen und Patientenpartizipation</i> .....	51
5.7.4	<i>Patientenpartizipation und Behandlungszufriedenheit</i> .....	52
5.7.5	<i>Patientenpartizipation und die Bewertung des Arzt-Patienten-Kontaktes durch den Behandler ...</i>	52
5.7.6	<i>Patientenpartizipation und Behandlungsadhärenz</i> .....	53
5.8	EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE PATIENTENPARTIZIPATION .....	54
5.8.1	<i>Soziodemographische Daten</i> .....	54
5.8.1.1	Einfluss des Geschlechts auf die Patientenpartizipation .....	54
5.8.1.2	Einfluss des Alters auf die Patientenpartizipation .....	54
5.8.1.3	Einfluss der Muttersprache auf die Patientenpartizipation .....	55
5.8.1.4	Einfluss der Schulbildung auf die Patientenpartizipation .....	55
5.8.1.5	Einfluss der Berufstätigkeit auf die Patientenpartizipation .....	55
5.8.2	<i>Krankheitsbezogene Daten</i> .....	56
5.8.2.1	Einfluss der Diagnose auf die Patientenpartizipation .....	56
5.8.2.2	Psychiatrische Vorgeschichte .....	56
5.8.2.3	Aktuelles Behandlungssetting .....	58
5.8.2.4	Gesetzliche Betreuung .....	59
5.8.2.5	Krankheitsschwere .....	59
5.8.3	<i>Krankheitskonzept</i> .....	60
5.8.4	<i>Krankheitseinsicht</i> .....	60
5.8.5	<i>Selbststigmatisierung und Scham wegen psychischer Erkrankung</i> .....	61
5.8.6	<i>Persönlichkeitsstruktur der Patienten</i> .....	61
5.8.7	<i>Negative Erfahrungen mit Patientenpartizipation in der Vergangenheit</i> .....	62
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>63</b>

6.1	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE.....	63
6.2	VERGLEICH MIT DER EXISTIERENDEN FORSCHUNGLITERATUR .....	64
6.3	VERGLEICH DER FAKTORENSTRUKTUREN AUS DEM ERSTEN UND ZWEITEN TEIL DER STUDIE .....	68
6.4	EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS PARTIZIPATIONSVERHALTEN.....	70
6.4.1	<i>Soziodemographische Einflussfaktoren</i> .....	70
6.4.2	<i>Krankheitsbezogene Einflussfaktoren</i> .....	70
6.5	PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAFTEN PATPART-19 .....	73
6.6	IMPLIKATIONEN FÜR DIE KLINISCHE PRAXIS UND AUSBLICK .....	74
6.7	LIMITATIONEN .....	75
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>81</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>88</b>
<b>10</b>	<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>90</b>
<b>11</b>	<b>LEBENS LAUF.....</b>	<b>91</b>

# 1 Vorwort

Versorgungsforschung beschäftigt sich grundlagen- und problemorientiert mit der Verbesserung der medizinischen Patientenversorgung im Alltag und widmet sich hierbei insbesondere der konkreten Umsetzung von Interventionen, nachdem Defizite identifiziert und analysiert wurden.

Mithilfe des gemeinsamen Förderschwerpunktes „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und des Verbands der Privaten Krankenversicherung werden seit 2007 in 77 Projekten neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verbesserung des Versorgungsalltags für Patienten mit chronischen Krankheiten gewonnen. Gegenstand der Förderung sind folgende Themengebiete (Anders,Klein, 2016):

- Gezielte Patienteninformationen
- Effiziente Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen
- Partizipative Gestaltung der Versorgung

Die vorliegende Arbeit ist Teil des BMBF-geförderten Projektes *„Sind psychiatrische Patienten motiviert, eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“* und beschäftigt sich inhaltlich mit dem Konzept „Shared decision making“ (SDM), auf Deutsch auch „Partizipative Entscheidungsfindung“ genannt.

Ziel dieses Gesamtprojektes ist die Entwicklung eines Fragebogens, der patientenseitige Kompetenzen zur Verwirklichung von Shared Decision Making in der Psychiatrie abbilden und messen soll.

## 2 Einleitung

### 2.1 Was ist Shared Decision Making?

Shared Decision Making ist eines der am weitesten entwickelten Konzepte der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen und nimmt eine Mittelstellung zwischen dem traditionellen medizinischen (paternalistischen) Modell und dem Informed Choice Modell ein (Charles *et al.*, 1997).

Im traditionellen, und lange Zeit am weitesten verbreiteten, paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung steht die Bedeutung der Subjektivität des einzelnen Patienten im Hintergrund- vielmehr wird der Patient als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen gesehen und somit als abhängig von der Expertise des ihm übergeordneten Arztes. Letztlich entscheidet alleine der Arzt darüber, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen indiziert sind und welche Informationen der Patient erhält, um schließlich der vorgeschlagenen Therapie zuzustimmen (Emanuel, Emanuel, 1992). Die finale Zustimmung des Patienten kann hierbei als sehr eingeschränkte Form der Partizipation gesehen werden.

Im Gegensatz dazu soll der Patient im Informed Choice Modell, auch Konsumenten-Modell genannt, den Abwägungs- und Entscheidungsprozess alleine durchlaufen, nachdem der Arzt ihm medizinische Informationen über die Entstehung der Erkrankung sowie diagnostische und therapeutische Optionen, einschließlich deren Vor- und Nachteile, hat zukommen lassen. Letztlich setzt der Arzt die getroffene Entscheidung des Patienten um, während seine eigenen Präferenzen keine Berücksichtigung finden (Emanuel, Emanuel, 1992, Charles *et al.*, 1999).

Shared Decision Making hingegen ist gekennzeichnet durch eine partnerschaftliche Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt mit dem Ziel einer gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsfindung. Informationen, aber auch die jeweiligen Präferenzen bezüglich verschiedener Optionen, werden aktiv von Arzt und Patient in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess eingebracht- für die getroffene Entscheidung übernehmen letztlich beide Parteien die Verantwortung.

Zusammenfassend ist das Shared Decision Making Modell gekennzeichnet durch folgende Merkmale (Charles *et al.*, 1997, Giersdorf *et al.*, 2004):

- Beteiligung von mindestens zwei Teilnehmern: Patient und Arzt, evtl. zusätzlich Angehörige oder Freunde
- Aktive Beteiligung beider Parteien an Schritten des Entscheidungsprozesses
- Gegenseitige Bereitstellung von Informationen als Grundvoraussetzung für SDM
- Entscheidungsfindung mit beidseitiger Zustimmung

Shared Decision Making ist demnach ein gemeinschaftlicher Prozess, der sowohl vom Arzt wie auch vom Patienten gewisse Kompetenzen erfordert, damit eine partizipative Entscheidungsfindung gelingt.

## **2.2 Erfassung von SDM- Stand der Forschung**

Studien belegen, dass grundsätzlich sowohl von Ärzte- wie auch von Patientenseite Interesse an einer partizipativen Entscheidungsfindung besteht (Seale *et al.*, 2006, Hamann *et al.*, 2007a, Hamann *et al.*, 2009). Zudem ist bekannt, dass durch die Umsetzung von SDM auf beiden Seiten die Zufriedenheit mit der Behandlung und den getroffenen Entscheidungen erhöht und die Adhärenz von Patienten verbessert werden kann (Greenfield *et al.*, 1988, Elwyn *et al.*, 2000, Post *et al.*, 2002, Hamann *et al.*, 2007b, Alegria *et al.*, 2014).

Der Wandel hin zu einem partizipativen Interaktionsstil geht einher mit einem sich verändernden Rollenverständnis der Beteiligten. Im Folgenden wird daher erläutert, welche Erkenntnisse es in der bestehenden Literatur zum Thema patienten- und artzseitige Voraussetzungen und Kompetenzen zur Verwirklichung einer partizipativen Entscheidungsfindung gibt und wie sich diese bislang abbilden und messen lassen.

## 2.2.1 Welchen Beitrag leisten Ärzte?

Anknüpfend an eine frühere Arbeit von Towle und Godolphin (Towle, Godolphin, 1999) haben Elwyn et al. folgende Prozessschritte zur Verwirklichung einer partizipativen Entscheidungsfindung benannt (Elwyn *et al.*, 2000):

- Definition des (medizinischen) Problems von Seiten des Arztes
- Erläuterung möglicher Behandlungsoptionen und derer prinzipieller Gleichwertigkeit („equipoise“) durch den Arzt
- Darstellung unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten und Erläuterung zu erwartender Erfolgsrate und Risiken
- Treffen der Entscheidung

Diese Schritte, die von Seiten des Arztes erforderlich sind, um die Beteiligung des Patienten an Entscheidungen zu gewährleisten, wurden bislang in Studien vor allem mit Hilfe von Beobachtungsverfahren gemessen. Am bekanntesten ist in diesem Zusammenhang das OPTION („Observing Patient Involvement“)- Instrument (Elwyn *et al.*, 2003). Es gibt zudem einige Patientenselbststrating-Fragebögen, die erfassen, ob aus der subjektiven Sicht des Patienten SDM stattgefunden hat, wie beispielsweise der SDM-Q-9 (Kriston *et al.*, 2010), die „Perceived Involvement in Care Scales“ (Lerman *et al.*, 1990) oder der Kurzfragebogen CollaboRATE (Elwyn *et al.*, 2013). Der Fragebogen COMRADE („Combined Outcome Measure For Risk Communication And Treatment Decision Making Effectiveness“) evaluiert das Ausmaß der „Risikokommunikation“, also der Aufklärung des Patienten über Behandlungsoptionen und deren Risiken durch den Arzt, sowie die Entscheidungsfindung aus Sicht des Patienten (Edwards *et al.*, 2003).

Insgesamt ist die Ärzteseite von SDM gut erforscht. Die Prozessschritte für Ärzte sind klar definiert und können mittels bestehender Instrumente gemessen werden. Weiterführende Arbeiten haben ergeben, dass von Seiten der Ärzte Prinzipien des SDM im klinischen Alltag noch nicht ausreichend umgesetzt werden (Goossensen *et al.*, Goss *et al.*, 2008) und viele Ärzte weiterhin aus unterschiedlichen Gründen eine paternalistische Haltung den Patienten gegenüber bevorzugen (Legare *et al.*, 2008, Hamann *et al.*, 2009).

## 2.2.2 Welchen Beitrag leisten Patienten?

1999 erstellten Towle und Godolphin eine sogenannte „vorläufige Liste“ über patientenseitige Kompetenzen zur Verwirklichung von SDM. So sollten Patienten beispielsweise aktiv ihre gesundheitlichen Beschwerden artikulieren, Erwartungen formulieren, Feedback geben und selbstständig Informationsakquise betreiben (Towle, Godolphin, 1999).

Im ersten Teil der vorliegenden Studie wurde erstmals ein klarer Fokus auf die Patientenseite von SDM gelegt, wobei anhand eines qualitativen Untersuchungsansatzes sieben thematische Cluster partizipationsförderlicher Verhaltensweisen seitens der Patienten identifiziert worden waren, aus welchen wiederum faktorenanalytisch folgende fünf Faktoren extrahiert wurden: „Proaktive Kommunikation und Kooperation“, „Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung“, „Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit“, „Gesundheitskompetenz“ sowie „Informationsakquise“ (Bernd, 2014, Hamann *et al.*, 2016).

Ansonsten gibt es bislang nur wenig Literatur dazu, welche Beiträge Patienten konkret zu einer partizipativen Entscheidungsfindung leisten können.

Patientenseitige Partizipationspräferenzen und –bedürfnisse hingegen sind besser erforscht (Hamann *et al.*, 2007b) und zu deren Ermittlung stehen auch Fragebögen wie beispielsweise der „Autonomy Preference Index“ (Ende *et al.*, 1989), der „Krantz Health Opinion Survey“ (Krantz *et al.*, 1980) und die Control Preferences Scale“ (Degner *et al.*, 1997) zur Verfügung.

Es gibt zudem mehrere Messinstrumente zur Erfassung der kommunikativen Kompetenz des Patienten, wie beispielsweise die „Medical Communication Competence Scale“ (Cegala *et al.*, 1998), den „Patienten Report of Communication Behaviour“ (Bylund *et al.*, 2011), Ashtons' Patientenselbststrating zu kommunikativen Fähigkeiten (Ashton *et al.*, 2010) oder Farins' CoCo- („Communication Competence“)-Fragebogen (Farin *et al.*, 2014).

Instrumente zur Selbsteinschätzung der Fähigkeiten in Bezug auf die eigene Beteiligung am Entscheidungsprozess und zur Beurteilung der Selbstwirksamkeitserwartung durch den

Patienten stellen die „Decision Self-Efficacy Scale“ (Bunn,O'Connor, 1996) und die „Empowerment Scale“ (Rogers *et al.*, 1997) dar.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die meisten verfügbaren Instrumente die Präferenzen und das Entscheidungsverhalten von Patienten auf einem hohen Abstraktionsniveau erfassen, wohingegen über das tatsächliche Verhalten der Patienten wenig bekannt ist (Dy, 2007).

Ein Instrument zur Erfassung der tatsächlichen Bereitschaft von Patienten eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen lag bislang nicht vor, so dass bis heute unklar war, welche Beiträge Patienten zu den einzelnen Schritten des partizipativen Entscheidungsprozesses zu leisten motiviert sind.

## **2.3 SDM in der Psychiatrie**

Die meisten psychischen Erkrankungen dauern länger an und es gibt zumeist mehr als zwei Behandlungsalternativen mit jeweils unterschiedlichem Nutzen- und Nebenwirkungsprofil. Somit ist die Psychiatrie grundsätzlich prädisponiert für die Anwendung von SDM. Im Folgenden werden nun Chancen aber auch Hindernisse einer Implementierung von SDM im Bereich der Psychiatrie vorgestellt.

### **2.3.1 Chancen**

Die Studienlage zum Thema Umsetzbarkeit von SDM speziell im Bereich der Psychiatrie wächst und zeigt gute Ergebnisse (Hamann *et al.*, 2006, Loh *et al.*, 2007, Stein *et al.*, 2013).

Der Anwendung von Shared Decision Making kommt in der Psychiatrie eine besondere Bedeutung zu, zumal hier häufig sogenannte „präferenz-sensitive“ Entscheidungen anstehen, bei denen eine partizipative Entscheidungsfindung von besonderer Wichtigkeit ist. Hierbei handelt es sich um Entscheidungen, bei denen trotz Einbeziehung neuester und evidenzbasierter Informationen nicht von vorneherein klar ist, welche Entscheidung die beste ist (Wennberg, 2004). Vielmehr erfordern diese Entscheidungen eine Einbeziehung der

persönlichen Werte, Bedürfnisse, Wünsche sowie der aktuellen Lebenssituation des Patienten.

Prominentes Beispiel für eine präferenz-sensitive Entscheidung in der Psychiatrie stellt beispielsweise die Wahl der passenden Psychopharmakotherapie dar, welche häufig nicht nur in der akuten Krankheitsphase sondern auch zur Rezidivprophylaxe eingesetzt wird. Bislang zeigen viele Patienten im Langzeitverlauf eine schlechte Therapieadhärenz (Hamann *et al.*, 2007b), jedoch gibt es Hinweise auf eine mögliche Verbesserung der Compliance durch eine verstärkte Einbeziehung des Patienten (Hamann *et al.*, 2003).

Zudem weiß man, dass z.B. der Einsatz von Entscheidungshilfen bei schizophren Erkrankten zu einer verstärkten Partizipation, einer verbesserten Einstellung zu den Medikamenten sowie zu einer höheren Patientenzufriedenheit insgesamt führen kann (Hamann *et al.*, 2006, Hamann *et al.*, 2007b).

Eine gute therapeutische Beziehung mit Einbeziehung der Patienten spielt in der Psychiatrie zudem eine besonders wichtige Rolle, da die meisten Patienten unter chronischen Erkrankungen leiden und somit eine langfristige, und im Verlauf immer wieder individuell auf den Patienten abgestimmte, Therapie gewährleistet werden muss. Die Behandlungspräferenzen der Patienten, welche häufig eine langjährige Krankheitsvorgeschichte und somit auch Vorerfahrung mit verschiedensten Behandlungsmöglichkeiten haben, müssen hierbei besondere Beachtung finden.

Schizophrene und depressive Erkrankungen gehören zu den kostenintensivsten Erkrankungen und trotz guter therapeutischer Möglichkeiten sind die Behandlungsergebnisse im klinischen Alltag bis heute unbefriedigend. Absenzen am Arbeitsplatz, wiederholte Hospitalisierungen sowie Berentungen sind häufig die Folge. Ursache dafür sind oft Therapieablehnung, Vorbehalte gegenüber einer psychopharmakologischen Medikation und hohe Non-Adherence-Raten.

Es gibt Hinweise darauf, dass durch SDM vor allem bei chronischen Erkrankungen eine verbesserte Therapietreue und in der Folge dessen eine Senkung der Rezidiv- und somit auch Wiederaufnahmeraten erreicht werden könnte, was letztlich nicht nur eine bessere

Lebensqualität für die Patienten sondern auch eine starke Kostenreduktion für das Gesundheitssystem bedeuten könnte (Hamann *et al.*, 2007a).

Zusammenfassend zeigt die derzeitige Studienlage, dass eine Umsetzung von SDM im Bereich der Psychiatrie möglich ist; eine damit einhergehende Verbesserung von Versorgungsergebnissen in der Psychiatrie ist denkbar.

### **2.3.2 Hindernisse**

Es gibt sowohl auf Patienten- wie auch auf Arztseite subjektive und objektive Barrieren, die die Umsetzung einer partizipativen Entscheidungsfindung in der Psychiatrie erschweren.

Auf Arztseite wird bis heute, obwohl nicht bewiesen, ein größerer Zeitaufwand als häufigster Hinderungsgrund für die Anwendung von SDM im klinischen Alltag genannt. So stellen eine hohe Arbeitsbelastung, aber auch Vorbehalte von Seiten des Arztes Hindernisse bei der Implementierung von SDM im Bereich der Psychiatrie dar (Hamann *et al.*, 2006). Weitere scheinbare Barrieren auf Ärzteseite stellen zudem die Argumente, dass die Ärzte SDM bereits anwendeten oder die Patienten das nicht wünschten, dar (Legare *et al.*, 2008, Legare, Witteman, 2013).

Spezifisch im Bereich der Psychiatrie beklagen Ärzte zudem einen Mangel an patientenseitigen Kompetenzen für SDM sowie eine verminderte Motivation der Patienten zur Mitarbeit, sobald Nebenwirkungen im Rahmen der Medikation auftreten. Auch Unehrlichkeit in Bezug auf die medikamentöse Adhärenz wird als hemmender Faktor für eine gemeinsame Entscheidungsfindung angesehen (Seale *et al.*, 2006).

Verminderte kognitive Leistungsfähigkeit (Chong *et al.*, 2013) oder das Vorhandensein von Negativsymptomatik bei psychisch kranken Patienten (McCabe *et al.*, 2013) sind weitere Faktoren, die von Psychiatern als Barrieren gesehen werden.

Insbesondere bei psychotischen Erkrankungen ist die Anwendbarkeit von SDM vom Krankheitsstadium abhängig (Hamann *et al.*, 2003) und kann durch eine reduzierte oder fehlende Krankheitseinsicht stark eingeschränkt sein (Bunn *et al.*, 1997).

Auch eine verminderte Entscheidungskapazität, häufig bedingt durch kognitive Einschränkungen oder eine depressive oder Negativsymptomatik, erschwert eine partizipative Entscheidungsfindung (Hamann *et al.*, 2009). Hierbei muss allerdings betont werden, dass zumeist keine generelle Entscheidungsunfähigkeit vorliegt, sondern es sich um einen vorübergehenden Zustand handelt, der z.B. durch Trainings behoben werden kann (Carpenter *et al.*, 2000).

Ein weiterer psychiatriespezifischer Faktor, der eine partizipative Entscheidungsfindung erschweren kann, stellt die negative Erfahrung von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein der Patienten gegenüber dem psychiatrischen System, wie etwa durch eine gerichtliche Unterbringung oder Zwangsmedikation, dar. Solche Erfahrungen können auf Seiten des Patienten noch Jahre später zu einer passiven Haltung in der Therapie beitragen (Hamann *et al.*, 2016). Es wurde gezeigt, dass die Umsetzung von SDM im Stadium der Unterbringung gegen den Willen des Patienten eine besondere Herausforderung, aber nicht unmöglich ist (Nicaise *et al.*, 2013).

Schließlich gibt noch viele weitere Faktoren, die Einfluss auf das Gelingen von SDM im Bereich der Psychiatrie haben können, wie beispielsweise das Behandlungssetting (ambulant vers. stationär), bestimmte Persönlichkeitsaspekte der Therapeuten oder auch die Atmosphäre auf Station (Hamann *et al.*, 2016).

Es zeigt sich, dass die Implementierung von SDM in der Psychiatrie eine besondere Herausforderung darstellt und einige Barrieren auf dem Weg zu einer partizipativen Entscheidungsfindung überwunden werden müssen.

### **3 Problemstellung**

Patienten werden in der Medizin zunehmend als wichtige Entscheidungsträger anerkannt, dennoch ist die Patientenseite von SDM in der Forschung bislang unterrepräsentiert. Es gibt kaum Literatur dazu, welche Beiträge Patienten zu den einzelnen Schritten der gemeinsamen Entscheidungsfindung leisten und bislang gibt es auch kein valides Instrument zur Erfassung dieser patientenseitigen Handlungen zur Förderung von SDM.

Ziel der hier vorgestellten Untersuchung war daher die Entwicklung und psychometrische Testung eines Fragebogens, der misst, inwieweit psychiatrische Patienten motiviert sind, sich aktiv und konstruktiv am medizinischen Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Zudem sollte eruiert werden, wovon diese Bereitschaft abhängt und ob diese Variablen Interventionen zugänglich sind.

## 4 Material und Methodik

### 4.1 Projektaufbau

Die vorliegende Dissertation ist Teil des BMBF-geförderten Projektes *„Sind psychiatrische Patienten motiviert eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen?“ Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“*.

Im Rahmen dieser Studie wurden zu insgesamt drei Zeitpunkten Datenerhebungen durchgeführt, wobei die Datenerhebung an jeweils unterschiedlichen Stichproben erfolgte, das Patientensample also für jeden Zeitpunkt neu generiert wurde:

1. Datenerhebung zur Itemgenerierung mittels Fokusgruppeninterviews mit Patienten und Ärzten zu Patientenbeiträgen im SDM-Prozess
2. Vorgabe der Testvorform des zu entwickelnden Fragebogens an eine für die später zu testende Population repräsentative Analytestichprobe
3. Vorgabe der Testendform sowie weiterer Erhebungsinstrumente an die Kontrollstichprobe

Im ersten Teil der Studie waren mittels qualitativer Gruppeninterviews patientenseitige Beiträge zur Verwirklichung von SDM identifiziert und daraus die Testvorform des zu entwickelnden Messinstruments erstellt worden, welche dann an eine für die später zu testende Population repräsentative, Analytestichprobe ausgegeben worden war (Punkte 1 und 2)(Bernd, 2014, Hamann *et al.*, 2016).

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich daran anschließend nun mit der Erstellung und externen Validierung der Testendform sowie der Untersuchung von Einflussgrößen auf die Partizipationsbereitschaft von Patienten. In diesem Teil der Studie wurde ein mehrteiliger Fragebogen (Testendform des Fragebogens und weitere Erhebungsinstrumente) zusammengestellt und schließlich in einer querschnittlichen Befragung einer Validierungsstichprobe vorgelegt (Punkt 3).

## 4.2 Der Fragebogen PatPart-39

Im Rahmen des ersten Teils der Studie wurde, nach leitfadenbasierter Durchführung von sieben Fokusgruppeninterviews (vier mit Patienten und drei mit Psychiatern) zum Thema *„Möglichkeiten und Bereitschaft auf Patientenseite, aktiv an der Therapiegestaltung zu partizipieren“* mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring das so gewonnene Datenmaterial von zwei Untersuchern analysiert (Mayring, 2010). Daraufhin wurden, nach und auf Grundlage der Kategorisierung der Inhalte, 57 Items für die Testvorform generiert, welche dann von n=527 Patientinnen und Patienten ausgefüllt wurde (Bernd, 2014, Hamann *et al.*, 2016). Nach Entfernung redundanter sowie von Items mit niedriger bzw. Doppelladung im Rahmen der psychometrischen Evaluation des Vorfragebogens verblieben 39 Items, welche, mit dem Ziel der Erstellung der Testendform sowie deren externen Validierung, zusammengefasst als Fragebogen PatPart-39 und auf einer neuen Datenbasis Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind. Anwendung fand eine fünfstufige Antwortskala (nie- selten- gelegentlich- oft- immer).

## 4.3 Stichprobe

Zur psychometrischen Testung des Fragebogens PatPart wurden n= 329 Patienten sowie ihre behandelnden Psychiater befragt. Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren, die sich in stationär- oder ambulant-psychiatrischer Behandlung an den teilnehmenden Versorgungseinrichtungen (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der TU München, BKH Augsburg, BKH Kaufbeuren, Klinik Mengerschwaige und Zentrum für psychische Gesundheit Romanstraße) befanden und bei denen eine Diagnose aus dem depressiven (ICD-10: F32-F39) oder schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F25) vorlag. Durch die Teilnahme an der Untersuchung entstand für die Probanden kein Risiko. Die teilnehmenden Patienten erklärten ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich. Ausschlusskriterien waren unzureichende deutsche Sprachkenntnisse und eine diagnostizierte Minderbegabung.

Es lag ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Durchführung der Studie vor.

## **4.4 Weitere Erhebungsinstrumente**

Bei der patienten- und behandlerseitigen Befragung wurden, zum einen zur Überprüfung der Konstruktvalidität und zum anderen zur Erhebung von modulierenden Faktoren hinsichtlich der Patientenbeteiligung, neben dem zu testenden Fragebogen PatPart-39 weitere Fragebögen und Zusatzfragen verwendet, welche im Folgenden vorgestellt werden.

Teils wurden selbst erstellte und nicht standardisierte Fragebögen verwendet, welche unter „Individuelle Fragebögen“ vorgestellt werden.

### **4.4.1 Bestandteile des Patientenfragebogens**

Die Patienten füllten die Fragebögen in unserem Beisein und mit unserer Unterstützung aus. Die Bearbeitungszeit war von Patient zu Patient, unter anderem abhängig von der Krankheitsschwere, sehr unterschiedlich- im Schnitt lag sie bei 60 Minuten.

#### **4.4.1.1 Soziodemographische Angaben**

Zunächst machten die Patienten folgende Angaben zu ihrer Person: Alter, Geschlecht, Muttersprache, höchster erreichter Schulabschluss, Arbeitsverhältnis, Freiwilligkeit der aktuellen psychiatrischen Behandlung, Beginn der Erkrankung, Anzahl stationärer Aufenthalte und Erfahrung unfreiwilliger Behandlung.

#### **4.4.1.2 Autonomy Preference Index, API**

Der Autonomy Preference Index (Ende *et al.*, 1989, Simon *et al.*, 2010) erhebt mit seinen vier Items das patientenseitige Verlangen am medizinischen Entscheidungsprozess aktiv mitzuwirken. Die Items des API sind in Aussageform formuliert und werden vom Patienten auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr dafür“ (1) bis „sehr dagegen“ (5) bewertet, wobei höhere Punktwerte ein höheres Partizipations- und Autonomiebedürfnis des Patienten anzeigen.

Beispielitem: „Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden und nicht von Ihnen.“

#### **4.4.1.3 Multidimensional Health Locus of Control Scales, MHLC**

Wir verwendeten die deutsche Version der Multidimensional Health Locus of Control Scales mit zwölf der ursprünglich achtzehn Items sowie einer fünfstufigen Skala von „stimme sehr zu“ (1) bis „lehne sehr ab“ (5) statt der ursprünglichen Sechs-Punkte-Skala. Anhand von vier Subskalen („self-control“, „self-blame“, „chance“ und „powerful others“) mit je drei Items lässt sich damit das Kontrollüberzeugungskonzept des Patienten in Hinblick auf seine Einstellung zu Krankheit und Gesundheit abbilden (Wallston et al., 1976). Die Ursachenzuschreibung des Patienten anhand externaler und internaler Kontrollüberzeugungen wird erhoben.

Beispielitems:

- Subskala „self-control“: „Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.“
- Subskala „self-blame“: „Wenn ich krank werde, so ist dies meine Schuld.“
- Subskala „chance“: „Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.“
- Subskala „powerful others“: „Ärzte bestimmen meine Gesundheit.“

#### **4.4.1.4 Beliefs in Medication Questionnaire, BMQ**

Der Beliefs in Medication Questionnaire (Horne *et al.*, 1999) besteht aus zwei Teilen: Anhand von 10 Items wird das subjektive medikamentenbezogene Behandlungskonzept des Patienten hinsichtlich der eigenen Medikation abgebildet, während der andere Teil des Fragebogens anhand von 8 Items die Auffassung des Patienten generell zu Medikamenten misst. Bewertet werden die insgesamt 18 Items anhand einer Fünf-Punkte-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5).

Die zwei Teile des Fragebogens sind wiederum in Subskalen unterteilt:

Beispielitems:

- Subskala „Notwendigkeit der eigenen Medikation“: „Ohne Medikamente wäre ich sehr krank.“

- Subskala „Besorgnis bzgl. der eigenen Medikation“: „Es beunruhigt mich, dass ich Medikamente nehmen muss.“
- Subskala „Übermäßiger Medikamenteneinsatz allgemein“: „Die Ärzte setzen zu viele Medikamente ein.“
- Subskala „Allgemeiner Schaden durch Medikamenteneinsatz“: „Alle Medikamente sind Gift.“

#### **4.4.1.5 Medication Adherence Questionnaire, MAQ**

Der Medication Adherence Questionnaire ist eine aus vier Fragen bestehende Selbstratingmethode zur Messung der Adhärenz des Patienten in Bezug auf seine Medikation (Morisky *et al.*, 1986). Die Fragen werden durch den Patienten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet.

Beispielitem: „Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente einzunehmen?“

#### **4.4.1.6 Fragebogen zu Kommunikationskompetenzen, KoKo**

Der KoKo-Fragebogen misst die Kommunikationskompetenzen von chronisch kranken Patienten im Arztgespräch anhand von 28 Items, die den vier Skalen „Kritische und partizipative Kommunikation“, „Adhärenz in der Kommunikation“, „Kommunikation über persönliche Verhältnisse“ und „Aktive und krankheitsbezogene Kommunikation“ zugeordnet sind (Farin *et al.*, 2014). Patientenseitige Kommunikationskompetenzen wurden hierbei anhand einer sechsstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (6) im Selbstratingverfahren erhoben. Da es in der Psychiatrie selbstverständlich ist, über persönliche Verhältnisse zu sprechen, wurden in unserer Untersuchung nur die drei unten aufgeführten Skalen verwendet.

Beispielitems:

- Subskala „Kritische und partizipative Kommunikation“: „Ich habe im Gespräch mit dem Arzt auch mal Kritik geäußert.“

- Subskala „Adhärenz in der Kommunikation“: „Ich bin im Gespräch immer beim Thema geblieben.“
- Subskala „Aktive und krankheitsbezogene Kommunikation“: „Ich habe dem Arzt Fragen zu Nebenwirkungen der Behandlung gestellt.“

#### **4.4.1.7 Insight Scale**

Die Insight Scale (Birchwood et al., 1994), besteht aus acht Aussagen, die auf einer dreistufigen Skala („stimme zu“, „stimme nicht zu“, „unsicher“) beantwortet werden. Es handelt sich um ein Selbstratinginstrument zur Erfassung der Krankheitseinsicht bei schizophrenen Erkrankten und fand daher in unserer Untersuchung nur Anwendung bei den Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F25).

Beispielitem: „Wenn jemand sagt, dass ich eine Erkrankung der Nerven oder der Psyche habe, dann hat er Recht.“

#### **4.4.1.8 Erhebung von Selbststigmatisierung und Scham**

Wir verwendeten die Subskala „self-concurrence“ des Fragebogens Self-Stigma of Mental Illness Scale- Short Form zur Erhebung der Selbststigmatisierung durch den Patienten. Diese wird anhand von fünf Items auf einer Skala von „Ich stimme überhaupt nicht zu“ (1) bis „Ich stimme völlig zu“ (9) erfasst (Corrigan *et al.*, 2012).

Beispielitem: „Weil ich eine psychische Erkrankung habe bin ich gefährlich.“

Ebenfalls auf einer neunstufigen Skala sollten die Patienten ihre psychische Verfassung einschätzen („Ich bin psychisch völlig gesund“ (1) bis „Ich bin psychisch schwer krank“ (9)) und angeben, ob sie Scham empfinden, psychisch krank zu sein („überhaupt nicht“ (1) bis „auf jeden Fall“ (9)).

#### **4.4.1.9 Individuelle Fragebögen & Zusatzfragen**

##### Wissensfragebogen

Für die Untersuchung wurden Fragebögen neu entwickelt, die nach Diagnosegruppe getrennt das krankheitsbezogene Wissen der Patienten erheben.

Sechs Multiple-Choice-Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten beziehen sich auf die Themen Ursache, Verlauf, Symptomatik und Behandlung der vorliegenden psychischen Erkrankung, während anhand von drei offenen Fragen der Wissensstand der Patienten über ihre derzeitige psychiatrische Medikation sowie allgemein über Psychopharmakotherapie bei Depression bzw. Schizophrenie erhoben wird:

„Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka ein? Wenn ja, nennen Sie bitte EIN Medikament, das Sie zur Behandlung Ihrer depressiven Erkrankung einnehmen sowie dessen Dosierung.“

„Bitte nennen Sie drei Medikamente, die in der Behandlung der Depression/ Psychose eingesetzt werden können.“

„Bitte nennen Sie drei Nebenwirkungen, die unter antidepressiver/ neuroleptischer (=anti-psychotischer) Medikation auftreten können.“

- Im Wissenstest können maximal 12 Punkte erreicht werden.

##### Zusatzfrage zur Entscheidungsfindung:

„Wer trifft wichtige Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen Ihrer Behandlung?“

- Antwortformat: „nur Sie selbst“ (1) bis „nur Ihr Arzt“ (5)

##### Zusatzfragen zum Thema Vorbereitung auf das Arztgespräch:

„Für wie wichtig halten Sie es, sich schon vor einem Arztgespräch wichtige Fragen oder Anliegen zu überlegen?“

„Für wie wichtig halten Sie es, sich vor einem Arztgespräch mögliche Fragen oder Anliegen auf einem Zettel zu notieren?“

- Antwortformat: „überhaupt nicht wichtig“ (1) bis „sehr wichtig“ (5)

#### Zusatzfragen zur Behandlungszufriedenheit:

„Wie zufrieden sind Sie mit den Arztgesprächen hier auf Station?“

„Wie zufrieden sind Sie im Moment mit ihren Medikamenten?“

„Wie zufrieden Sie momentan mit der Behandlung insgesamt?“

- Antwortformat: „überhaupt nicht zufrieden“ (1) bis „sehr zufrieden“ (5)

#### Zusatzfrage zum Thema Vertrauen in den Arzt:

„Wie sehr vertrauen Sie Ihrem jetzigen Arzt/ Ihrer jetzigen Ärztin?“

- Antwortformat: „überhaupt kein Vertrauen“ (1) bis „sehr starkes Vertrauen“ (5)

#### Individueller Fragebogen zur Wahrnehmung der Ärzte durch den Patienten:

Die Wahrnehmung der Ärzte in den letzten 12 Monaten durch den Patienten wurde anhand der folgenden Eigenschaften eingeschätzt: „Kompetent“, „vertrauenswürdig“, „gehetzt“, „mitfühlend“, „dominant, bestimmend“ und „partnerschaftlich“.

- Antwortformat: „immer“ (1) bis „nie“ (5)

#### Offene Frage zum Arzt-Patient-Verhältnis:

„Bitte beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrem jetzigen Arzt/ Ihrer jetzigen Ärztin kurz in Ihren eigenen Worten.“

#### Zusatzfragen zum Thema frustrierende Erfahrungen im Arztgespräch:

„Wenn ich einen Vorschlag bezüglich meiner Behandlung gemacht habe wurde nicht darauf eingegangen.“

„Der Arzt hat keinen Raum für meine Fragen gelassen.“

„Mein Arzt hat mich und meine Sorgen nicht ernstgenommen.“

„Wenn ich im Arztgespräch Fragen gestellt habe, habe ich darauf keine richtigen Antworten erhalten.“

„Ich wurde von meinem Arzt nicht wie ein gleichberechtigter Gesprächspartner behandelt.“

„Der Arzt hat ohne Rücksprache mit mir Therapien und Medikamente angeordnet.“

- Antwortformat: „immer“ (1) bis „nie“ (5)

### Weitere Zusatzfragen:

„Haben Sie sich schon mal im Internet über Ihre Erkrankung informiert und wenn ja auf welchen Seiten?“

„Haben Sie sich schon mal in Büchern über Ihre Erkrankung informiert und wenn ja in welchen Büchern?“

„Haben Sie schon mal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?“

„Haben Sie schon mal an einer Psychoedukation teilgenommen?“

„Haben Sie einen niedergelassenen Psychiater, der Sie ambulant behandelt und wenn ja, seit wie vielen Jahren sind Sie bei diesem in Behandlung?“

„Haben Sie schon mal den Psychiater gewechselt, weil sie mit der Behandlung nicht zufrieden waren?“

- Jeweils unterschiedliches Antwortformat

## **4.4.2 Bestandteile des Arztfragebogens**

Die Ärzte füllten die Fragebögen nach kurzer Erläuterung durch uns selbstständig aus- die Bearbeitungszeit lag bei ungefähr 10 Minuten.

### **4.4.2.1 Anamnestische Angaben**

Zunächst machten die Ärzte folgende anamnestische Angaben zu den von ihnen behandelten Patienten: Psychiatrische Diagnosen und Nebendiagnosen nach ICD 10, Vorhandensein oder Vermutung einer Persönlichkeitsstörung, aktuelles Behandlungssetting, Rechtsgrund der aktuellen Behandlung und Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung.

### **4.4.2.2 Clinical Global Impression of Severity, CGI-S**

Die CGI- Skala ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der Erkrankungsschwere des Patienten sowie der Symptomverbesserung im Verlauf (Busner, Targum, 2007). Wir verwendeten die Unterskala CGI-S zur Erhebung der Symptomschwere. Diese hat 7 Stufen hat, wobei (1) bedeutet, dass der Patient nicht krank

erscheint und (7), dass der Betroffene sehr schwer krank erscheint. Während bei den depressiv Erkrankten lediglich mit einem Item der Gesamtschweregrad eingeschätzt wird, wird bei den schizophren erkrankten Patienten mittels vier weiterer Items zusätzlich die Symptomschwere bezogen auf Positivsymptome, Negativsymptome, depressive Symptome und kognitive Symptome bewertet.

#### **4.4.2.3 Global Assessment of Functioning- Skala, GAF**

Begleitend wurde die Beeinträchtigung des Patienten in psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen anhand der Global Assessment of Functioning- Skala dokumentiert (Arbeitskreis, 2009). Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen oder umgebungsbedingten Einschränkungen werden nicht einbezogen, das Funktionsniveau wird bezogen auf den Zeitpunkt der Beurteilung bewertet. Werte von 100 bis 91 entsprechen einer hervorragenden Leistungsfähigkeit bei Fehlen von Symptomen, während hingegen Werte von 10 bis 1 eine ständige Eigen- oder Fremdgefährdung oder Unfähigkeit der Alltagsbewältigung, wie beispielsweise der Durchführung der Körperhygiene bedeuten.

#### **4.4.2.4 Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire, DDPHQ**

Der Difficult Doctor-Patient-Relationship Questionnaire ist ein Fragebogen mit zehn Items, der für die Beurteilung des Arzt-Patienten-Kontaktes eingesetzt wird (Hahn et al., 1994). Aus Arztsicht werden hierbei Fragen zu den eigenen Gefühlen und Reaktionen während der Kommunikation mit dem Patienten sowie zu Verhaltensweisen des Patienten auf einer sechsstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (1) bis „in hohem Maße“ (6) beantwortet.

Beispielitem: „Wie sehr frustriert Sie dieser Patient?“

#### **4.4.2.5 Individuelle Fragebögen & Zusatzfragen**

##### Individueller Fragebogen zum Big-Five-Modell der Persönlichkeitsmerkmale

Das Big-Five-Modell beschreibt als ein Modell der Persönlichkeitspsychologie fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit. Es wird postuliert, dass sich die Persönlichkeit aller

Menschen anhand der Skalen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen einordnen lässt (Goldberg, 1993). In unserer Untersuchung sollten die Ärzte die Persönlichkeit der Patienten anhand dieser fünf Dimensionen einschätzen.

- Antwortformat: „kaum ausgeprägt“ (1) bis „stark ausgeprägt“ (6).

#### Individueller Fragebogen zur Patientenpartizipation aus Arztsicht

Im ersten Teil dieses BMBF- geförderten Projektes waren patientenseitige Handlungen zur Umsetzung von SDM identifiziert und daraus die Items für das zu entwickelnde Messinstrument generiert worden (Bernd, 2014, Hamann *et al.*, 2016). Durch Umformulierung der wichtigsten und Leititems generierten wir 8 Items, die aus Sicht des Arztes die Partizipation des Patienten widerspiegeln (PatPart-Arzt):

„Der Patient kommuniziert offen mit Ihnen.“

„Der Patient kommuniziert aktiv mit Ihnen.“

„Der Patient verhält sich kritisch.“

„Der Patient ist höflich.“

„Der Patient ist compliant.“

„Der Patient bereitet sich auf Arztgespräche vor.“

„Der Patient setzt sich mit seiner Erkrankung auseinander.“

„Der Patient informiert sich selbstständig über seine Erkrankung.“

- Antwortformat: „nie“ (1) bis „immer“ (5)

#### Zusatzfragen

„Wer trifft wichtige Entscheidungen (z.B. über Medikamente) im Rahmen der Behandlung?“

- Antwortformat: „nur Sie selbst“ (1) bis „nur Ihr Patient“ (5)

„Wie gut ist dieser Patient Ihrer Einschätzung nach zurzeit in der Lage, bei Entscheidungen bezüglich seiner Behandlung vernünftig mit zu entscheiden?“

- Antwortformat: „gar nicht“ (1) bis „sehr gut“ (6)

„Für wie krankheitseinsichtig halten Sie den Patienten derzeit?“

- Antwortformat: „gar nicht“ (1) bis „sehr gut“ (6)

## **4.5 Statistische Auswertung**

Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurde die Testendform des zu entwickelnden Fragebogens, der PatPart-39 zur Erfassung des Partizipationsverhaltens der Patienten, psychometrisch getestet. Anhand von Zusammenhangsmaßen wurde dann die Konstruktvalidität des Fragebogens überprüft und schließlich wurden Einflussfaktoren auf partizipatives Verhalten identifiziert.

Zur statistischen Auswertung wurden die Programme IBM SPSS Statistik (Version 21) und IBM SPSS AMOS (Version 21) verwendet.

### **4.5.1 Psychometrische Analysen**

Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse des ersten Teils der Studie hinsichtlich der Faktorenstruktur wurde mittels SPSS eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation gerechnet; ausgegangen wurde von der festgelegten Anzahl von 5 Faktoren.

Die daraus resultierende 5-Faktoren-Lösung wurde unter Heranziehen der Mustermatrix interpretiert und anschließend mit der 5-Faktoren-Lösung des ersten Teils der Studie kreuzvalidiert. Die Items des Fragebogens wurden dann nach Prinzipien der klassischen Testtheorie analysiert und selektiert.

Die Modell-Schätzung erfolgte mithilfe des Programmes Mplus unter Verwendung des WLSMV-Schätzers. Für die finale 3-Faktoren-Lösung mit ihren 19 Items wurde dann eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) mit Amos durchgeführt. So wurde das theoretisch aufgestellte Modell auf die Modellgüte getestet, wobei der Model Fit mittels CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error off Approximation) und WRMR (Weighted Root Mean Square Residual) überprüft wurde. Zudem wurde mittels Einzelfaktor-CFI jede Skala einzeln darauf getestet, ob sie eine latente Dimension testet.

Zur Überprüfung der Reliabilität wurden die Koeffizienten Cronbach's Alpha und Mc Donald Omega für die Skalen des revidierten Fragebogens berechnet.

#### **4.5.2 Konstruktvalidität**

Mit der Fragestellung, ob das Messinstrument PatPart-39 die Partizipationsbereitschaft und das Partizipationsverhalten der Patienten so abbildet, dass es mit bestehenden Definitionen und Theorien übereinstimmt, wurde die Konstruktvalidität überprüft. Hierzu wurde der Fragebogen PatPart-39 mit älteren, bereits validierten aber auch mit eigens neu entwickelten Fragebögen korreliert und verglichen.

Wir testeten dabei folgende zuvor aufgestellte Hypothesen:

- Da das Konzept SDM definitionsgemäß die Beteiligung von mindestens zwei Teilnehmern (Arzt und Patient) voraussetzt, gingen wir davon aus, dass patientenseitige partizipative Verhaltensweisen, erhoben mittels Patientenselbststrating (PatPart-39), mit der Wahrnehmung selbiger durch den jeweiligen Behandler korrelieren. Angewandt wurde hierzu die Fremdbeurteilungsvariante des Fragebogens PatPart.
- Beidseitige gute Kommunikation ist die Voraussetzung für das Gelingen einer partizipativen Entscheidungsfindung. Wir erwarteten daher eine enge Verknüpfung zwischen den kommunikativen Kompetenzen der Patienten, erhoben mittels KoKo-Fragebogen, und dem mittels PatPart-39 erhobenen Ausmaß der Patientenbeteiligung.
- Wir vermuteten eine Korrelation zwischen den Autonomiebestrebungen (API) und dem tatsächlichen Partizipationsverhalten der Patienten (PatPart-39).
- Es ist bekannt, dass SDM die Behandlungszufriedenheit sowie Behandlungsergebnisse verbessern kann (siehe Einleitung). Wir erwarteten daher einen positiven Einfluss von patientenseitigem Partizipationsverhalten (PatPart-39) zum einen auf die Behandlungszufriedenheit des Patienten und zum anderen auf die Bewertung des Arzt-Patienten-Kontaktes durch den Behandler.

- SDM kann die Behandlungcompliance des Patienten verbessern, weshalb wir einen positiven Einfluss von aktivem Patientenverhalten auf die medikamentöse Therapietreue erwarteten.

### **4.5.3 Einflussfaktoren auf die Patientenpartizipation**

Mögliche Einflüsse von Diagnose, Muttersprache, Geschlecht und Alter auf die Patientenpartizipation wurden, nach Dichotomisierung der Werte, anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungsdauer, der Krankheitsschwere, der Krankheitseinsicht, dem Krankheitskonzept, dem krankheitsbezogenen Wissen, dem Grad der Selbststigmatisierung, negativer psychiatrischer Vorerfahrungen sowie der Ausprägung von bestimmten Persönlichkeitsfaktoren und dem Partizipationsverhalten der Patienten wurden anhand von Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet.

Anhand eines Allgemeinen Linearen Modells, Multivariate Analyse, wurde unter anderem überprüft, ob der Schulabschluss, die Berufstätigkeit oder das aktuelle Behandlungssetting einen Einfluss auf die Patientenpartizipation haben könnten.

# 5 Ergebnisse

## 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Das Patientenkollektiv, welches insgesamt 329 Patienten umfasste, wurde an vier stationären (n=242) und zwei ambulanten psychiatrischen Einrichtungen (n=87) rekrutiert (siehe Tabelle 1). Die weiblichen Teilnehmer (187, 57%) waren in der Mehrzahl, der Altersdurchschnitt in der Gesamtstichprobe betrug 43,3 Jahre (SD=12,9). Die Gruppe der uni- und bipolar affektiv Erkrankten stellte mit ungefähr zwei Drittel der Patienten (n=203, 62%) das größere Patientenkollektiv dar, während die schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten (n=126, 38%) ungefähr ein Drittel der Probanden ausmachten.

**Tabelle 1:** Teilgenommene Einrichtungen

	<b>Untergruppe F2</b>	<b>Untergruppe F3</b>	<b>Patienten gesamt</b>
<b>Klinikum Rechts der Isar</b>			
• stationär	41	80	121
• ambulant	1	0	1
• OASE	17	1	18
<b>BKH Kaufbeuren</b>			
- stationär	8	22	30
<b>BKH Augsburg</b>			
- stationär	44	41	85
<b>Klinik Mengerschwaige</b>			
- stationär	1	5	6
<b>Zentrum für psychische Gesundheit</b>			
- ambulant	14	54	68

Einen Überblick über die soziodemographischen Daten der Teilnehmer gibt Tabelle 2. Während sich innerhalb der Patientengruppe mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Untergruppe F2) ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis zeigte, fanden sich bei den affektiv Erkrankten (Untergruppe F3) fast doppelt so häufig Teilnehmer weiblichen Geschlechts. Dieser Unterschied im Geschlechterverhältnis erwies sich als statistisch signifikant.

Das psychotisch erkrankte Patientengut wies einen signifikant um etwa drei Jahre niedrigeren Altersdurchschnitt im Vergleich zu den depressiv Erkrankten auf.

Die schizophren bzw. schizoaffektiv erkrankten Patienten unterschieden sich von den affektiv Erkrankten hinsichtlich ihres Berufsstatus insofern, als sie signifikant häufiger arbeitslos, berentet oder geschützt beschäftigt waren.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich zwischen den Diagnosegruppen hinsichtlich der Muttersprache und der Qualität des Schulabschlusses.

**Tabelle 2:** Soziodemographische Daten der Teilnehmer

	Untergruppe F2	Untergruppe F3	Patienten gesamt	Gruppenvergleich (Testwert und Signifikanz)
<b><u>Alter</u></b>	M= 41,6 (SD= 12,7)	M= 44,4 (SD= 12,9)	M= 43,3 (SD= 12,9)	T= -1,96 p= 0,05
<b><u>Geschlecht</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 5,91 p= 0,015
weiblich	61	126	187	
männlich	65	77	142	
<b><u>Muttersprache</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 0,009 p= 0,93
deutsch	91	148	239	
andere	34	54	88	
<b><u>Schulabschluss</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 7,17 p= 0,411
keiner	6	5	11	
Sonderschule	1	1	2	
Hauptschule qHSA	27	27	54	
Hauptschule mit qHSA	15	26	41	
Mittlere Reife	32	53	85	
(Fach-) Abitur	44	84	128	
Sonstiges	1	5	6	
<b><u>Berufstätigkeit</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 28,42 p< 0,001
berufstätig, Vollzeit	21	54	75	
berufstätig, Teilzeit	9	29	38	
berufstätig, gelegentlich	2	2	4	
Ausbildung/Umschulung/ReHa	10	19	29	
arbeitslos/Hartz IV	23	35	58	
berentet	43	39	82	
geschützt beschäftigt	11	2	13	
Sonstiges	7	22	29	

Tabelle 3 stellt die Krankheits- und behandlungsbezogene Daten der Teilnehmer dar. Hinsichtlich des Behandlungssettings unterschieden sich die Diagnosegruppen nicht signifikant.

Teilnehmer mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis gaben zum Großteil und signifikant häufiger als depressiv Erkrankte an, Erfahrung mit unfreiwilliger Behandlung zu haben.

Auch unterschieden sich die Diagnosegruppen statistisch signifikant hinsichtlich der subjektiv erlebten Freiwilligkeit bzw. Unfreiwilligkeit ihrer aktuellen Behandlung. Hierbei überwogen die psychotisch erkrankten Teilnehmer am Anteil derer, die ihre aktuelle psychiatrische Behandlung als teilweise oder völlig unfreiwillig erlebten.

Bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bestanden signifikant häufiger eine gesetzliche Unterbringung als Rechtsgrundlage bei aktueller Aufnahme sowie eine gesetzliche Betreuung als bei den affektiv erkrankten Patienten.

Ferner wies das psychotisch erkrankte Patientengut eine signifikant höhere Anzahl an stationären Aufenthalten wegen psychischer Erkrankung sowie eine längere Erkrankungsdauer als die affektiv erkrankten Teilnehmer auf.

**Tabelle 3:** Krankheits- und behandlungsbezogene Daten der Teilnehmer

	Untergruppe F2	Untergruppe F3	Patienten gesamt	Gruppenvergleich (Testwert und Signifikanz)
<b><u>Setting</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 0,413 p= 0,813
vollstationär	85	132	217	
teilstationär	8	15	23	
ambulant	30	84	84	
<b><u>Erfahrung von Unfreiwilligkeit</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 44,64 p< 0,001
ja	68	38	106	
nein	57	164	221	
<b><u>Freiwilligkeit, Patientensicht</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 6,13 p= 0,047
völlig freiwillig	98	167	265	
mehr od. weniger freiwillig	21	34	55	
unfreiwillig	7	2	9	
<b><u>Rechtsgrund bei Aufnahme</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 16,91 p< 0,001
freiwillig	95	147	242	
gesetzliche Unterbringung	14	1	15	
<b><u>Gesetzliche Betreuung</u></b>				Chi <sup>2</sup> = 34,12 p< 0,001
ja	36	12	48	
nein	84	189	273	
<b><u>Erkrankungsdauer</u></b> (in Jahren)	MD= 13,8 (SD= 10,2)	M= 11,6 (SD= 10,5)	M= 12,5 (SD= 10,4)	T= 1,816 p< 0,001
<b><u>Stationäre Aufenthalte</u></b>	M= 6,9 (SD= 8,9)	M= 2,5 (SD= 2,7)	M= 4,2 (SD= 6,3)	T= 5,40 p< 0,001

## 5.2 Verteilungsanalyse

Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung für die 39 Items der Testendform des Fragebogens PatPart-39. Die Itemformulierungen sind nummeriert und gemäß der Reihenfolge ihrer Darbietung im Fragebogen aufgeführt. Anwendung fand eine fünfstufige Likert-Skala von „nie“ = 1, „selten“ = 2, „gelegentlich“ = 3, „oft“ = 4 bis „immer“ = 5.

**Tabelle 4:** Verteilungskennwerte der Items des Fragebogens PatPart-39

Variablenbeschreibung	Mittelwert	Std.-Fehler des Mittelwerts	Median	Modus	Std.-Abweichung	Schiefe	Kurtosis
1. Ich berichte meinem Arzt meine Beschwerden so genau wie möglich.	4,39	0,042	5,00	5,00	0,763	-1,409	2,754
2. Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	4,43	0,048	5,00	5,00	0,864	-1,724	2,941
3. Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	4,34	0,043	5,00	5,00	0,781	-0,983	0,302
4. Ich halte Termine mit Ärzten pünktlich ein.	4,60	0,036	5,00	5,00	0,660	-1,607	1,985
5. Ich spreche es an, wenn ich mich von meinem Arzt nicht ernst genommen fühle.	3,60	0,074	4,00	5,00	1,342	-0,538	-0,945
6. Ich informiere mich im Internet über meine Erkrankung.	2,57	0,081	2,00	1,00	1,464	0,367	-1,281
7. Ich tausche mich mit anderen Patienten über meine Erkrankung aus.	2,84	0,062	3,00	3,00	1,122	-0,024	-0,821
8. Wenn ich von anderen Ärzten Vorberichte über mich habe, bringe ich sie meinem Arzt mit.	3,90	0,073	4,00	5,00	1,312	-0,936	-0,363
9. Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein.	4,67	0,035	5,00	5,00	0,619	-2,019	4,067
10. Ich schreibe mir vor dem Arztgespräch Fragen an den Arzt auf.	2,24	0,067	2,00	1,00	1,220	0,617	-0,707
11. Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	3,62	0,059	4,00	4,00	1,070	-0,612	-0,101

12. Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	3,87	0,059	4,00	4,00	1,071	-0,780	-0,065
13. Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.	4,13	0,057	4,00	5,00	1,029	-1,296	1,288
14. Ich zwinge mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.	3,81	0,056	4,00	4,00	1,017	-0,787	0,153
15. Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	4,05	0,053	4,00	5,00	0,958	-0,784	-0,050
16. Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.	3,22	0,073	3,00	3,00	1,320	-0,221	-1,015
17. Ich lese die Beipackzettel meiner Medikamente genau durch.	3,22	0,078	3,00	5,00	1,416	-0,201	-1,264
18. Ich überlege mir schon vor den Arztgesprächen, was ich ansprechen möchte.	3,75	0,061	4,00	4,00	1,099	-0,915	0,339
19. Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.	3,43	0,061	4,00	4,00	1,097	-0,374	-0,580
20. Ich informiere mich in Büchern über meine Erkrankung.	2,55	0,070	2,00	1,00	1,256	0,319	-0,977
21. Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.	2,97	0,073	3,00	4,00	1,313	-0,044	-1,138
22. Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	3,55	0,064	4,00	4,00	1,147	-0,407	-0,710
23. Ich berichte meinem Arzt, wenn ich seinen Empfehlungen nicht gefolgt bin.	3,78	0,062	4,00	4,00	1,117	-0,641	-0,476
24. Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.	4,30	0,047	4,00	5,00	0,851	-1,343	1,859
25. Ich berichte von selbst, wenn sich an meinem Befinden etwas ändert.	4,37	0,041	5,00	5,00	0,747	-0,976	0,370
26. Ich sage es, wenn mich die Therapie überfordert.	3,93	0,058	4,00	5,00	1,051	-0,811	-0,014
27. Ich nehme Angehörige als Unterstützung mit zu Arztgesprächen.	2,11	0,063	2,00	1,00	1,140	0,736	-0,441
28. Ich schreibe mir auf, wie einzelne Medikamente bei mir gewirkt haben.	1,70	0,059	1,00	1,00	1,064	1,462	1,136
29. Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.	3,29	0,073	3,00	4,00	1,310	-0,234	-1,081
30. Ich sage meinem Arzt, was ich selbst für die Ursache meiner Beschwerden halte.	3,67	0,061	4,00	4,00	1,098	-0,626	-0,234

31. Ich weiß über meine aktuellen Medikamente ganz genau Bescheid.	3,76	0,064	4,00	5,00	1,137	-0,638	-0,431
32. Ich frage meinen Arzt, was er für die Ursache meiner Beschwerden hält.	3,61	0,068	4,00	4,00	1,225	-0,596	-0,635
33. Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.	3,42	0,068	4,00	4,00	1,221	-0,461	-0,733
34. Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.	3,37	0,060	3,50	4,00	1,085	-0,408	-0,436
35. Ich berichte von mir aus, welche Behandlungen mir geholfen haben und welche nicht.	4,07	0,055	4,00	5,00	,990	-0,940	0,284
36. Ich halte mich auch an die Empfehlungen meines Arztes, die nichts mit der Einnahme von Medikamenten zu tun haben.	3,93	0,049	4,00	4,00	,884	-0,750	0,530
37. Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.	3,71	0,058	4,00	4,00	1,044	-0,711	0,079
38. Ich beschwere mich bei meinem Arzt, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin.	3,49	0,069	4,00	5,00	1,253	-0,376	-0,891
39. Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.	3,92	0,051	4,00	4,00	,924	-0,925	1,004

In der Tabelle 4 sind jeweils Minimum und Maximum nicht aufgeführt, da diese für alle Items gleich sind. Die Werte für das Minimum sind „1“ und für das Maximum „5“.

Der Range der Items lag, abgesehen von den Items 3, 5, 10 und 32, bei „4“, was bedeutet, dass zumeist die ganze Breite der Antwortkategorien ausgenutzt wurde.

Es zeigt sich, dass die Items zum größten Teil einen Mittelwert von >3 haben und somit im testtheoretischen Sinn leicht sind. Das bedeutet, dass die meisten Patienten das abgefragte partizipative Verhalten im Sinne des erfassten Konstruktes, nämlich SDM, beantwortet haben, indem sie mit „gelegentlich“ (3), „oft“ (4) oder „immer“ (5) antworteten. Deutlich seltener sind die Antworten „nie“ (1) und „selten“ (2).

Nahezu alle Items weisen eine linksschiefe Verteilung (Schiefe<0) auf, es liegen also mehr Antworten oberhalb des Mittelwertes als darunter.

Hinsichtlich der Kurtosis zeigen sich sowohl steil- (Kurtosis>0) als auch flachgipflige (Kurtosis<0) Verteilungen.

Zur Prüfung der Annahme der Normalverteilung wurde der Kolmogoroff-Smirnov-Test durchgeführt, welcher ergab, dass für alle Items die Nullhypothese zurückgewiesen werden muss, also alle Items signifikant von einer Normalverteilung abweichen ( $p=0,000$ ; 2-seitig).

## 5.3 Auswertung der Faktorenanalysen

Nachdem im ersten Teil der Studie die durchgeführte Parallelanalyse (Hauptkomponentenanalyse, 95% Percentile der zufälligen Eigenwerte als Cut-off-Kriterium) sowie eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation mittels SPSS für die beiden Diagnosegruppen jeweils die gleiche Anzahl von 5 inhaltlich sehr ähnlichen Faktoren ergeben hatte, war entschieden worden, nur eine Faktorenlösung für den Gesamtdatensatz zu verwenden. Daher entschieden wir uns auch in dieser Untersuchung zu einer gemeinsamen Faktorenlösung für die beiden Diagnosegruppen Depression und Schizophrenie und hatten so die Möglichkeit zur Kreuzvalidierung.

### 5.3.1 Exploratorische Faktorenanalyse

Die 5-Faktorenlösung als Ergebnis der explorativen Hauptkomponentenanalyse ist mit den Ladungsgewichten auf den jeweiligen Hauptfaktor aus der Mustermatrix in Tabelle 5 abgebildet.

**Tabelle 5:** 5-Faktorenlösung

Item Nr.	Itemformulierung	Faktor 1 Ladungen	Faktor 2 Ladungen	Faktor 3 Ladungen	Faktor 4 Ladungen	Faktor 5 Ladungen
1	Ich berichte meinem Arzt meine Beschwerden so genau wie möglich.	0,860				
2	Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	0,838				
3	Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	0,801				
15	Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	0,544				

12	Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	0,527				
27	Ich nehme Angehörige als Unterstützung mit zu Arztgesprächen.	-0,439				
11	Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	0,362				
22	Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	0,348				
29	Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.		0,839			
38	Ich beschwere mich bei meinem Arzt, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin		0,733			
16	Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.		0,586			
21	Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.		0,562			
34	Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.		0,524			
33	Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.		0,515			
5	Ich spreche es an, wenn ich mich von meinem Arzt nicht ernst genommen fühle.		0,507			
26	Ich sage es, wenn mich die Therapie überfordert.		0,477			
30	Ich sage meinem Arzt, was ich selbst für die Ursache meiner Beschwerden halte.		0,457			
19	Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.		0,373			
35	Ich berichte von mir aus, welche Behandlungen mir geholfen haben und welche nicht.		0,283			
32	Ich frage meinen Arzt, was er für die Ursache meiner Beschwerden hält.		0,272			
13	Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.			0,676		
24	Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.			0,660		

39	Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.			0,524		
37	Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.			0,514		
18	Ich überlege mir schon vor den Arztgesprächen, was ich ansprechen möchte.			0,447		
25	Ich berichte von selbst, wenn sich an meinem Befinden etwas ändert.			0,414		
36	Ich halte mich auch an die Empfehlungen meines Arztes, die nichts mit der Einnahme von Medikamenten zu tun haben.			0,349		
14	Ich zwinge mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.			0,319		
23	Ich berichte meinem Arzt, wenn ich seinen Empfehlungen nicht gefolgt bin.			0,277		
20	Ich informiere mich in Büchern über meine Erkrankung.				0,768	
6	Ich informiere mich im Internet über meine Erkrankung.				0,699	
31	Ich weiß über meine aktuellen Medikamente ganz genau Bescheid.				0,557	
17	Ich lese die Beipackzettel meiner Medikamente genau durch.				0,485	
7	Ich tausche mich mit anderen Patienten über meine Erkrankung aus.				0,370	
10	Ich schreibe mir vor dem Arztgespräch Fragen an den Arzt auf.					0,598
9	Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein.					0,587
28	Ich schreibe mir auf, wie einzelne Medikamente bei mir gewirkt haben.					0,502
4	Ich halte Termine mit Ärzten pünktlich ein.					0,449
8	Wenn ich von anderen Ärzten Vorberichte über mich habe, bringe ich sie meinem Arzt mit.					0,407

Durch Kreuzvalidierung der in Tabelle 5 abgebildeten 5-Faktorenlösung mit der 5-Faktorenlösung aus dem ersten Teil der Studie (Bernd, 2014) fielen Item 4 („Ich halte Termine mit Ärzten pünktlich ein“), Item 5 („Ich spreche es an, wenn ich mich von meinem Arzt nicht ernst genommen fühle“), Item 7 („Ich tausche mich mit anderen Patienten über meine Erkrankung aus“), Item 8 („Wenn ich von anderen Ärzten Vorberichte über mich habe, bringe ich sie meinem Arzt mit“), Item 9 („Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein“), Item 18 („Ich überlege mir schon vor den Arztgesprächen, was ich ansprechen möchte“), Item 23 („Ich berichte meinem Arzt, wenn ich seinen Empfehlungen nicht gefolgt bin“), Item 25 („Ich berichte von selbst, wenn sich an meinem Befinden etwas ändert“), Item 26 („Ich sage es, wenn mich die Therapie überfordert“), Item 27 („Ich nehme Angehörige als Unterstützung mit zu Arztgesprächen“), Item 30 („Ich sage meinem Arzt, was ich selbst für die Ursache meiner Beschwerden halte“), Item 32 („Ich frage meinen Arzt, was er für die Ursache meiner Beschwerden hält“) und Item 35 („Ich berichte von mir aus, welche Behandlungen mir geholfen haben und welche nicht“) raus.

Die konfirmatorischen Faktorenlösungen (siehe 5.3.2) ergaben zudem einen korrelierten Fehler zwischen Item 1 („Ich berichte meinem Arzt meine Beschwerden so genau wie möglich“) mit jeweils den Items 2 („Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre“) und 3 („Ich sage offen, wo ich Probleme habe“), weshalb Item 1 ebenfalls eliminiert wurde.

Der Faktor 5 bestand nach der Kreuzvalidierung nur noch aus den zwei Items 10 („Ich schreibe mir vor dem Arztgespräch Fragen an den Arzt auf“) und 28 („Ich schreibe mir auf, wie einzelne Medikamente bei mir gewirkt haben“) und wurde daher aufgrund fehlender Interpretierbarkeit und fehlender Berechenbarkeit ausgeschlossen.

Die statistischen wie auch die inhaltlichen Analysen ergaben zudem, dass Faktor 4 bestehend aus den Items 20 („Ich informiere mich in Büchern über meine Erkrankung“), 6 („Ich informiere mich im Internet über meine Erkrankung“), 31 („Ich weiß über meine aktuellen Medikamente ganz genau Bescheid“) und 17 („Ich lese die Beipackzettel meiner Medikamente genau durch“), ein anderes Konstrukt als SDM, nämlich Informationsakquise als Vorbereitung auf/ Voraussetzung für SDM und nicht SDM an sich misst, weshalb er ebenfalls entfernt wurde.

Der Übersichtlichkeit halber sowie zum besseren inhaltlichen Verständnis wird im Folgenden die finale 3-Faktorenlösung mit ihren insgesamt 19 Items, welche nach inhaltlicher und statistischer Analyse des Ergebnisses der explorativen Hauptkomponentenanalyse übriggeblieben waren, anhand der Mustermatrix mit den jeweiligen Ladungsgewichten der Items auf ihren Faktor dargestellt:

**Faktor 1: Aktive krankheitsbezogene Kommunikation- AKT (siehe Tabelle 6)**

Dieser Faktor beschreibt anhand von 6 Items aktive und krankheitsbezogene Kommunikation von Seiten des Patienten. Abgebildet wird offenes, ehrliches und proaktives Gesprächsverhalten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Patient berichtet von seinen Beschwerden, fragt aber auch nach und macht klar, was er von der Behandlung erwartet.

**Tabelle 6:** Mustermatrix Faktor 1

<b>Item-Nr.</b>	<b>Itemformulierung</b>	<b>Faktorladung</b>
2	Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	0,838
3	Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	0,801
15	Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	0,544
12	Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	0,527
11	Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	0,362
22	Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	0,348

**Faktor 2: Kritische Kooperation- KRI (siehe Tabelle 7)**

Insgesamt 7 Items beschreiben hier kritisches, mündiges, eigenverantwortliches und durchsetzungsstarkes Handeln des Patienten im Rahmen seiner Behandlung. Die Therapie wird aktiv mitgestaltet. Unstimmigkeiten werden direkt angesprochen, evtl. wird auch eine Zweitmeinung eingeholt oder der Arzt gewechselt.

**Tabelle 7:** Mustermatrix Faktor 2

Item-Nr.	Itemformulierung	Faktorladung
29	Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.	0,839
38	Ich beschwere mich bei meinem Arzt, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin	0,733
16	Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.	0,586
21	Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.	0,562
34	Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.	0,524
33	Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.	0,515
19	Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.	0,373

**Faktor 3: Adhärenz in Kommunikation und Therapie- ADH (siehe Tabelle 8)**

Dieser Faktor beschreibt mit 6 Items höfliches, aufgeschlossenes und kompromissbereites Patientenverhalten, dem Arzt und der Behandlung gegenüber. Der Patient zeigt sich geduldig und compliant.

**Tabelle 8:** Mustermatrix Faktor 3

Item-Nr.	Itemformulierung	Faktorladung
13	Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.	0,676
24	Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.	0,660
39	Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.	0,524
37	Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.	0,514
36	Ich halte mich auch an die Empfehlungen meines Arztes, die nichts mit der Einnahme von Medikamenten zu tun haben.	0,349
14	Ich zwinge mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.	0,319

Zur Darstellung der Häufigkeiten patientenseitiger Handlungen im Prozess des SDM zeigt die Tabelle 9 die Mittelwerte und die erreichte Minimal- und Maximalpunktzahl der jeweiligen Skalen des endgültigen Fragebogens:

**Tabelle 9:** Mittelwerte der Skalen des PatPart in aufsteigender Reihenfolge

Skala	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz
<b>KRI</b> Kritische Kooperation	5	35	22,97	5,693	32,41
<b>ADH</b> Adhärenz in Kommunikation und Therapie	10	30	23,57	3,414	11,66
<b>AKT</b> Aktive krankheitsbezogene Kommunikation	9	30	23,68	4,134	17,09

### 5.3.2 Konfirmatorische Faktorenanalyse

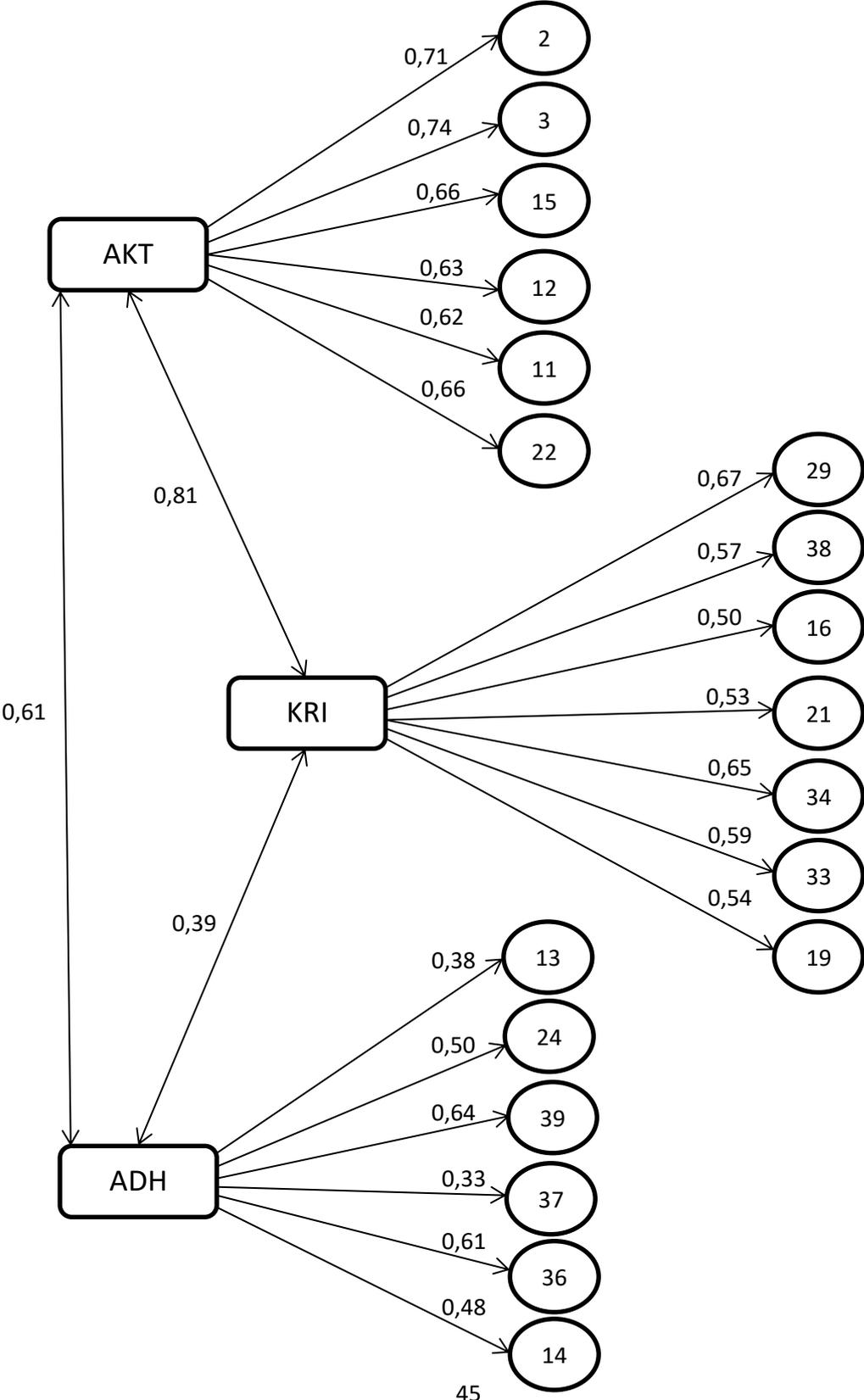
Zur empirischen Absicherung der Messmodelle wurden konfirmatorische Faktorenanalysen durchgeführt. Die in Tabelle 10 aufgeführten Kennwerte für die Modellpassung, die sogenannten „Fit-Indizes“, weisen darauf hin, dass der Model Fit sowohl des Gesamt-Modells wie auch der einzelnen Faktoren grenzwertig gut ist (Hu, Bentler, 1998).

**Tabelle 10:** Fit-Indizes

		Freiheitsgrade	Chi-Quadrat-Test	Chi-Quadrat-Test p-Wert	CFI	WRMR	RMSEA
<b>Gesamt-Modell</b>		149	302,513	p < 0,001	0,937	1,030	0,060
<b>Faktor 1 AKT</b>	tau-kon	9	18,284	p = 0,032	0,989	0,486	0,060
	ess tau-äqu	14	43,629	p < 0,001	0,965	0,956	0,086
	Differenz	5	25,345	p < 0,001			
<b>Faktor 2 KRI</b>	tau-kon	14	47,184	p < 0,001	0,958	0,802	0,091
	ess tau-äqu	20	45,944	p < 0,001	0,967	0,934	0,067
	Differenz	6	1,24	p < 0,001			
<b>Faktor 3 ADH</b>	tau-kon	9	18,033	p = 0,035	0,969	0,570	0,059
	ess tau-äqu	14	33,896	p = 0,002	0,931	0,909	0,070
	Differenz	5	15,863	p < 0,001			

In Abbildung 1 ist das mittels MPLus und WLSMV-Schätzer gewonnene Ergebnis der Konfirmatorischen Faktorenanalyse mit den standardisierten Ladungsgewichten als Pfaddiagramm dargestellt:

**Abbildung 1:** Ergebnis der Konfirmatorischen Faktorenanalyse



Aus Abbildung 1 wird ersichtlich, dass die Faktorladungen bei den Faktoren AKT und KRI alle über 0,50 liegen, wohingegen die niedrigste Faktorladung bei ADH 0,33 beträgt. Die Faktorinterkorrelationen liegen zwischen 0,39 und 0,81.

## 5.4 Ergebnis der Reliabilitätsanalyse

Zur Reliabilitätsschätzung wurden mehrere Konsistenzkoeffizienten berechnet: Cronbachs- $\alpha$ , welches angibt, wie eng die Items einer Skala miteinander in Beziehung stehen (Cronbach, 1951), kann nur bei essenziell tau-äquivalenten Modellen zur Schätzung der internen Konsistenz verwendet werden und wurde somit, wie in Tabelle 11 mittels Chi-Quadrat-Differenztest in Abhängigkeit von den Freiheitsgraden dargestellt, nur beim Faktor KRI berechnet.

Bei den Faktoren AKT und ADH hingegen waren die Messungen essenziell tau-kongenerisch, weshalb hier McDonald Omega berechnet wurde (McDonald, P., 1981). Die Ergebnisse, unter anderem der Reliabilitätsschätzung, sind in Tabelle 11 dargestellt:

**Tabelle 11:** Faktorreliabilität, Inter-Item-Korrelation und Item-Skalen-Korrelation

Skala	Anzahl Items	Faktorreliabilität	Inter-Item-Korrelation		Item-Skalen-Korrelation	
			M	Min.-Max.	M	Min.-Max.
<b>AKT</b> (n=317)	6	Mc Donald Omega: <b>0,85</b>	0,39	0,27-0,49	0,69	0,62-0,71
<b>KRI</b> (n=319)	7	Cronbachs- $\alpha$ : <b>0,76</b>	0,31	0,19-0,50	0,63	0,57-0,69
<b>ADH</b> (n=316)	6	Mc Donald Omega: <b>0,67</b>	0,19	0,09-0,27	0,54	0,46-0,57

Tabelle 11 zeigt, dass die Reliabilitätskoeffizienten bei den Skalen AKT und KRI akzeptabel bis gut sind, während McDonald Omega bei der Skala ADH grenzwertig ist. Die innere Konsistenz und somit die Reliabilität der Skalen lässt sich insgesamt als ausreichend gut bezeichnen.

Zudem wird aus der Tabelle 11 ersichtlich, dass die mittlere Inter-Item-Korrelation der Skalen zwischen 0,19 (ADH) und 0,39 (AKT) und die mittlere Item-Skalen-Korrelation zwischen 0,54 (ADH) und 0,69 (AKT) liegt.

Tabelle 12 führt die Korrelationen der Skalensummenwerte auf, wobei sich unterschiedlich starke Korrelationen zwischen den Skalen zeigen. Die Skalen KRI und ADH korrelieren nur gering miteinander ( $r=0,19$ ), während die Kategorie AKT hoch mit KRI korreliert ( $r= 0,59$ ).

**Tabelle 12: Korrelationen der Skalensummenwerte**

	KRI	ADH
AKT	0,59**	0,33**
KRI		0,19**

\*\*Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

## 5.5 Itemschwierigkeit und Trennschärfe

### 5.5.1 Itemschwierigkeit

Der Schwierigkeitsindex ist ein Maß dafür, wie viele Probanden das Item in Schlüsselrichtung angekreuzt haben, was inhaltlich in unserem Fall bedeutet, wie viele Personen angaben, sich aktiv an der partizipativen Entscheidungsfindung zu beteiligen. Je mehr Probanden das Item in Schlüsselrichtung ankreuzen, umso höher ist der Schwierigkeitsindex und umso „leichter“ ist ein Item.

Aus Tabelle 13 wird eine große Schwankungsbreite hinsichtlich der Schwierigkeitsindices ersichtlich, die Werte liegen zwischen 17,50 und 91,75. Als sehr „leicht“ sind die Items 4 und 9 festzuhalten. Für die Selektion von Items aufgrund ihres Schwierigkeitsindex gibt es keine allgemeingültigen Regeln, weshalb wir zugunsten der Inhaltsvalidität darauf verzichteten, Items aufgrund ihres Schwierigkeitsindex auszuschließen.

**Tabelle 13:** Schwierigkeitsindices (P) der Items

Item- Nummer	P	Item- Nummer	P	Item- Nummer	P	Item- Nummer	P
1	84,75	11	65,50	21	49,25	31	69,00
2	85,75	12	71,75	22	63,75	32	65,25
3	83,50	13	78,25	23	69,50	33	60,50
4	90,00	14	70,25	24	57,50	34	59,25
5	65,00	15	76,25	25	84,25	35	76,75
6	39,25	16	55,50	26	73,25	36	73,25
7	46,00	17	55,50	27	27,75	37	67,75
8	72,50	18	68,75	28	17,50	38	62,25
9	91,75	19	60,75	29	57,25	39	73,00
10	31,00	20	38,75	30	66,75		

### 5.5.2 Trennschärfe

Nach Festlegung der Skalenzuordnung konnte die Analyse der Trennschärfen erfolgen, welche in Tabelle 14 aufgeführt sind. Die Trennschärfe gibt an, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt und wurde über eine Produkt-Moment-Korrelation des Items mit dem Wert der Skala, zu der das Item gehören soll, berechnet. Außer den Items 14 und 37 der Skala ADH weisen alle Items bessere Trennschärfen als 0,30 auf. Hohe positive Trennschärfen >0,40 finden sich durchgehend bei den Items der Skalen AKT und KRI. Je höher der Wert, desto besser repräsentiert dieses Item die Skala, zu der es gehört.

**Tabelle 14:** Korrigierte Trennschärfe ( $r_{it}$ ) der PatPart-19-Items

AKT Aktive krankheitsbezogene Kommunikation		KRI Kritische Kooperation		ADH Adhärenz in Kommunikation und Therapie	
Item-Nr.	$r_{it}$	Item-Nr.	$r_{it}$	Item-Nr.	$r_{it}$
2	0,53	16	0,44	13	0,30
3	0,62	19	0,47	14	0,23
11	0,44	21	0,46	24	0,36
12	0,57	29	0,55	36	0,32
15	0,58	33	0,41	37	0,27
22	0,53	34	0,50	39	0,40
		38	0,53		

## 5.6 Differential Item Functioning (DIF)

Im Rahmen von Rasch-basierten DIF-Analysen wurde untersucht, ob die Items für unterschiedliche Gruppen unterschiedliche Schwierigkeitsparameter liefern, was ein Hinweis auf DIF wäre. Zur Auswahl des passenden Modells wurden die Informationskriterien BIC und CAIC herangezogen. Wie in den Tabellen 15-17 ersichtlich, kann für alle drei Skalen mit ihren insgesamt 19 Items DIF ausgeschlossen werden. Das Modell „Number of classes: 1“ hat durchgehend die niedrigeren BIC- und CAIC-Werte im Vergleich.

**Tabelle 15:** Informationskriterien bzgl DIF, Skala AKT

	<b>Number of classes: 1</b>	<b>Number of classes: 2</b>	<b>Number of classes: 3</b>
<b>BIC</b>	4661,64	4732,16	4940,16
<b>CAIC</b>	4708,64	4825,16	5079,16

**Tabelle 16:** Informationskriterien bzgl DIF, Skala KRI

	<b>Number of classes: 1</b>	<b>Number of classes: 2</b>	<b>Number of classes: 3</b>
<b>BIC</b>	6742,79	6749,19	6960,78
<b>CAIC</b>	6779,79	6858,19	7123,78

**Tabelle 17:** Informationskriterien bzgl DIF, Skala ADH

	<b>Number of classes: 1</b>	<b>Number of classes: 2</b>	<b>Number of classes: 3</b>
<b>BIC</b>	4896,18	4998,71	5189,58
<b>CAIC</b>	4943,18	5091,71	5328,58

## 5.7 Berechnung der Konstruktvalidität

Der Prozess der Inhaltsvalidierung hatte bereits im ersten Teil der Studie bei der Itementwicklung mittels Literaturrecherche, Experteninterviews und semi-strukturierter, leitfadenbasierter Interviews und Fokusgruppen begonnen (Bernd, 2014). Auch bei den weiteren Analysen und im Rahmen der Itemselektion auf Basis faktorenanalytischer Verfahren wurde stets der Fokus auf die Inhaltsvalidität gelegt. Im Folgenden wird nunmehr vor allem auf die Konstruktvalidität eingegangen, welche Schwerpunkt dieser Untersuchung

war. Die Berechnung erfolgte anhand der Überprüfung der Übereinstimmung mit bestehenden theoretischen Annahmen und Konstruktdefinitionen zum Thema SDM:

### 5.7.1 Kommunikationskompetenzen und Patientenpartizipation

Tabelle 18 zeigt die Korrelationen zwischen den kommunikativen Kompetenzen der Patienten, erhoben mittels KoKo-Fragebogen, und den patientenseitigen Beiträgen zum Gelingen von SDM (PatPart). Inhaltlich gibt es viele Überschneidungen zwischen den je drei Skalen der Fragebögen, was sich durch mittelstarke hochsignifikante Korrelationen zwischen den jeweils entsprechenden Skalen bestätigt. Es korrelieren allerdings nicht allein die inhaltlich klar korrespondierenden Skalen (AKT- Aktive und krankheitsbezogene Kommunikation, KRI- Kritische und partizipative Kommunikation, ADH- Adhärenz in der Kommunikation) sondern auch die Skalen AKT und Kritische und partizipative Kommunikation mittelstark miteinander. Aufgrund der inhaltlich großen Überschneidungen der beiden Messinstrumente lässt sich die Gültigkeit der Konstruktvalidität bestätigen.

**Tabelle 18:** Korrelationen von PatPart mit KoKo

<b>Skala</b>	<b>KOKO</b> Adhärenz in der Kommunikation	<b>KOKO</b> Kritische und partizipative Kommunikation	<b>KOKO</b> Aktive und krankheitsbezogene Kommunikation
<b>PatPart</b> AKT	0,384 <sup>***</sup>	0,573 <sup>***</sup>	<b>0,506<sup>***</sup></b>
<b>PatPart</b> KRI	0,118 <sup>*</sup>	<b>0,592<sup>***</sup></b>	0,365 <sup>***</sup>
<b>PatPart</b> ADH	<b>0,403<sup>***</sup></b>	0,061	0,083

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

\*\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant

### 5.7.2 Patientenpartizipation und die Sicht des Behandlers

Patientenseitige partizipative Verhaltensweisen, erhoben mittels Patientenselbstrating PatPart-39 korrelieren zwar signifikant aber nur schwach mit der Wahrnehmung selbiger durch den jeweiligen Behandler, wie Tabelle 19 zeigt.

**Tabelle 19:** Korrelationen von PatPart mit Wahrnehmung durch Behandler

Skala	PatPart	PatPart	PatPart
	AKT	KRI	ADH
Der Patient kommuniziert offen.	<b>0,141</b> **	0,028	0,037
Der Patient kommuniziert aktiv.	<b>0,216</b> ***	0,101	0,030
Der Patient verhält sich kritisch.	<i>0,186</i> ***	<b>0,163</b> **	-0,003
Der Patient ist höflich.	-0,024	-0,090	<b>0,146</b> **
Der Patient ist compliant.	0,019	<b>-0,141</b> **	<b>0,166</b> **
Der Patient bereitet sich vor.	<b>0,209</b> ***	<b>0,121</b> *	0,001
Der Patient setzt sich mit der Erkrankung auseinander.	<b>0,230</b> ***	<b>0,157</b> **	0,055
Der Patient informiert sich.	<b>0,278</b> ***	<b>0,201</b> ***	0,020

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

\*\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant

### 5.7.3 Autonomiepräferenzen und Patientenpartizipation

Korrelationen zwischen den Autonomiebestrebungen (Summenwert API) und dem tatsächlichen Partizipationsverhalten der Patienten (PatPart-39) zeigt Tabelle 20. Eine signifikante positive Korrelation zeigt sich zwischen den Autonomiebestrebungen und kritisch-kooperativem Verhalten (KRI), wohingegen adhärentes Verhalten in Kommunikation und Therapie (ADH) negativ mit höheren Autonomiewünschen korreliert.

**Tabelle 20:** Korrelationen von PatPart mit API-Summenwert

Skala	PatPart	PatPart	PatPart
	AKT	KRI	ADH
<b>API</b>	-0,040	<b>0,224</b> ***	<b>-0,176</b> ***

\*\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant

### 5.7.4 Patientenpartizipation und Behandlungszufriedenheit

Tabelle 21 zeigt, wie partizipatives Patientenverhalten mit Behandlungszufriedenheit korreliert. Während sich bei der Skala Kritische Kooperation (KRI) keine Korrelation zeigt, korrelieren aktive krankheitsbezogene Kommunikation und auch Adhärenz in Kommunikation und Therapie zwar schwach aber signifikant mit der Zufriedenheit des Patienten mit den Arztgesprächen, den Medikamenten und der Behandlung insgesamt wie auch mit dem Vertrauen in den behandelnden Arzt.

**Tabelle 21:** Korrelationen von PatPart mit Behandlungszufriedenheit

Skala	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH
Wie zufrieden sind Sie mit den Arztgesprächen hier auf Station?	<b>0,261</b> ***	0,039	<b>0,152</b> **
Wie zufrieden sind Sie im Moment mit ihren Medikamenten?	<i>0,242</i> ***	0,058	<b>0,182</b> ***
Wie zufrieden Sie momentan mit der Behandlung insgesamt?	<b>0,253</b> ***	0,028	<b>0,145</b> **
Wie sehr vertrauen Sie Ihrem jetzigen Arzt/ Ihrer jetzigen Ärztin?	<b>0,291</b> ***	0,045	<b>0,186</b> ***

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

\*\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,001 (2-seitig) signifikant

### 5.7.5 Patientenpartizipation und die Bewertung des Arzt-Patienten-Kontaktes durch den Behandler

Tabelle 22 zeigt eine schwache Korrelation zwischen Adhärenz in Kommunikation und Therapie (ADH) und einer positiveren Bewertung des Arzt-Patient-Kontaktes durch den Arzt.

**Tabelle 22:** Korrelationen von PatPart mit medikamentöser Adhärenz sowie Bewertung der Compliance durch Arzt

Skala	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH
<b>DDPRQ</b>	-0,027	0,043	<b>-0,130</b> *

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

### 5.7.6 Patientenpartizipation und Behandlungsdhärenz

Tabelle 23 zeigt, dass zwischen der vom Patienten und der vom Arzt geschilderten Compliance hinsichtlich der Medikation eine signifikante Korrelation besteht, ebenso wie zwischen der Skala ADH jeweils mit dem MAQ- Summenwert und der Compliance laut Arzteinschätzung. Zudem korreliert die Skala AKT positiv mit dem MAQ-Summenwert.

**Tabelle 23:** Korrelationen von PatPart mit DDPHQ-Summenwert

<b>Skala</b>	<b>PatPart AKT</b>	<b>PatPart KRI</b>	<b>PatPart ADH</b>	<b>Compliance laut Arzt</b>
<b>MAQ</b>	0,124 <sup>*</sup>	-0,032	<b>0,191<sup>**</sup></b>	<b>0,208<sup>**</sup></b>
<b>Compliance laut Arzt</b>	0,025	-0,136 <sup>*</sup>	<b>0,180<sup>**</sup></b>	

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

## 5.8 Einflussfaktoren auf die Patientenpartizipation

### 5.8.1 Soziodemographische Daten

#### 5.8.1.1 Einfluss des Geschlechts auf die Patientenpartizipation

Wie Tabelle 24 zeigt hat das Geschlecht der Patienten keinen signifikanten Einfluss auf die Patientenpartizipation- weder auf das Gesamtergebnis des PatPart-19, noch auf die einzelnen Skalen.

**Tabelle 24:** Mittelwertsvergleiche des Geschlechts in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Geschlecht (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	w	m			
<b>AKT</b>	23,43	24,02	-1,291	327	0,198
<b>KRI</b>	23,03	22,89	0,209	327	0,835
<b>ADH</b>	23,57	23,56	0,042	327	0,967
<b>PatPart-19</b>	70,03	70,47	-0,389	327	0,697

#### 5.8.1.2 Einfluss des Alters auf die Patientenpartizipation

Um den Einfluss des Alters auf das Partizipationsverhalten der Patienten zu untersuchen wurde das Alter dichotomisiert nach 1 < 50 und 2 ≥ 50 Jahre und dann ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Tabelle 25 zeigt, dass die älteren Patienten ≥50 Jahre signifikant höhere Werte bei der Aktiven krankheitsbezogenen Kommunikation erreichen als die Jüngeren.

**Tabelle 25:** Mittelwertsvergleiche des Alters in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Alter (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	<50	≥50			
<b>AKT</b>	23,29	24,39	2,327	327	<b>0,021</b>
<b>KRI</b>	23,08	22,77	-0,474	327	0,636
<b>ADH</b>	23,30	24,05	1,926	327	0,055
<b>PatPart-19</b>	69,67	71,21	1,308	327	0,192

### 5.8.1.3 Einfluss der Muttersprache auf die Patientenpartizipation

Die Muttersprache hat, wie Tabelle 26 zeigt, keinen Einfluss auf die Patientenpartizipation.

**Tabelle 26:** Mittelwertsvergleiche der Muttersprache in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Muttersprache (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	Deutsch	Andere			
<b>AKT</b>	23,57	24,07	-0,974	325	0,331
<b>KRI</b>	22,82	23,56	-0,926	127,155	0,356
<b>ADH</b>	23,68	23,25	1,002	325	0,317
<b>PatPart-19</b>	70,07	70,88	-0,631	325	0,528

### 5.8.1.4 Einfluss der Schulbildung auf die Patientenpartizipation

Die Schulbildung wurde dichotomisiert nach 1 < 10 Jahre Schulbildung bzw. geringer Schulabschluss als Mittlere Reife und 2 ≥ 10 Jahre Schulbildung bzw. mindestens Abschluss der Mittleren Reife. Dann wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, wobei wie in Tabelle 27 zu sehen, Patienten mit einer höheren Schulbildung insgesamt signifikant höhere Werte im PatPart-19 erzielten. Zudem hatte die Höhe des Schulabschlusses einen hochsignifikanten Einfluss auf das kritisch-kooperative Verhalten der Patienten (KRI).

**Tabelle 27:** Mittelwertsvergleiche des Schulabschlusses in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Schulbildung (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	<10 Jhr.	≥10 Jhr.			
<b>AKT</b>	23,37	22,82	0,918	325	0,360
<b>KRI</b>	21,47	23,66	3,316	325	<b>0,001</b>
<b>ADH</b>	21,47	23,65	0,693	325	0,489
<b>PatPart-19</b>	68,21	71,12	2,430	325	<b>0,016</b>

### 5.8.1.5 Einfluss der Berufstätigkeit auf die Patientenpartizipation

Die Berufstätigkeit wurde dichotomisiert nach 1= Berufstätigkeit bzw. Berufsausbildung (Vollzeit/ Teilzeit/ gelegentlich/ Ausbildung) und 2= Keine Berufstätigkeit (Arbeitslosigkeit/ Berentung/geschützte Beschäftigung). Dann wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet, der, wie in Tabelle 28 dargestellt, ergab, dass die nicht berufstätigen Patienten

geringere Werte im PatPart-19 insgesamt und speziell bei der Unterskala aktive krankheitsbezogene Kommunikation (AKT) erzielten.

**Tabelle 28:** Mittelwertsvergleiche der Berufstätigkeit in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Berufstätigkeit/ Ausbildung (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	ja	nein			
<b>AKT</b>	24,67	23,14	-3,241	326	<b>0,001</b>
<b>KRI</b>	23,71	22,56	-1,748	326	0,081
<b>ADH</b>	23,79	23,44	-0,877	326	0,381
<b>PatPart-19</b>	72,16	69,15	-2,568	326	<b>0,011</b>

## 5.8.2 Krankheitsbezogene Daten

### 5.6.2.1 Einfluss der Diagnose auf die Patientenpartizipation

Tabelle 29 stellt die Unterschiede der beiden Diagnosegruppen in Bezug auf ihr Partizipationsverhalten dar. Sowohl hinsichtlich des Gesamtergebnisses wie auch der Summenwerte der Skalen AKT und ADH erzielten die Patienten mit einer affektiven Erkrankung signifikant höhere Werte als schizophren Erkrankte.

**Tabelle 29:** Mittelwertsvergleiche der Diagnose in Bezug auf die Patientenpartizipation

Skala	Diagnose (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	F2	F3			
<b>AKT</b>	22,88	24,18	-2,805	327	<b>0,005</b>
<b>KRI</b>	22,22	23,43	-1,883	327	0,061
<b>ADH</b>	22,96	23,94	-2,554	327	<b>0,011</b>
<b>PatPart-19</b>	68,06	71,56	-3,04	327	<b>0,003</b>

### 5.6.2.2 Psychiatrische Vorgeschichte

Tabelle 30 zeigt, dass die Erkrankungsdauer, dichotomisiert nach 1 < 10 Jahre und 2 ≥ 10 Jahre Erkrankungsdauer, keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Patientenpartizipation hatte.

**Tabelle 30:** Einfluss der Erkrankungsdauer auf die Patientenpartizipation

Skala	Erkrankungsdauer (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	<10 Jhr.	≥10 Jhr.			
<b>AKT</b>	23,93	23,42	-1,105	315	0,270
<b>KRI</b>	23,51	22,55	-1,510	315	0,132
<b>ADH</b>	23,68	23,41	-0,711	315	0,477
<b>PatPart-19</b>	71,13	69,38	-1,511	315	0,132

Tabelle 31 zeigt den Einfluss der Anzahl stationärer Aufenthalte auf die Patientenpartizipation. Patienten, die weniger als vier stationäre Aufenthalte wegen psychischer Erkrankung angegeben hatten, erzielten signifikant höhere Werte bei den Skalen KRI und ADH und erreichten auch insgesamt im PatPart-19 einen höheren Punktwert.

**Tabelle 31:** Einfluss der Anzahl stationärer Aufenthalte auf die Patientenpartizipation

Skala	Anzahl stationärer Aufenthalte (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	<4	≥4			
<b>AKT</b>	23,93	23,14	-1,618	321	0,107
<b>KRI</b>	23,50	21,95	-2,328	321	<b>0,021</b>
<b>ADH</b>	23,92	22,88	-2,614	321	<b>0,009</b>
<b>PatPart-19</b>	71,34	67,97	-2,825	321	<b>0,005</b>

In Tabelle 32 wird das Partizipationsverhalten derjenigen Patienten, die sich irgendwann einmal unfreiwillig in stationär-psychiatrischer Behandlung befunden hatten, verglichen mit denjenigen, die diese Erfahrung nie gemacht haben. Es zeigte sich, dass die Patienten mit Erfahrung mit unfreiwilliger Behandlung signifikant weniger Punkte bei der Skala ADH erzielten.

**Tabelle 32:** Einfluss der Erfahrung unfreiwilliger Behandlung auf die Patientenpartizipation

Skala	Erfahrung von Unfreiwilligkeit (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2- seitig)
	ja	nein			
<b>AKT</b>	23,17	23,96	-1,636	325	0,103
<b>KRI</b>	22,98	22,96	0,026	325	0,980
<b>ADH</b>	22,87	23,93	-2,680	325	<b>0,008</b>
<b>PatPart-19</b>	69,02	70,86	-1,524	325	0,129

### 5.6.2.3 Aktuelles Behandlungssetting

Wie Tabelle 33 zeigt, hatte eine bestehende gesetzliche Unterbringung zum Zeitpunkt der aktuellen Aufnahme keinen Einfluss auf die Patientenpartizipation.

**Tabelle 33:** Einfluss einer gesetzlichen Unterbringung auf die Patientenpartizipation

Skala	Gesetzliche Unterbringung (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	ja	nein			
<b>AKT</b>	22,47	23,48	0,924	255	0,356
<b>KRI</b>	23,47	22,62	-0,603	255	0,547
<b>ADH</b>	22,80	23,76	1,111	255	0,268
<b>PatPart-19</b>	68,73	69,86	0,430	255	0,668

Tabelle 34 zeigt den Einfluss der vom Patienten subjektiv empfundenen Freiwilligkeit der aktuellen Behandlung auf seine Patientenpartizipation. Die Freiwilligkeit wurde dichotomisiert in die Kategorien „völlig freiwillig“ und „mehr oder weniger/ absolut unfreiwillig“. Es zeigt sich, dass diejenigen Patienten, die ihre aktuelle psychiatrische Behandlung als völlig freiwillig erlebten, signifikant höhere Werte bei den Skalen AKT und ADH, wie auch insgesamt im PatPart-19, erzielten.

**Tabelle 34:** Einfluss der Freiwilligkeit der Behandlung auf die Patientenpartizipation

Skala	Freiwilligkeit (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	ja	nein/ eingeschränkt			
<b>AKT</b>	24,29	21,16	-5,707	327	<b>&lt;0,001</b>
<b>KRI</b>	23,25	21,81	-1,818	327	0,070
<b>ADH</b>	23,75	22,81	-1,974	327	<b>0,049</b>
<b>PatPart-19</b>	71,29	65,78	-3,941	327	<b>&lt;0,001</b>

Tabelle 35 zeigt Unterschiede in der Patientenpartizipation hinsichtlich teil- und vollstationär bzw. ambulant behandelten Patienten. Die Patienten in ambulant-psychiatrischer Behandlung erzielten signifikant höhere Werte bezüglich der Skalen AKT und KRI. Zwischen voll- und teilstationär behandelten Patienten ließ sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Patientenpartizipation feststellen.

**Tabelle 35:** Einfluss des Behandlungssettings auf die Patientenpartizipation

Skala	Setting (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2- seitig)
	ambulant	stationär			
<b>AKT</b>	24,45	23,38	2,055	322	<b>0,041</b>
<b>KRI</b>	24,05	22,62	1,989	322	<b>0,048</b>
<b>ADH</b>	23,24	23,75	-1,179	322	0,239
<b>PatPart-19</b>	71,74	69,75	1,531	322	0,127

#### 5.6.2.4 Gesetzliche Betreuung

In Tabelle 36 ist der Einfluss einer bestehenden gesetzlichen Betreuung auf das Partizipationsverhalten der Patienten aufgeführt. Es zeigt sich, dass Patienten mit gesetzlicher Betreuung in allen Skalen des Fragebogens PatPart-19 wie auch in der Gesamtbewertung signifikant weniger Punkte erzielen, als Patienten ohne gesetzliche Betreuung.

**Tabelle 36:** Einfluss einer gesetzlichen Betreuung auf die Patientenpartizipation

Skala	Gesetzliche Betreuung (Mittelwert)		T	df	p Sig. (2-seitig)
	nein	ja			
<b>AKT</b>	24,00	21,79	3,468	319	<b>0,001</b>
<b>KRI</b>	23,29	21,33	2,203	319	<b>0,028</b>
<b>ADH</b>	23,79	22,56	2,295	319	<b>0,022</b>
<b>PatPart-19</b>	71,08	65,89	3,403	319	<b>0,001</b>

#### 5.6.2.5 Krankheitsschwere

Wie aus Tabelle 37 ersichtlich korreliert der CGI, als Maß für die Krankheitsschwere, negativ mit der Skala AKT, während der GAF, die Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus, positiv mit der Skala AKT und dem Gesamtwert des PatPart-19 korreliert. GAF und CGI korrelieren signifikant negativ miteinander- ein höheres allgemeines Funktionsniveau korreliert also mit einer niedrigeren Krankheitsschwere.

**Tabelle 37:** Korrelationen von PatPart mit GAF und CGI

Skala	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH	PatPart- 19	GAF
CGI	<b>-0,128*</b>	-0,026	-0,047	-0,082	<b>-0,646**</b>
GAF	<b>0,211**</b>	0,081	0,102	<b>0,164**</b>	

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

### 5.8.3 Krankheitskonzept

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Patientenpartizipation und dem Kontrollüberzeugungskonzept des Patienten zeigten sich nur wenige signifikante Zusammenhänge, wie in Tabelle 38 aufgeführt. Höhere Werte bei der Skala „self-blame“ korrelierten mit weniger AKT, weniger KRI und insgesamt niedrigeren Werten im PatPart-19. Zudem korreliert die Skala „powerful others“ signifikant negativ mit der Skala KRI.

**Tabelle 38:** Korrelationen von PatPart mit MHLC-Skalen

Skala	MHLC „self-control“	MHLC „self-blame“	MHLC „powerful others“	MHLC „chance“
PatPart AKT	0,009	<b>-0,198**</b>	0,003	-0,081
PatPart KRI	0,074	<b>-0,153**</b>	<b>-0,123*</b>	-0,049
PatPart ADH	0,066	-0,061	0,083	-0,060
PatPart-19	0,066	<b>-0,185**</b>	-0,039	-0,080

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

### 5.8.4 Krankheitseinsicht

Tabelle 39 zeigt die Korrelationen zwischen der Patientenpartizipation und der Krankheitseinsicht, jeweils gemessen mittels PatPart-19 bzw. der Insight-Scale sowie derer Subskalen. KRI korreliert signifikant negativ mit „Awareness of illness“, „Need for treatment“ und Krankheitseinsicht insgesamt. „Awareness of illness“ korreliert zudem signifikant negativ mit dem Summenscore des PatPart-19.

**Tabelle 39:** Korrelationen von PatPart mit Krankheitseinsicht

Skala	Awareness of symptoms	Awareness of illness	Need for treatment	Insight gesamt
PatPart AKT	0,041	-0,167	-0,020	-0,027
PatPart KRI	-0,168	<b>-0,350**</b>	<b>-0,207*</b>	<b>-0,315**</b>
PatPart ADH	0,031	-0,142	0,002	0,014
<b>PatPart-19</b>	-0,064	<b>-0,309**</b>	-0,125	-0,185

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

### 5.8.5 Selbststigmatisierung und Scham wegen psychischer Erkrankung

Tabelle 40 zeigt den Zusammenhang zwischen Patientenpartizipation und der Selbststigmatisierung und Scham des Patienten aufgrund seiner psychischen Erkrankung. Scham und Selbststigmatisierung korrelieren signifikant miteinander. Scham und Selbststigma korrelieren signifikant negativ mit dem Summenscore des PatPart-19. Zudem korreliert Scham signifikant negativ mit den Skalen AKT und KRI.

**Tabelle 40:** Korrelationen von PatPart mit Selbststigma und Scham

Skala	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH	PatPart- 19	Scham
Selbststigma	-0,027	-0,315	0,014	<b>-0,278**</b>	<b>0,344**</b>
Scham	<b>-0,277**</b>	<b>-0,190**</b>	-0,021	<b>-0,223**</b>	

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

### 5.8.6 Persönlichkeitsstruktur der Patienten

Tabelle 41 zeigt die Korrelationen zwischen der Patientenpartizipation und den vom Arzt eingeschätzten Dimensionen des Big-Five-Modells. Die Dimensionen Extraversion und Offenheit korrelieren positiv mit der Skala AKT, während die Dimensionen Offenheit und Gewissenhaftigkeit positiv mit dem Summenwert des PatPart-19 korrelieren.

**Tabelle 41:** Korrelationen von PatPart mit Big-Five-Modell-Dimensionen

Skala/ Dimension	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH	PatPart- 19
Neurotizismus	-0,046	-0,071	-0,050	0,033
Extraversion	<b>0,131*</b>	0,006	0,010	0,039
Offenheit	<b>0,142*</b>	0,061	0,082	<b>0,130*</b>
Verträglichkeit	-0,003	-0,095	0,087	0,010
Gewissenhaftigkeit	0,067	-0,002	0,106	<b>0,163**</b>

\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

### 5.8.7 Negative Erfahrungen mit Patientenpartizipation in der Vergangenheit

Wie Tabelle 42 zeigt, korrelieren frustrierende Erfahrungen mit partizipativem Verhalten in der Vergangenheit signifikant negativ mit der Skala ADH.

**Tabelle 42:** Korrelationen von PatPart mit frustrierenden Erfahrungen mit PatPart

Skala	PatPart AKT	PatPart KRI	PatPart ADH	PatPart- 19
<b>Frust</b>	-0,081	0,077	<b>-0,213**</b>	-0,067

\*\* Die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

## 6 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Entspricht der neu entwickelte Fragebogen PatPart-19 psychometrischen Standards?
2. Von welchen Faktoren ist die Bereitschaft der Patienten, sich aktiv an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, abhängig?

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Studie zusammengefasst und dann diskutiert, inwieweit der Fragebogen PatPart-19 in der Literatur bestehende Konstrukte zum Thema SDM und aktive Patientenpartizipation widerspiegelt.

Anschließend werden die Faktorenstrukturen aus dem ersten und zweiten Teil der Studie verglichen und die psychometrischen Eigenschaften des finalen Fragebogens PatPart-19 diskutiert.

Abschließend sollen die Einflussfaktoren auf das Partizipationsverhalten der Patienten näher beleuchtet werden.

### 6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im ersten Teil des BMBF-geförderten Projektes *„Sind psychiatrische Patienten motiviert eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen?“ Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“* sind erstmals patientenseitige Beiträge zur Verwirklichung von SDM identifiziert worden. Faktorenanalytisch waren daraus folgende fünf Faktoren extrahiert worden:

- 1. Proaktive Kommunikation und Kooperation**
- 2. Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung**
- 3. Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit**
- 4. Gesundheitskompetenz**
- 5. Informationsakquise**

Daran anschließend war im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Testendform des zu entwickelnden Messinstrumentes erstellt worden, deren faktorenanalytische Auswertung folgende Faktorenlösung ergab:

**1. Aktive krankheitsbezogene Kommunikation**

**2. Kritische Kooperation**

**3. Adhärenz in Kommunikation und Therapie**

Zur detaillierten Gegenüberstellung der Faktorenstrukturen aus dem ersten und zweiten Teil der Studie siehe Kapitel 6.3.

Zusammenfassend konnten im Rahmen dieser Studie viele verschiedene patientenseitige Handlungsmöglichkeiten, SDM stattfinden zu lassen und so an Therapieentscheidungen beteiligt zu werden, identifiziert werden. Mit dem PatPart-19 steht nun auch ein psychometrisch getesteter und ökonomischer Fragebogen zur Erhebung der Motivation psychiatrischer Patienten hinsichtlich einer aktiven Beteiligung an einer partizipativen Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Zudem konnten Einflussgrößen auf die Partizipationsbereitschaft von Patienten identifiziert werden. Psychiatriespezifische, partizipative Verhaltensweisen hemmende Faktoren stellten das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung, Selbststigmatisierung und Scham aufgrund der psychischen Erkrankung sowie frustrierende Erfahrungen mit partizipativem Verhalten und die Erfahrung unfreiwilliger Behandlung in der Vergangenheit dar. Neben soziodemographischen Variablen, wie Alter, Schulbildung und Berufstätigkeit sind auch die Diagnose, die Anzahl der Voraufenthalte wie auch die Krankheitsschwere modulierende Faktoren.

## **6.2 Vergleich mit der existierenden Forschungsliteratur**

In den letzten Jahren wurde eine Fülle von Instrumenten entwickelt, die die unterschiedlichsten Aspekte von SDM messen sollen. Zum einen wurde jedoch hierbei die Patientenseite von SDM vernachlässigt, so dass bislang unklar war, welche Beiträge Patienten konkret zum Zustandekommen einer partizipativen Entscheidungsfindung leisten,

und zum anderen sind die psychometrischen Eigenschaften und insbesondere die Validität einiger Instrumente, unzureichend getestet (Simon *et al.*, 2007, Scholl *et al.*, 2011). Darüber hinaus wurden die verfügbaren Instrumente zumeist an körperlich erkrankten Stichproben entwickelt und validiert, weshalb die Anwendbarkeit bei psychisch Erkrankten eingeschränkt ist.

Im Folgenden wird diskutiert, inwieweit der finale Fragebogen PatPart-19 mit seinen drei Skalen bestehende Modelle zum Thema partizipative Entscheidungsfindung inhaltlich widerspiegelt.

Einige Aspekte der 1999 von Towle und Godolphin aufgestellten Liste patientenseitiger Kompetenzen für ein informiertes SDM finden sich in unserem Fragebogen in den Skalen AKT und KRI wieder, wie beispielsweise "Articulate (...) health problems, „Develop, and adapt a partnership“, „Negotiate decisions, give feedback“. Eher technische Aspekte des SDM wie beispielsweise "Communicate at the appropriate time in the medical interview" sind nicht in unseren Fragebogen eingegangen, wohingegen wiederum soziale Verhaltensweisen, wie Höflichkeit, Respekt und Kompromissbereitschaft, die mittels der Skala ADH erfasst werden, in der Liste von Towle und Godolphin keine Erwähnung fanden.

In der allgemeineren Literatur zum Thema Arzt-Patient-Beziehung und SDM wird die Partizipation des Patienten zumeist gleichgesetzt mit seinem Kommunikationsverhalten im Arzt-Patient-Gespräch. So unterscheiden Street (Street, 2003) und Cegala (Cegala *et al.*, 2007) vier Kategorien aktiver Patientenpartizipation (wie im PACE-Modell – Akronym für „Presenting detailed information, Asking questions, Checking on your understanding of information given to you, Expressing any concerns you have about the treatment“-beschrieben): Informationssuche („information seeking“), Bereitstellung von Informationen („information provision“), durchsetzungsstarker Kommunikationsstil („assertive utterances“) und Ausdruck von Emotionen („expressions of affect“). Die Komponenten *Informationssuche* und *Bereitstellung von Information* werden hinsichtlich krankheitsbezogener Informationen im Fragebogen PatPart-19 vor allem durch die Skala AKT erfasst, während die Skala ADH vielmehr die nötigen Gesprächsregeln als Voraussetzung für das Gelingen einer guten Kommunikation abbildet.

Die Skala KRI erfasst ebenfalls die *Bereitstellung von Informationen* durch den Patienten,

diesmal hinsichtlich Zweifel und Unzufriedenheit mit der Therapie, wobei hiermit zugleich auch der Aspekt der *emotionalen Ausdrucksfähigkeit* erfasst wird.

Auch die Komponente *Durchsetzungsfähigkeit in der Kommunikation* findet sich in der Skala KRI wieder, wobei hier die Durchsetzungsfähigkeit des Patienten über die Kommunikation hinausgeht und beispielsweise im Einholen einer Zweitmeinung oder einem Arztwechsel bestehen kann.

Der 2014 von Farin entwickelte Fragebogen KoKo erfasst anhand von vier Skalen die kommunikativen Kompetenzen von Patienten. Unser finaler Fragebogen PatPart-19 unterstreicht die zentrale Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten von Patienten bei der Entstehung und dem Gelingen einer partizipativen Entscheidungsfindung, welche durch eine weitgehende inhaltliche Übereinstimmung der Skalen belegt wird.

Trotz Gleichnamigkeit spiegelt unsere Skala AKT mehr eine offene und ehrliche Bereitstellung von krankheitsbezogenen Informationen sowie von Informationen hinsichtlich der Erwartungen des Patienten an die Therapie wieder, als primär eine Informationssuche des Patienten, wie es im Fragebogen KoKo der Fall ist.

Die Skalen KRI (PatPart-19) und *Kritische und Partizipative Kommunikation* (KoKo) sind inhaltlich weitgehend identisch, wobei, wie oben bereits erwähnt, in unserem Fragebogen auch kritisches, selbstverantwortliches und eigeninitiatives Verhalten außerhalb des Arzt-Patient-Gesprächs erfasst wird. Tatsächlich handelt es sich hierbei um die einzige Skala des Fragebogens PatPart-19, mit der sich typisches Patientenverhalten im paternalistischen System von dem im Modell des SDM abgrenzen lässt.

Die Skala ADH (PatPart-19) beschreibt im Gegensatz zu *Adhärenz in der Kommunikation* (KoKo) nicht nur höfliches, respektvolles und geduldiges Patientenverhalten in der Kommunikation mit dem behandelnden Arzt, sondern darüber hinaus auch adhärentes, und kompromissbereites Verhalten sowie eine offene Einstellung hinsichtlich ärztlicher Therapieempfehlungen und der Behandlung an sich.

Farin's Skala *Kommunikation über persönliche Verhältnisse* findet sich im Fragebogen PatPart-19 nicht wieder, zumal das Sprechen über persönliche Angelegenheiten in der Psychiatrie Teil der Behandlung ist und daher nicht gesondert aufgeführt werden muss.

Zusammenfassend finden sich im Fragebogen PatPart-19 sämtliche in Farin's Fragebogen aufgeführten Aspekte der Kommunikationskompetenz wieder, wobei mittels PatPart-19

zusätzlich partizipative Verhaltensweisen erfasst werden, die über kommunikative Kompetenzen hinausgehen.

In Bylund's "Patient Report of Communication Behavior" von 2011 wird zusätzlich zu den oben beschriebenen kommunikativen Kompetenzen das *Äußern von Präferenzen* als weitere Komponente aufgeführt, welche sich im PatPart-19 zum einen in der Skala AKT und zum anderen in der Skala KRI wiederfindet, wobei die Skala KRI zusätzlich einen kritischen und konfrontativen Kommunikationsstil beschreibt, der beim Äußern von Präferenzen hilfreich sein kann.

Arnolds's AGENDA-Modell, ein Akronym für „**A**genda setting; **G**oals for health; **E**xpressing concerns, questions and negotiations; **N**avigating health literacy issues; **D**isclosing detailed information; **A**ctive types of listening“, beschreibt patientenseitige Faktoren, die eine patientenzentrierte Kommunikation von Seiten der Ärzte fördern sollen. Abgesehen von "Navigating health literacy issues", also dem kompetenten Umgang mit gesundheitsbezogenen Themen, finden sich alle Komponenten des AGENDA-Modells im Fragebogen PatPart-19 wieder. Insgesamt finden sich in dem Modell mehr technische Aspekte der Patientenpartizipation im Gespräch, wohingegen soziale Verhaltensweisen, wie im Fragebogen PatPart-19 in der Skala ADH aufgeführt, keine Abbildung finden.

Ein Aspekt der Patientenpartizipation, der mithilfe unseres Fragebogens PatPart-19 nicht erhoben wird, ist die *Vorbereitung auf den Arztbesuch*, welche sich in Ashton's Patientenselbststrating hinsichtlich patientenseitiger kommunikativer Verhaltensweisen finden lässt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass vor allem der Faktor AKT mit Schwerpunkt auf die Bereitstellung von Informationen mittels proaktivem und offenem Berichten von Symptomen, Nebenwirkungen und Erwartungen an die Therapie im Sinne von krankheitsbezogener Kommunikation als Kernelement für das Gelingen von SDM in der bestehenden Literatur auf breite Zustimmung trifft.

Weitere Aspekte im Zusammenhang mit der kommunikativen Kompetenz von Patienten, die ebenfalls sowohl in der somatischen wie auch in der psychiatrischen Medizin häufig als wichtig für eine partizipative Entscheidungsfindung erachtet werden, finden sich in der Skala

KRI: Eine kritische, selbstbestimmte und auch durchsetzungsstarke Auseinandersetzung mit der Behandlung sowie ehrliches Rückmelden von Nichteinverständnis und Unzufriedenheit mit der Behandlung werden in der Literatur häufig genannt.

Seltener hingegen werden in der bestehenden Literatur Verhaltensweisen, wie sie in der Skala ADH aufgeführt sind, als wichtig im Hinblick auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung erachtet. Es scheint, dass Eigenschaften wie Höflichkeit und Geduld sowie Kompromissbereitschaft, Offenheit und Compliance hinsichtlich der Therapieempfehlungen des Arztes speziell im Bereich der Psychiatrie eine besondere Rolle spielen. Weitere Forschung ist nötig um herauszufinden, wodurch dies bedingt sein könnte.

Abschließend kann gesagt werden, dass der Fragebogen PatPart-19 mit seinen drei Skalen alle essentiellen und aus der bisherigen Literatur zum Thema SDM bekannten Aspekte patientenseitiger Kommunikationskompetenzen und Verhaltensweisen zum Gelingen einer partizipativen Entscheidungsfindung erfasst und somit bisherige Forschungsergebnisse bestätigt und ergänzt. Zudem unterstreichen unsere Ergebnisse einmal mehr die Wichtigkeit einer guten Arzt-Patient-Kommunikation für das Gelingen von SDM.

### **6.3 Vergleich der Faktorenstrukturen aus dem ersten und zweiten Teil der Studie**

Die faktorenanalytische Auswertung der Fragebogenendform hatte zunächst eine 5-Faktorenlösung ergeben. Nach Kreuzvalidierung mit der 5-Faktorenlösung aus dem ersten Teil der Studie, Itemselektion und konfirmatorischer Faktorenanalyse ergab sich die folgende 3-Faktorenlösung:

**1. Aktive krankheitsbezogene Kommunikation**

**2. Kritische Kooperation**

**3. Adhärenz in Kommunikation und Therapie**

Im Folgenden werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Faktorenlösungen aus dem ersten und zweiten Teil der Studie diskutiert:

Der Faktor **„Aktive krankheitsbezogene Kommunikation“** korrespondiert inhaltlich in hohem Maße mit dem im ersten Teil der Studie identifizierten Faktor **„Proaktive Kommunikation und Kooperation“**. Inhaltlich befassen sich beide Faktoren mit offenem, ehrlichem und proaktivem Gesprächsverhalten des Patienten. Neben dem reinen Berichten von Beschwerden und Nebenwirkungen wird auch aktives und eigeninitiatives Gesprächsverhalten beschrieben, wobei der Patient nachfragt, wenn ihm etwas nicht genug erklärt wurde, klar macht, was er von der Behandlung erwartet und bespricht, was er selber gegen seine Beschwerden tun kann.

Der Faktor **„Kritische Kooperation“** beschreibt mit exakt denselben sieben Items wie nach faktorenanalytischer Auswertung der Fragbogenvorform im ersten Teil der Studie -hier wurde der Faktor **„Kritische, eigenverantwortliche und mündige Mitwirkung“** genannt- patientenseitige Verhaltensweisen mit dem Ziel der Durchsetzung und Wahrung eigener Interessen. Der Patient gestaltet die Therapie aktiv mit, Unstimmigkeiten werden direkt angesprochen, bei Bedarf wird eine Zweitmeinung eingeholt und bei Unzufriedenheit der Arzt gewechselt.

Inhaltlich umfasst der Faktor **„Adhärenz in Kommunikation und Therapie“** soziale Verhaltensweisen, wie höfliches und respektvolles Kommunikationsverhalten, aber auch Geduld und Kompromissbereitschaft hinsichtlich der Therapie. Es finden sich, verglichen mit der Faktorenlösung des ersten Teils der Studie, große Überschneidungen mit dem Faktor **„Höflichkeit, Compliance und Aufgeschlossenheit“**. Allerdings liegt durch Wegfallen des Items 8 (Ich nehme meine Medikamente genau wie mit meinem Arzt vereinbart ein) der Fokus der Skala **„Adhärenz in Kommunikation und Therapie“** weniger auf der medikamentösen Compliance.

Der Faktor **„Informationsakquise“** bestand nach der Faktorenanalyse sowohl im ersten Teil wie auch im zweiten Teil der Studie aus vier Items, die Informationsgewinnung vonseiten des Patienten mittels Internetnutzung und Lesen von Büchern oder Beipackzetteln beschreiben. Letztlich erscheint der Faktor in der endgültigen Faktorenlösung dieser Untersuchung nicht mehr und findet auch keine Abbildung im finalen Fragebogen PatPart-19, da die confirmatorische Faktorenanalyse ergab, dass dieser Faktor nicht das Konzept SDM misst, sondern vielmehr eine Vorbedingung dafür darstellt.

Der Faktor „Gesundheitskompetenz“ aus dem ersten Teil der Studie, der sich inhaltlich mit kompetentem Patientenverhalten hinsichtlich einer effizienten Nutzung des Gesundheitssystems befasste, ließ sich als einziger Faktor nicht in der neuen Stichprobe replizieren.

## **6.4 Einflussfaktoren auf das Partizipationsverhalten**

Während vorangehende Studien vor allem untersucht haben, welche Faktoren von Arztseite eine partizipative Entscheidungsfindung fördern und erschweren (siehe Kapitel 2.3.2), konnten anhand dieser Untersuchung zusätzlich Erkenntnisse über patientenseitige komplizierende und modulierende Faktoren hinsichtlich einer aktiven Partizipation gewonnen werden:

### **6.4.1 Soziodemographische Einflussfaktoren**

Aus der Literatur ist bekannt, dass Frauen ausgeprägtere Informations- und Partizipationsinteressen als Männer haben (Stewart *et al.*, 2004, Hamann *et al.*, 2007b). Unsere Studie hingegen konnte keinen geschlechtsspezifischen Unterschied im tatsächlichen Partizipationsverhalten, erhoben mittels PatPart-19, feststellen. Ebenso zeigte die Muttersprache der Patienten keinen modulierenden Einfluss auf partizipationsfördernde Verhaltensweisen. Unsere Studie ergab zudem, dass ältere sowie berufstätige Patienten höhere Werte hinsichtlich AKT erzielten, während KRI sich durch einen höheren Schulabschluss vorhersagen ließ.

### **6.4.2 Krankheitsbezogene Einflussfaktoren**

Das Behandlungssetting schien Einfluss auf die aktive Teilhabe der Patienten zu haben. So zeigten ambulant-psychiatrisch behandelte Patienten mehr AKT und KRI als Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, was bedingt sein könnte durch einen unterschiedlichen Schweregrad der Erkrankung.

Während die Krankheitsdauer keinen Einfluss auf das Partizipationsverhalten der Patienten hatte, schien die Anzahl der erfolgten psychiatrischen Aufenthalte Auswirkungen zu haben:

Patienten mit weniger stationären Vorbehandlungen zeigten mehr KRI und ADH. Das könnte daran liegen, dass Patienten mit weniger Psychiatrieerfahrung bislang auch weniger frustrierende Erfahrungen mit partizipativem Verhalten in der Vergangenheit gemacht haben und entsprechend motivierter eine partizipative Entscheidungsfindung unterstützen. So zeigte sich, dass häufigere frustrierende Erfahrungen mit Partizipationsbemühungen seitens der Patienten in der Vergangenheit zu weniger ADH führten.

Ebenso zu weniger ADH führte die Erfahrung unfreiwilliger Behandlung in der Vorgeschichte. Bereits im ersten Teil der Studie waren, spezifisch für den Bereich der Psychiatrie, Erfahrungen mit Zwangsbehandlung, einhergehend mit dem Gefühl von Macht- und Hilflosigkeit und in der Folge starker Zurückhaltung und Vermeidung von Teilhabe, als hemmend für die Umsetzung von SDM identifiziert worden (Hamann *et al.*, 2016), was durch die vorliegende Untersuchung bestätigt wird.

Das Bestehen einer gesetzlichen Unterbringung als rechtliche Grundlage der aktuellen Behandlung hingegen zeigte keinen Einfluss auf das angegebene Partizipationsverhalten der Patienten. Allerdings wirkte sich die subjektiv vom Patienten empfundenen Freiwilligkeit der aktuellen Behandlung durchaus auf die Motivation der Patienten zur Partizipation aus: Im Gegensatz zu Patienten, die ihre Behandlung als völlig freiwillig erlebten, erzielten diejenigen, die angaben, absolut unfreiwillig bzw. mehr oder weniger freiwillig in Behandlung zu sein, geringere Werte bei den Skalen AKT und ADH. Weitere Forschung sollte untersuchen, welche Faktoren dazu beitragen, ob eine Behandlung -und zwar unabhängig von der bestehenden Rechtslage bei Aufnahme- als völlig freiwillig erlebt wird.

Bisherige Erkenntnisse in der Literatur, die besagen, dass die Anwendbarkeit von SDM insbesondere bei psychotisch erkrankten Patienten vom Krankheitsstadium und dem Schweregrad der Erkrankung abhängt (Hamann *et al.*, 2003) wurden durch unsere Studie bestätigt:

Die Diagnose hatte insofern Auswirkungen auf die Bereitschaft der Patienten zur partizipativen Teilhabe an Entscheidungen, als Patienten mit einer affektiven Erkrankung mehr AKT und ADH angaben, als schizophrene Erkrankte. Zudem zeigten diagnoseunabhängig schwerer kranke Patienten sowie Patienten mit einem niedrigeren allgemeinen Funktionsniveau weniger AKT.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Krankheitseinsicht schizophrener Erkrankter und ihrem Partizipationsverhalten ergab sich Folgendes: Patienten mit wenig Krankheitseinsicht und wenig Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung zeigten mehr KRI. Es ist fraglich, ob es sich hierbei tatsächlich um eine konstruktive kritische Mitarbeit handelte oder vielmehr um ablehnendes und verweigerndes Verhalten im Rahmen der fehlenden Krankheitseinsicht. Diese verschiedenen Facetten der Skala KRI sollten mit Fokus auf die Diagnosegruppe schizophrener Erkrankter näher untersucht werden.

Grundsätzlich scheinen sich stärker ausgeprägte Autonomiebedürfnisse vor allem in mehr KRI auszuwirken. Auch hier bleibt die Frage, wie KRI von den Patienten verstanden wird. Als kritische, selbstbestimmte Kooperation oder vielmehr Widerstand und fehlende/verminderte Compliance.

Einen hemmenden Einfluss auf sämtliche im Fragebogen PatPart-19 erhobenen Aspekte partizipativen Patientenverhaltens stellte das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung dar. Ob dies durch einen schwereren Erkrankungsgrad derjenigen, die einer Betreuung bedürfen, bedingt ist oder andere Ursachen hat, sollte näher untersucht werden.

Weitere wichtige und bislang in der Literatur vernachlässigte Einflussfaktoren auf das Partizipationsverhalten sind die Selbststigmatisierung und Scham der Patienten aufgrund der psychischen Erkrankung, welche signifikant negativ mit dem Summenscore des PatPart-19 korrelieren. Auch zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Scham und Selbststigmatisierung. Patienten, die sich aufgrund ihrer psychischen Erkrankung schämen sowie Patienten, die sich die Schuld an ihrer Erkrankung zuschreiben, gaben zudem weniger AKT und KRI an.

Auch die Persönlichkeitseigenschaften der Patienten scheinen die Motivation zur Partizipation zu beeinflussen. Unsere Studie gibt erste Hinweise darauf, dass die Dimensionen Extraversion und Offenheit mit mehr AKT einhergehen. Hier ist allerdings weitergehende Forschung notwendig.

## 6.5 Psychometrische Eigenschaften PatPart-19

Der Fragebogen PatPart-19 wurde in einem theoriegeleiteten Vorgehen entwickelt und zeigt gute Verteilungseigenschaften. Alle drei Skalen sind ausreichend eindimensional, reliabel und zeigen nur geringe lokale Abhängigkeit. Keines der Items zeigte Differential Item Functioning.

Die Modellevaluation im Rahmen der konfirmatorischen Faktorenanalyse erbrachte für die Skalen AKT und KRI gute, für die Skala ADH ausreichend gute Werte der Fit-Indices, was als Beleg für die Modellgüte gesehen werden kann. Positiv im Hinblick auf die Skalenstabilität ist die gleichmäßige Verteilung von 6 bzw. 7 Indikatoren pro Faktor.

Zwischen den Skalen AKT und KRI zeigte sich eine relativ hohe Korrelation, so dass überlegt werden muss, inwieweit tatsächlich unterschiedliche Aspekte von partizipativem Patientenverhalten gemessen werden. Die Korrelationen zwischen den Skalen AKT und ADH sowie KRI und ADH sind gering bis moderat, so dass davon ausgegangen werden kann, dass tatsächlich unterschiedliche Facetten von aktivem Patientenverhalten erfasst werden.

Unsere Studie ergab erste Hinweise auf die Validität des Fragebogens, und somit auf eine Eignung des Tests zur Erhebung der Partizipationsbereitschaft von psychiatrischen Patienten. Bei der Validierung des Fragebogens wurden Zusammenhänge zwischen partizipativen Verhaltensweisen und anderen Variablen untersucht, welche theoretische Bezüge zum Konstrukt SDM und aktive Patientenpartizipation aufweisen. Hier ist allerdings zu bedenken, dass zwar Zusammenhänge festgestellt werden konnten, aber keine Aussage über die Beeinflussungsrichtung bzw. Kausalität gemacht werden kann.

Der Fokus lag bei jedem Entwicklungsschritt des Fragebogens auf der Inhaltsvalidität. Aus diesem Grund und durch die Einbeziehung der Meinungen von sowohl Patienten wie auch Psychiatern hinsichtlich des Themas aktive Patientenpartizipation stellen die Items des Fragebogens PatPart-19 eine umfang- und facettenreiche Sammlung sowie repräsentative Teilmenge möglicher Items zum Thema Patientenbeiträge im SDM-Prozess dar.

Die einzige Kategorie partizipativen Patientenverhaltens, die von den Fokusgruppen identifiziert worden war und letztlich nach den statistischen Analysen keine Abbildung im

Fragebogen fand, ist „Informieren und Vorbereiten (auf das Arztgespräch)“. Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei eher um eine Voraussetzung für SDM als einen tatsächlichen Bestandteil von SDM handelt. Ansonsten finden sich inhaltlich alle im ersten Teil der Studie qualitativ gefundenen Hauptkategorien partizipativen Patientenverhaltens im Fragebogen wieder.

Ebenso bestehen, wie in Kapitel 6.2 näher ausgeführt, inhaltlich große Überschneidungen zwischen den Skalen des Fragebogens und der vorhandenen Literatur zum Thema partizipationsfördernde Verhaltensweisen und kommunikative Kompetenzen von Patienten.

## **6.6 Implikationen für die klinische Praxis und Ausblick**

Die Anwendung des neu entwickelten Fragebogens PatPart-19 kann Aufschluss darüber geben, welche und wie viele Patienten derzeit zur aktiven Teilhabe an einer partizipativer Entscheidungsfindung motiviert sind und somit zu einer gezielteren partizipativen Versorgungsgestaltung beitragen. Abbilden lassen sich multiple Facetten partizipativen Patientenverhaltens. In Zukunft kann durch das nun vertiefte Wissen zu diesem Thema und unter Verwendung des Fragebogens PatPart-19 mehr auf die Patientenseite von SDM eingegangen, partizipatives Patientenverhalten erkannt und gefördert sowie Barrieren identifiziert und überwunden werden.

Effekte von Patientenschulungen, wie beispielsweise von Psychoedukations-, Informations- und Selbsthilfegruppen sowie eines Einsatzes von Entscheidungshilfen auf die Bereitschaft von Patienten, sich aktiv an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, können nun abgebildet und quantitativ gemessen werden.

Ebenso können künftig Patientengruppen identifiziert werden, die aus unterschiedlichsten Gründen, wie z.B. bei schizophrener Negativsymptomatik, schlechten Erfahrungen mit aktivem partizipativen Verhalten oder der Erfahrung von Zwang in der Vorgeschichte, wenig motiviert sind, sich aktiv an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen oder bislang durch bisherige Interventionen nicht erreicht werden konnten. Für diese Patienten können spezielle Interventionen entwickelt und mithilfe des Fragebogens deren Outcome evaluiert werden.

Ein besseres Verständnis davon, was Patienten in ihrer Motivation zur aktiven Partizipation beeinflusst, ist Voraussetzung für eine verbesserte Implementierung von SDM in der klinischen Praxis. Hierbei darf nicht generell ein höchstmöglicher Grad an Partizipation das Ziel sein, sondern vielmehr eine Übereinstimmung der individuellen Partizipationsbedürfnisse zwischen dem Patienten und seinem Arzt, was in der Folge zu einem verbesserten Outcome führen kann (Kiesler,Auerbach, 2006).

Man weiß, dass Patienten sich in ihren Partizipationsbedürfnissen stark unterscheiden (Hamann *et al.*, 2007b), selbige nicht immer konstant sind und Ärzte die Partizipationsbedürfnisse ihrer Patienten häufig überschätzen (Hamann *et al.*, 2010). Hier kann die Anwendung des Fragebogens PatPart-19, der die tatsächliche Bereitschaft der Patienten zur aktiven Partizipation abbildet, Klarheit schaffen und ein individuelles Eingehen auf die Partizipationsbedürfnisse des jeweiligen Patienten erleichtern.

## **6.7 Limitationen**

Hinsichtlich der im Rahmen dieser Studie gewonnenen Stichprobe muss festgehalten werden, dass das Geschlechterverhältnis innerhalb der Patientengruppe mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ausgeglichen war, während bei den affektiv Erkrankten das weibliche Geschlecht wesentlich häufiger vertreten war. Tatsächlich findet sich diese ungleiche Verteilung in Übereinstimmung mit epidemiologischen Daten, welche für affektive Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ein Geschlechterverhältnis von 2:1 (Frauen : Männer) angeben, während es bei schizophrenen Erkrankungen ausgeglichen ist (Jacobi, 2014).

Schwierigkeiten bei der Erhebung der Daten im ambulanten Rahmen, wie beispielsweise Zeitmangel der Patienten und begrenzte räumliche Kapazitäten, haben zu einer wesentlich kleineren Stichprobe der ambulant-psychiatrisch behandelten Patienten geführt. Das Verhältnis ambulant- zu stationär-psychiatrisch betreuten Patienten beträgt 1:3, wodurch insgesamt der Anteil schwerer kranker Patienten überwiegt, was bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden muss.

Im ersten Teil der Studie war aufgrund großer inhaltlicher Überschneidungen der Faktorenlösungen für die beiden untersuchten Diagnosegruppen letztlich entschieden worden, nur eine Faktorenlösung für den Gesamtdatensatz zu berechnen. Um die Möglichkeit zur Kreuzvalidierung zu haben, entschieden wir uns für dasselbe Vorgehen. Dennoch wäre eine erneute Überprüfung der Faktorstruktur getrennt nach Diagnosegruppe und anhand einer größeren Stichprobe sinnvoll.

Das Studiendesign der vorliegenden querschnittlichen Untersuchung lässt keine Schlüsse auf Kausalität zu. Die Skala ADH weist zudem, auch im Vergleich zu den anderen beiden Skalen AKT und KRI, eine relativ geringe interne Konsistenz auf, was auch Auswirkungen auf die Validität des Fragebogens haben könnte. Um die Validität zu bestätigen sollte eine erneute Überprüfung des Modells an einer größeren unabhängigen Stichprobe erfolgen.

Keine Abbildung im Fragebogen PatPart-19 fanden letztlich Items zu den Themen Informationsakquise und Vorbereiten auf das Arztgespräch. Ob es sich hierbei tatsächlich mehr um eine Voraussetzung für SDM denn einen tatsächlichen Bestandteil von SDM handelt und somit diese Items inhaltlich tatsächlich nicht relevant für den Fragebogen zur Erhebung des Konstruktes SDM sind, oder ob es sich vielmehr um Schwierigkeiten bei der Operationalisierung oder der verbalen Ausformulierung der Items gehandelt hat, sollte Gegenstand weiterer Forschungsbemühungen sei. An die Option einer Wiederaufnahme dieser Items in den Fragebogen sollte gedacht werden.

Deckeneffekte der Skalen könnten bedingt sein durch sozial erwünschtes Antwortverhalten der Patienten. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll die Anwendung des Fragebogens, zumindest hinsichtlich der im Fragebogen erfassten beobachtbaren Facetten von partizipativem Patientenverhalten, an eine Beobachtungsstudie zu koppeln und so das tatsächliche Patientenverhalten in der Konsultation mit den Angaben im Fragebogen zu vergleichen.

Weitere Untersuchungen sollten sich mit der Ermittlung der Änderungssensitivität des Fragebogens beschäftigen. Auch hinsichtlich der Bildung von Grenzwerten zur Interpretation des Fragebogens ist weitere Forschung notwendig. Hierbei sollte jedoch nicht davon

ausgegangen werden, dass höhere Punktwerte besser seien als niedrige, sondern vielmehr sollte das Ergebnis stets unter Einbeziehung der Partizipationswünsche des Patienten interpretiert werden.

## 7 Zusammenfassung

Das Modell des Shared Decision Making gewinnt derzeit in der Behandlung psychisch Erkrankter stark an Bedeutung und wird heute von zahlreichen Fachgesellschaften als Good Clinical Practice empfohlen. Es ist bekannt, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten eine Einbeziehung in Entscheidungen wünscht, allerdings gab es kaum Studien dazu, auf welche Weise und in welchem Ausmaß sich Patienten auf dem Weg zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung beteiligen. Auch gab es bislang kein psychometrisch getestetes und valides Messinstrument zur quantitativen Erfassung der Partizipationsbereitschaft psychiatrischer Patienten.

Die vorliegende Arbeit als Teil des BMBF-geförderten Projektes *„Sind psychiatrische Patienten motiviert, eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments“* hatte daher die Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zum Ziel, mit dem sich die Motivation und die Bereitschaft von Patienten, sich aktiv und partizipativ an medizinischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen, abbilden lassen.

Im ersten Teil der Studie, welcher nicht Bestandteil der vorliegenden Untersuchung ist, waren im Zeitraum von 2011 bis 2012 mittels leitfadenbasierter Fokusgruppeninterviews mit affektiv und schizophren erkrankten Patienten sowie deren behandelnden Psychiatern an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der TU München und am kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost sowie mit ambulant arbeitenden Psychiatern patientenseitige Beiträge zur Verwirklichung von SDM identifiziert und daraus die Testvorform des zu entwickelnden Messinstrumentes erstellt worden, welche dann an eine für die später zu testende Population repräsentative, Analysestichprobe von affektiv und schizophren erkrankten Patienten im ambulanten und stationären Setting ausgegeben worden war (Bernd, 2014, Hamann *et al.*, 2016).

Die vorliegende Dissertation beschäftigte sich daran anschließend mit der Erstellung und externen Validierung der Testendform sowie der Untersuchung von Einflussgrößen auf die Partizipationsbereitschaft von Patienten. In diesem Teil der Studie wurde ein mehrteiliger

Fragebogen (Testendform des Fragebogens und weitere Erhebungsinstrumente) zusammengestellt und schließlich im Zeitraum von 2014- 2015 in einer querschnittlichen Befragung einer Validierungsstichprobe von affektiv und schizophren erkrankten Patienten, sowie deren behandelnden Psychiatern im stationären (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der TU München, BKH Augsburg, BKH Kaufbeuren, Klinik Mengerschwaige) und ambulanten Setting (Zentrum für psychische Gesundheit Romanstraße, Optimierte Ambulanz für Schizophrene Erkrankungen an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der TU München ) vorgelegt.

Die statistische Auswertung erfolgte in mehreren Schritten. Mittels SPSS wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation gerechnet; wobei eine festgelegte Anzahl von 5 Faktoren extrahiert wurde, die unter Heranziehen der Mustermatrix interpretiert und anschließend mit der 5-Faktoren-Lösung des ersten Teils der Studie kreuzvalidiert wurde. Die Items des Fragebogens wurden schließlich nach Prinzipien der klassischen Testtheorie analysiert und selektiert.

Die darauf folgende Modell- Schätzung erfolgte mithilfe des Programmes Mplus unter Verwendung des WLSMV- Schätzers. Zur Testung der Modellgüte wurden konfirmatorische Faktorenanalysen mit Amos durchgeführt, der Model Fit wurde mittels CFI, RMSEA und WRMR überprüft.

Die Reliabilität der Skalen wurde anhand der Koeffizienten Cronbach's Alpha und Mc Donald Omega berechnet und die Konstruktvalidität des Fragebogens wurde anhand von Zusammenhangsmaßen überprüft. Schließlich wurden noch Einflussfaktoren auf partizipatives Verhalten untersucht.

Der finale Fragebogen bestand letztlich aus 19 Items und folgenden drei Skalen:

1. Aktive krankheitsbezogene Kommunikation
2. Kritische Kooperation
3. Adhärenz in Kommunikation und Therapie

Der Fragebogen zeigt gute Verteilungseigenschaften. Alle drei Skalen sind ausreichend eindimensional, reliabel und zeigen nur geringe lokale Abhängigkeit. Keines der Items zeigte

Differential Item Functioning. Unsere Ergebnisse ergaben erste Hinweise auf die Validität des Fragebogens, so dass von einer Eignung des Tests zur Erhebung der Partizipationsbereitschaft von psychiatrischen Patienten ausgegangen werden kann.

Dadurch, dass während der gesamten Fragebogenentwicklung ein Hauptaugenmerk auf die Inhaltsvalidität gelegt worden war, sowie durch die Einbeziehung von sowohl Patienten wie auch Psychiatern bei der Itementwicklung, stellen die Items des PatPart-19 eine umfang- und facettenreiche Sammlung sowie repräsentative Teilmenge möglicher Items zum Thema Patientenbeiträge im SDM-Prozess dar, wobei inhaltlich große Überschneidungen mit der vorhandenen Literatur zum Thema partizipationsfördernde Verhaltensweisen und kommunikative Kompetenzen von Patienten bestehen. Allerdings werden auch einige über die Ergebnisse der bisherigen Forschung hinausgehende, psychiatriespezifischere Verhaltensweisen erfasst, wie beispielsweise Höflichkeit und Respekt gegenüber dem Arzt.

Zusätzlich wurden in der vorliegenden Studie Einflussgrößen auf das Partizipationsverhalten psychiatrischer Patienten untersucht. Neben diversen soziodemographischen und krankheitsbezogenen Einflussgrößen erwiesen sich folgende psychiatriespezifische Faktoren als hemmend hinsichtlich aktivem und partizipativem Patientenverhalten: Das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung, Selbststigmatisierung und Scham aufgrund der psychischen Erkrankung sowie frustrierende Erfahrungen mit partizipativem Verhalten und die Erfahrung unfreiwilliger Behandlung in der Vergangenheit.

Unsere Studie führte zum einen zur Erlangung eines besseren Verständnisses von patientenseitigem Partizipationsverhalten und zum anderen steht mit dem PatPart-19 nun erstmals ein psychometrisch getestetes und ökonomisches Messinstrument zur Erhebung patientenseitigen Partizipationsverhaltens zur Verfügung. Darauf aufbauend können Patientenschulungen zur Förderung von Partizipationskompetenzen entwickelt und deren Outcome mittels des neu entwickelten Fragebogens gemessen werden. Das neu entwickelte Messinstrument PatPart-19 wird nach Abschluss der Untersuchung frei zugänglich gemacht.

## 8 Literaturverzeichnis

Alegria, M., Carson, N., Flores, M., Li, X., Shi, P., Lessios, A. S., Polo, A., Allen, M., Fierro, M., Interian, A., Jimenez, A., La Roche, M., Lee, C., Lewis-Fernandez, R., Livas-Stein, G., Safar, L., Schuman, C., Storey, J., ShROUT, P. E.

Activation, self-management, engagement, and retention in behavioral health care: A randomized clinical trial of the decide intervention.

JAMA Psychiatry 71 (2014) 557-565

Anders, P., Klein, R.

Forschung zu chronischen Krankheiten und patientenorientierung  
[http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/ media/VnF Broschuere barrierefrei.pdf](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/media/VnF_Broschuere_barrierefrei.pdf)

Stand: 25.09.2016 (2016)

Arbeitskreis, O.

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik opd-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung.

Bern: Verlag Huber (2009)

Ashton, C. M., Holt, C. L., Wray, N. P.

A patient self-assessment tool to measure communication behaviors during doctor visits about hypertension.

Patient Education and Counseling 81 (2010) 275-314

Bernd, J.

Was können psychiatrische Patienten beitragen, damit ein shared-decision-making zustande kommt?

univ. Diss. (2014)

Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M.

A self-report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change.

Acta Psychiatr Scand 89 (1994) 62-67

Bunn, H., O'Connor, A.

Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry.

Can J Nurs Res 28 (1996) 13-27

Bunn, M. H., O'Connor, A. M., Tansey, M. S., Jones, B. D., Stinson, L. E.

Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication.

Arch Psychiatr Nurs 11 (1997) 238-248

Busner, J., Targum, S. D.

The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice.

Psychiatry 4 (2007) 28-37

Bylund, C. L., Goytia, E. J., D'Agostino, T. A., Bulone, L., Horner, J., Li, Y., Kemeny, M., Ostroff, J. S.

Evaluation of a pilot communication skills training intervention for minority cancer patients.  
J Psychosoc Oncol 29 (2011) 347-358

Carpenter, W. T., Jr., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnick, J., Appelbaum, P. S.

Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research.  
Archives of general psychiatry 57 (2000) 533-538

Cegala, D. J., Coleman, M. T., Turner, J. W.

The development and partial assessment of the medical communication competence scale.  
Health communication 10 (1998) 261-288

Cegala, D. J., Street, R. L., Jr., Clinch, C. R.

The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview.

Health communication 21 (2007) 177-185

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).

Soc Sci Med 44 (1997) 681-692

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T.

Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model.

Social science & medicine 49 (1999) 651-661

Chong, W. W., Aslani, P., Chen, T. F.

Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators.

J Interprof Care 27 (2013) 373-379

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., Rusch, N.

Self-stigma of mental illness scale--short form: Reliability and validity.

Psychiatry research 199 (2012) 65-69

Cronbach, L. J.

Coefficient alpha and the internal structure of tests.

Psychometrika 16 (1951) 297-334

Degner, L. F., Sloan, J. A., Venkatesh, P.

The control preferences scale.

Can J Nurs Res 29 (1997) 21-43

Dy, S. M.

Instruments for evaluating shared medical decision making: A structured literature review.  
Med Care Res Rev 64 (2007) 623-649

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 50 (2003) 311-322

Elwyn, G., Barr, P. J., Grande, S. W., Thompson, R., Walsh, T., Ozanne, E. M.

Developing collaborate: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters.

Patient education and counseling 93 (2013) 102-107

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., Grol, R.

Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices.

The British Journal of General Practice 50 (2000) 892-899

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., Grol, R.

Shared decision making: Developing the option scale for measuring patient involvement.

Qual Saf Health Care 12 (2003) 93-99

Emanuel, E. J., Emanuel, L. L.

Four models of the physician-patient relationship.

JAMA 267 (1992) 2221-2226

Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M. A.

Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients.

Journal of general internal medicine 4 (1989) 23-30

Farin, E., Schmidt, E., Gramm, L.

Patient communication competence: Development of a German questionnaire and correlates of competent patient behavior.

Patient education and counseling 94 (2014) 342-350

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., Rohlfsing, H., Scheibler, F., van Oorschot, B., Spies, C., Vodermaier, A., Weiss-Gerlach, E., Zysno, P., Harter, M., Arbeitsgruppe Methoden des, B.-F. D. P. a. P. i. m. E.

[development and validation of assessment instruments for shared decision making].

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 47 (2004) 969-976

Goldberg, L. R.

The structure of phenotypic personality traits.  
Am Psychol 48 (1993) 26-34

Goossensen, A., Zijlstra, P., Koopmanschap, M.  
Measuring shared decision making processes in psychiatry: Skills versus patient satisfaction.  
Patient education and counseling 67 50-56

Goss, C., Moretti, F., Mazzi, M. A., Del Piccolo, L., Rimondini, M., Zimmermann, C.  
Involving patients in decisions during psychiatric consultations.  
The British journal of psychiatry : the journal of mental science 193 (2008) 416-421

Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, J. E., Jr., Yano, E. M., Frank, H. J.  
Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar control and quality of life in diabetes.  
Journal of general internal medicine 3 (1988) 448-457

Hahn, S. R., Thompson, K. S., Wills, T. A., Stern, V., Budner, N. S.  
The difficult doctor-patient relationship: Somatization, personality and psychopathology.  
Journal of clinical epidemiology 47 (1994) 647-657

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W.  
Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment.  
The Journal of clinical psychiatry 68 (2007a) 992-997

Hamann, J., Kohl, S., McCabe, R., Buhner, M., Mendel, R., Albus, M., Bernd, J.  
What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists.  
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 51 (2016) 617-625

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., Kissling, W.  
Shared decision making for in-patients with schizophrenia.  
Acta Psychiatr Scand 114 (2006) 265-273

Hamann, J., Leucht, S., Kissling, W.  
Shared decision making in psychiatry.  
Acta Psychiatr Scand 107 (2003) 403-409

Hamann, J., Mendel, R., Cohen, R., Heres, S., Ziegler, M., Buhner, M., Kissling, W.  
Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: Patient characteristics and decision topics.  
Psychiatric services 60 (2009) 1107-1112

Hamann, J., Mendel, R., Schebitz, M., Reiter, S., Buhner, M., Cohen, R., Berthele, A., Kissling, W.  
Can psychiatrists and neurologists predict their patients' participation preferences?  
J Nerv Ment Dis 198 (2010) 309-311

Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., Harter, M.  
Participation preferences of patients with acute and chronic conditions.  
Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 10 (2007b) 358-363

Horne, R., Weinman, J., Hankins, M.  
The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication.  
Psychology & health 14 (1999) 1-24

Hu, L. T., Bentler, P. M.  
Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification.  
Psychological Methods 3 (1998) 424-453

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Wittchen, H. U.  
Psychische störungen in der allgemeinbevölkerung.  
Der Nervenarzt 85(1) (2014) 77-87

Kiesler, D. J., Auerbach, S. M.  
Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions.  
Patient Educ Couns 61 (2006) 319-341

Krantz, D. S., Baum, A., Wideman, M.  
Assessment of preferences for self-treatment and information in health care.  
J Pers Soc Psychol 39 (1980) 977-990

Kriston, L., Scholl, I., Holzel, L., Simon, D., Loh, A., Harter, M.  
The 9-item shared decision making questionnaire (sdm-q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample.  
Patient education and counseling 80 (2010) 94-99

Legare, F., Ratte, S., Gravel, K., Graham, I. D.  
Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions.  
Patient education and counseling 73 (2008) 526-535

Legare, F., Witteman, H. O.  
Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice.  
Health Aff 32 (2013) 276-284

Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C., Smith, D. G., Lazaro, C. G., Wolfson, H. G.  
Patients' perceived involvement in care scale: Relationship to attitudes about illness and medical care.

Journal of general internal medicine 5 (1990) 29-33

Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W., Harter, M.

The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial.

Patient education and counseling 67 (2007) 324-332

Mayring, P.

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik.

Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2010,

McCabe, R., Khanom, H., Bailey, P., Priebe, S.

Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment.

Patient education and counseling 91 (2013) 326-328

McDonald, P., R.

The dimensionality of tests and items.

British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 34 (1981) 204-217

Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M.

Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.

Med Care 24 (1986) 67-74

Nicaise, P., Lorant, V., Dubois, V.

Psychiatric advance directives as a complex and multistage intervention: A realist systematic review.

Health Soc Care Community 21 (2013) 1-14

Post, D. M., Cegala, D. J., Miser, W. F.

The other half of the whole: Teaching patients to communicate with physicians.

Family medicine 34 (2002) 344-352

Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L., Crean, T.

A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services.

Psychiatric services 48 (1997) 1042-1047

Scholl, I., Loon, M. K.-v., Sepucha, K., Elwyn, G., Légaré, F., Härter, M., Dirmaier, J.

Measurement of shared decision making – a review of instruments.

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105 (2011) 313-324

Seale, C., Chaplin, R., Lelliott, P., Quirk, A.

Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: A qualitative study of psychiatrists' experiences.

Social science & medicine 62 (2006) 2861-2873

Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., Harter, M.

Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the autonomy-preference-index (api).  
Health Expect 13 (2010) 234-243

Simon, D., Loh, A., Harter, M.  
Measuring (shared) decision-making--a review of psychometric instruments.  
Z Arztl Fortbild Qualitatssich 101 (2007) 259-267

Stein, B. D., Kogan, J. N., Mihalyo, M. J., Schuster, J., Deegan, P. E., Sorbero, M. J., Drake, R. E.  
Use of a computerized medication shared decision making tool in community mental health settings: Impact on psychotropic medication adherence.  
Community Ment Health J 49 (2013) 185-192

Stewart, D. E., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Grace, S. L.  
Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event.  
Psychosom Med 66 (2004) 42-48

Street, R. L., Jr.  
Communication in medical encounters: An ecological perspective.  
In "Handbook of health communication ", T. L. Thompson, Dorsey, A. M., Miller K. I., Parrott, R., Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2003, 63-89

Towle, A., Godolphin, W.  
Framework for teaching and learning informed shared decision making.  
Bmj 319 (1999) 766-771

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Maides, S. A.  
Development and validation of health locus of control (hlc) scale.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 44 (1976) 580-585

Wennberg, J.  
Wrestling with variation: An interview with jack wennberg [interviewed by fitzhugh mullan]  
Health Aff (Millwood). 2004;Suppl Variation:VAR73-80., 2004,

## 9 Anhang

### PatPart-19

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich im Rahmen Ihrer psychiatrischen Behandlung (z.B. beim Psychiater, im Krankenhaus etc.) meistens verhalten.

1. Ich berichte auch von mir aus, wenn ich Nebenwirkungen von den Medikamenten spüre.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
2. Ich sage offen, wo ich Probleme habe.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
3. Ich bespreche mit dem Arzt, was ich selbst gegen meine Beschwerden tun kann.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
4. Ich mache deutlich, was für mich die wichtigsten Ziele der Behandlung sind.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
5. Ich bin auch dann höflich zu Ärzten, wenn ich mit der Behandlung unzufrieden bin.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
6. Ich zwinge mich Geduld zu haben, bis eine Behandlung endlich wirkt.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
7. Ich frage nach, wenn mir etwas von meinem Arzt nicht genug erklärt wird.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
8. Ich versuche den Arzt zu wechseln, wenn ich mit ihm nicht zufrieden bin.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
9. Wenn mir eine Behandlung vorgeschlagen wird, frage ich auch nach anderen Möglichkeiten.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
10. Bei wichtigen medizinischen Entscheidungen hole ich mir eine zweite Meinung ein.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
11. Ich spreche auch über Probleme, die mir peinlich sind.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
12. Ich lasse meinen Arzt auch dann ausreden, wenn ich schon weiß, was er sagen wird.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
13. Ich spreche es an, wenn ich mich unfair behandelt fühle.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
14. Ich bestehe vor wichtigen Entscheidungen in der Behandlung auf ausreichend Bedenkzeit.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer

15. Ich setze Dinge, die mir wichtig sind, dem Arzt gegenüber durch.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
16. Ich halte mich auch an die Empfehlungen meines Arztes, die nichts mit der Einnahme von Medikamenten zu tun haben.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
17. Bevor ich etwas in der Behandlung ablehne, probiere ich es erst einmal aus.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
18. Ich beschwere mich bei meinem Arzt, wenn ich mit der Behandlung nicht einverstanden bin.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer
19. Ich bin bereit, Kompromisse zwischen meinen eigenen Vorstellungen und den Empfehlungen der Ärzte zu machen.	<b>1</b> nie	<b>2</b> selten	<b>3</b> gelegentlich	<b>4</b> oft	<b>5</b> immer

# 10Danksagung

An erster Stelle möchte ich ganz herzlich meinem Doktorvater Herrn Prof. Hamann für die Überlassung des Themas und die fortwährende Unterstützung in jeder Phase der Fragebogenerstellung und- validierung danken. Sein Ruf als engagierter, erfahrener und exzellenter Betreuer von medizinischen Doktorarbeiten eilt ihm nicht umsonst voraus.

Zudem gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Bühner, Lehrstuhlinhaber psychologische Methodenlehre und Diagnostik an der LMU München, der es in zahlreichen Treffen mithilfe seiner Kompetenz, seiner Begeisterungsfähigkeit und seinem Engagement geschafft hat, mein Interesse an exploratorischen und konfirmatorischen Faktorenanalysen zu wecken und der ständiger Ansprechpartner bei der Analyse der statistischen Daten war.

Dem ganzen Team am „Zentrum für psychische Gesundheit Romanstraße“ danke ich für die freundliche und wohlwollende Aufnahme und Unterstützung, die es mir ermöglichte, Daten bei ambulant-psychiatrisch behandelten Patienten sowie deren Behandlern zu erheben.

Besondere Erwähnung verdienen alle Patienten und Ärzte, die sich die Zeit genommen haben, die Fragebögen auszufüllen. Ich werde vor allem das gemeinsame Ausfüllen der Fragebögen mit psychisch schwer kranken Patienten in den geschlossenen Abteilungen nie vergessen. Unter diesen besonderen Bedingungen haben sich anregende und spannende Diskussionen zum Thema Shared Decision Making ergeben, die ich als sehr bereichernd erlebt habe.

Abschließend bedanke ich mich von ganzem Herzen bei meinem Ehemann Thomas Kohl, der mich, wie bei all meinen privaten und beruflichen Plänen, unterstützt und motiviert hat.

# 11 Lebenslauf

## Berufserfahrung

---

- Seit 01/2017: Stationsärztin auf der allgemeinspsychiatrischen Station J2a (Schwerpunkt: Behandlung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar (Chefarzt Univ.-Prof. Dr. Hans Förstl)
- 01/2015-12/2017: Stationsärztin in der Tagesklinik 50plus und Ambulanzärztin am Zentrum für kognitive Störungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar
- 01/2014-12/2014: Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe "Versorgungsforschung und Patientenorientierung" (Leitung: Prof. Dr. Johannes Hamann) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar

## Wissenschaftliche Tätigkeit

---

- Wissenschaftliche Vorträge:
  - Teilnahme am BMBF- geförderten Medienworkshop "Forschungsergebnisse erfolgreich präsentieren und kommunizieren" im Rahmen des DGKJP-Kongress, 03/2017
  - „*The Psychiatric Day Clinic throughtout Europe*“ und „*Shared Decision Making- Welche Faktoren beeinflussen die Partizipationsbereitschaft psychiatrischer Patienten?*“; Postervorträge im Rahmen des WPA 2017, Berlin
  - „*Sind psychiatrische Patienten motiviert eine partizipative Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen? Entwicklung und Validierung eines Messinstruments*“; Postervortrag im Rahmen des DGPPN 2016, Berlin
  - „*Psychiatrische Tageskliniken- Entwicklung und Potential*“; Interne Fortbildungsveranstaltung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München, 11/2016
  - „*Involving patients and getting involved as a patient in decision making about schizophrenia treatment*“; Postervortrag im Rahmen des DGPPN 2014, Berlin

- Publizierter Artikel:  
*“What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists”*  
 Hamann, J., Kohl, S., McCabe, R., Buhner, M., Mendel, R., Albus, M., Bernd, J., Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 51 (2016) 617-625

## Lehrtätigkeit

---

- Seit 02/2016: Dozentin an der Döpfer Schule München, Unterrichtsfach Psychiatrie
- Betreuung von Medizinstudenten im Rahmen des Blockpraktikums Psychiatrie am Klinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München

## Fort- und Weiterbildung

---

- Fortbildung „Gerontopsychiatrie“, DGPPN 2014
- 05/2014: Zweitägiges Seminar zum Thema „Das Harvard- Konzept, erfolgreich Verhandeln“, Technische Universität München, Wissenstransfer und Messewesen
- 05/2013: Fortbildungsveranstaltung für Medizinstudenten im Praktischen Jahr („Arzt werden – Arzt sein“, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Kostenz)

## Schulische Bildung/ Studium

---

- 10/2013: Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- Wintersemester 2009/10 – Sommersemester 2013: Fortführung des Studiums der Humanmedizin an der Technischen Universität München
- 08/2009: Erste Ärztliche Prüfung an der Ludwig-Maximilian-Universität
- Wintersemester 2007/08 – Sommersemester 2009: Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilian-Universität
- 1998 – 2007: Pestalozzigymnasium, München mit Erlangen der allgemeinen Hochschulreife
- 1994 – 1998: Grundschule an der Türkenstraße, München