

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin  
im St. Hedwig-Krankenhaus

DISSERTATION

**Patientenzufriedenheit und therapeutische Allianz  
untergebrachter und freiwilliger psychiatrischer Patienten im  
Vergleich**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Carolin Dorothee Elz  
aus Haan

Datum der Promotion <330840237

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	6
Abstract (Deutsch).....	8
Abstract (English).....	10
1 Einleitung.....	12
1.1 Unterbringung in der Psychiatrie.....	14
1.1.1 Rechtliche Aspekte.....	14
1.1.2 Beeinflussende und assoziierte Faktoren.....	16
1.1.3 Subjektive Auswirkungen.....	18
1.2 Das Konstrukt Patientenzufriedenheit.....	20
1.2.1 Instrumente zur Erhebung der Patientenzufriedenheit.....	21
1.2.2 Kritik am Konstrukt Patientenzufriedenheit.....	22
1.2.3 Ergebnisse bisheriger Forschung zu Patientenzufriedenheit.....	23
1.3 Das Konstrukt therapeutische Allianz.....	24
1.3.1 Instrumente zur Messung der therapeutischen Allianz.....	26
1.3.2 Ergebnisse bisheriger Forschung zu therapeutischer Allianz.....	27
1.4 Herleitung der Aufgabenstellung.....	28
1.5 Hypothesen.....	29
2 Methoden.....	30
2.1 Studiendesign.....	30
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	30
2.3 Studienablauf.....	31
2.4 Messinstrumente.....	31
2.4.1 Basisdaten-Bogen.....	32
2.4.2 Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ).....	32
2.4.3 Working Alliance Inventory (WAI).....	33
2.4.4 Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	33
2.4.5 Clinical Global Impressions (CGI).....	34
2.5 Statistische Methoden.....	34
3 Ergebnisse.....	35
3.1 Stichprobengewinnung.....	35
3.2 Beschreibung der Stichprobe.....	35

3.3 Dimensionalität, interne Konsistenz und Trennschärfe des WPAZ.....	38
3.4 Berechnung des WPAZ-Gesamtscores und der WPAZ-Subscores.....	39
3.5 Berechnung des WAI-Scores und der WAI-Subscores.....	39
3.6 Überprüfung der Hypothese 1.....	40
3.6.1 Confounderanalyse.....	43
3.6.2 Zusammenfassung.....	45
3.7 Überprüfung der Hypothese 2.....	45
3.7.1 Confounderanalyse.....	48
3.7.2 Zusammenfassung.....	50
4 Diskussion.....	51
4.1 Ergebnisdiskussion.....	51
4.2 Methodendiskussion.....	56
4.3 Schlussfolgerungen.....	59
Literaturverzeichnis.....	63
Anhang.....	73
Anhang-Tabellen.....	73
Basisdaten-Bogen.....	81
Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ) – Patientenversion.....	84
Working Alliance Inventory (WAI) – Patientenversion.....	86
Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	88
Clinical Global Impressions (CGI).....	89
Eidesstattliche Versicherung.....	90
Lebenslauf.....	91
Danksagung.....	92

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abhängigkeitserkr.	Abhängigkeitserkrankung
ANCOVA	Analysis of Covariance
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
CALPAS	California Psychotherapy Alliance Scale
CGI	Clinical Global Impressions
df	Freiheitsgrade
Erkr.	Erkrankung
F2x	ICD-10-Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30	ICD-10-Diagnose manische Episode
F31	ICD-10-Diagnose bipolare affektive Störung
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GG	Grundgesetz
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
i.E.	im Erscheinen
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
KH	Krankenhaus
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium
M	Mittelwert
MANCOVA	Multivariate Analysis of Covariance

---

n	Stichprobengröße
p	Signifikanzwert
PEPP	Pauschalisierendes Psychiatrisches Entgeltsystem
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
$p\eta^2$	partielles Eta-Quadrat
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
UnterbrG	Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung
WAI	Working Alliance Inventory
WAI-S	Working Alliance Inventory-Short
WAI-SR	Working Alliance Inventory-Short Revised
WPAZ	Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
WPAZ_A	Subskala „Ganzheitliches Akzeptiert-Werden“ des WPAZ
WPAZ_F	Subskala „Familieneinbeziehung“ des WPAZ
WPAZ_P	Subskala „Partizipation“ des WPAZ
WPAZ_S	Subskala „Stationsatmosphäre“ des WPAZ
WPAZ_W	Subskala „Wirksamkeit“ des WPAZ
ZUF	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Abbildung 1: Rekrutierung der Studienpopulation.....	36
Abbildung 2: Boxplots der WPAZ-Gesamtscores freiwilliger und untergebrachter Patienten.....	41
Abbildung 3: Boxplots der WPAZ-Subskalenscores freiwilliger und untergebrachter Patienten.....	42
Abbildung 4: Boxplots der WAI-Gesamtscores freiwilliger und untergebrachter Patienten.....	47
Abbildung 5: Boxplots der WAI-Subskalenscores freiwilliger und untergebrachter Patienten....	48

### Tabellen

Tabelle 1: Operationalisierung der Konstrukte.....	32
Tabelle 2: Demographische, krankheits- und behandlungsbezogene Daten von freiwilligen und untergebrachten Patienten im Vergleich.....	37
Tabelle 3: Interne Konsistenz der WPAZ-Subskalen.....	39
Tabelle 4: Größe der Stichproben mit gültig beantworteten WPAZ-Scores.....	40
Tabelle 5: Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen für die Stichprobe n=217.....	43
Tabelle 6: Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen für die Stichprobe n=211.....	44
Anhang-Tabelle 1: Rotierte Komponentenmatrix.....	73
Anhang-Tabelle 2: Trennschärfe der WPAZ-Items.....	74
Anhang-Tabelle 3: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests in der Gruppe der freiwilligen Patienten (n=209).....	75
Anhang-Tabelle 4: Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests in der Gruppe der untergebrachten Patienten (n=49).....	75
Anhang-Tabelle 5: Allgemeines lineares Modell: ANCOVA; abhängige Variable: WPAZ-Gesamtscore.....	75
Anhang-Tabelle 6: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests (n=211).....	76
Anhang-Tabelle 7: Ergebnisse der Levene-Tests; abhängige Variable: WPAZ_F; WPAZ_W; WPAZ_P; WPAZ_A.....	76
Anhang-Tabelle 8: Zwischensubjekteffekte – Univariate ANOVAs.....	77
Anhang-Tabelle 9: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow Tests in der Gruppe der freiwilligen Patienten (n=209).....	79

---

Anhang-Tabelle 10: Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests in der Gruppe der untergebrachten Patienten (n=49).....	79
Anhang-Tabelle 11: Allgemeines lineares Modell: ANCOVA; abhängige Variable: WAI-Summenscore.....	79
Anhang-Tabelle 12: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow Tests (n=217).....	80
Anhang-Tabelle 13: Allgemeines lineares Modell: MANCOVA; abhängige Variablen: WAI-Bindung, WAI-Prozess, WAI-Ziele.....	80

---

## **Abstract (Deutsch)**

Über die Auswirkung einer Unterbringung nach BGB oder PsychKG auf das subjektive Outcome stationär-psychiatrischer Behandlung ist nur wenig bekannt. Als subjektive Outcomeparameter sind insbesondere Patientenzufriedenheit und die therapeutische Allianz von Bedeutung: Patientenzufriedenheit spielt im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagements eine zunehmend große Rolle und die therapeutische Allianz gilt als eine der wichtigsten Einflussgrößen psychotherapeutischen Erfolgs, sie korreliert positiv mit dem objektiven Outcome. Unterbringungen im allgemein-psychiatrischen Setting unterliegen national unterschiedlichen Praktiken und Gesetzgebungen. Dies macht Ergebnisse internationaler Studien im Rahmen von Unfreiwilligkeit nicht ohne Weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Ziel war, in einem deutschen Kontext Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz untergebrachter und freiwillig stationär-psychiatrisch behandelter Patienten zu vergleichen. Es sollten Bereiche identifiziert werden, in denen Allianz und Zufriedenheit insbesondere Untergebrachter verbessert werden können.

Die Studie fand an drei psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag in Berlin statt. Eine Stichprobe von insgesamt 258 allgemein-psychiatrischen Patienten – davon 49 für mindestens 24 Stunden nach BGB oder PsychKG untergebracht und 209 nicht untergebracht – wurden mittels standardisierter psychometrischer Instrumente befragt. Die Zufriedenheit wurde mittels des mehrdimensionalen Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ) erhoben; die therapeutische Allianz mittels des dreidimensionalen Working Alliance Inventory (WAI). Darüber hinaus wurden soziodemographische sowie krankheits- und behandlungsbezogene Daten erhoben. Die Schwere der Erkrankung wurde anhand der Clinical Global Impressions (CGI) und das psychosoziale Funktionsniveau anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) durch die Behandler beurteilt.

Freiwillige und untergebrachte Patienten unterschieden sich hinsichtlich klinischer und soziodemographischer Parameter, darunter Diagnoseverteilung und Schweregrad der Erkrankung.

Es stellte sich kein Unterschied in der Gesamtzufriedenheit dar, allerdings waren Untergebrachte hinsichtlich der Dimension des „Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens“ weniger zufrieden. Beide Ergebnisse blieben auch bei Kontrolle der potenziellen Störvariablen Hauptdiagnose und



---

Schweregrad der Erkrankung bestehen. Untergebrachte Patienten bewerteten außerdem die Allianz mit ihrem Therapeuten niedriger als freiwillige. Insbesondere in der Allianz-Dimension, welche die Übereinstimmung hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens abbildet, unterschieden sich die Ratings mit einer weniger positiven Wertung der Untergebrachten.

Aufgrund des Studiendesigns kann ein Kausalzusammenhang zwischen Unterbringung und Zufriedenheit hinsichtlich der Dimension „Ganzheitliches Akzeptiert-Werden“ bzw. therapeutischer Allianz nicht postuliert werden. Angesichts der Ergebnisse können jedoch zwei Ansatzpunkte zur Verbesserung von Allianz und Zufriedenheit untergebrachter Patienten angeregt werden: Einerseits das Aushandeln von Behandlungsvereinbarungen für zukünftige unfreiwillige Aufenthalte und andererseits die Entwicklung strukturierter Interventionen zur Vermittlung des Gefühls, akzeptiert zu werden. Zukünftige Studien sollten ergänzend zum Rechtsstatus subjektives Zwangserleben erheben und die Fallzahl erhöhen, so dass aussagekräftige Confounderanalysen durchgeführt werden können.

---

## **Abstract (English)**

Little is known about the effect of the detention of general-psychiatric patients on the subjective outcome of treatment. Patient satisfaction and therapeutic alliance are especially relevant as subjective outcome parameters: The satisfaction of patients has gained growing importance as part of statutory quality management and the alliance is discussed as one of the most crucial factors of psychotherapeutic success, it correlates positively with objective outcome. In general-psychiatric settings, detention is based on nationally different laws and practices. Therefore, results of international studies cannot easily be transferred into a German context.

The aim of this study was to compare patient satisfaction and therapeutic alliance amongst voluntary and involuntary psychiatric inpatients in a German context. Dimensions in which satisfaction and alliance could be improved in involuntary patients should be identified.

The study was conducted in three psychiatric hospitals in Berlin. A sample of 258 general-psychiatric inpatients – of which 49 were detained for at least 24 hours and 209 were not detained – completed standardized questionnaires. Patient satisfaction was measured with a multi-dimensional questionnaire, the Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ); therapeutic alliance was measured with the three-dimensional Working Alliance Inventory (WAI). Furthermore, socio-demographic, disease- and treatment-related data were collected. The treating physician rated the severity of mental illness using the Clinical Global Impressions (CGI) and level of functioning using the Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

The groups of voluntary and involuntary patients differed with regard to sociodemographic and clinical parameters including distribution of diagnoses and severity of mental illness.

There was no difference in the global satisfaction levels between the groups, but involuntary patients were less satisfied concerning the dimension of „feeling holistically accepted“. Both results remained when controlling for diagnosis and severity of mental illness. Involuntary patients rated the alliance with their therapist as less strong. Ratings differed especially in the alliance-dimension, which depicts the agreement on the process of therapy, with less favourable assessments amongst involuntary patients.

Causality between detention and satisfaction with „feeling holistically accepted“ or therapeutic alliance cannot be concluded. However, in face of the results of this study, two approaches are suggested to improve satisfaction and alliance especially in involuntary patients: treatment

contracts for future involuntary stays and the development of structured interventions to mediate the feeling of being accepted. Future studies in this field should assess the perception of coercion alongside the legal status and increase the sample size allowing better control for counfounders.

# 1 Einleitung

Die Unterbringung psychisch Kranker gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus erwächst weit zurückreichenden historischen Wurzeln: Im 17. Jahrhunderts entstanden europaweit Internierungshäuser, in welchen man psychisch Kranke und andere sozial marginalisierte Gruppen unfreiwillig unterbrachte (Foucault 1969). Die Psychiatrie als medizinische Disziplin entstand erst um 1800 (Brückner 2010) und hat seitdem zahlreiche Reformen durchlaufen. Dennoch stellen auch im Kontext der aktuellen Psychiatrielandschaft Unterbringungsmaßnahmen<sup>1</sup> ein einschneidendes Erlebnis für Betroffene dar (Sibitz et al. 2011) und prägen in nicht unbedeutendem Ausmaß den Alltag von Mitarbeitern<sup>2</sup> psychiatrischer Kliniken. Zwangsunterbringung als Maßnahme wird unter Psychiatern seit über einem Jahrhundert diskutiert und bewegt sich auch heute noch – wie schon im 17. Jahrhundert – im Spannungsfeld zwischen Fürsorge für den Einzelnen und gesellschaftlicher Kontrolle (Foucault 1969; Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2013)

In Deutschland lag die Unterbringungsquote bezogen auf stationär-psychiatrische Aufenthalte zwischen 1993 und 2003 auf einem stabilen Niveau zwischen 14% und 17% (Salize et al. 2009). Sie gehört damit zu den höchsten in Europa (Dreßing und Salize 2004), variiert jedoch stark zwischen den einzelnen Bundesländern (Brieger et al. 2014). Im Berliner Stadtteil Neukölln lag der Anteil der Zwangsunterbringungen im Jahr 2003 bei 12,9% (Haebler et al. 2007). Trotz der Häufigkeit von Zwangseinweisungen bzw. -aufenthalten ist über ihre Auswirkungen auf das objektive sowie subjektive Behandlungs-Outcome wenig bekannt. Dies ist vor allem dem Faktum geschuldet, dass Interventionsstudien mit einer randomisierten Unterbringung aus ethischen Gründen nicht durchführbar sind. Es muss sich daher auf Daten aus Beobachtungsstudien gestützt werden; insgesamt finden Untersuchungen häufig an kleinen Patientengruppen statt, die Datenlage ist dünn und von eingeschränkter Qualität (Katsakou und Priebe 2006; Kallert 2011).

Wer zwangsuntergebracht ist, gehört einer besonders vulnerablen Patientengruppe an – der stationäre Aufenthalt lässt sich durch den Betroffenen nicht abbrechen. Dabei sind

- 
- 1 Unter (zwangsweiser) Unterbringung wird die Maßnahme verstanden, eine psychisch kranke Person gegen oder ohne ihren Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus einzuweisen und/ oder ihr dortiges Verbleiben anzuweisen.
  - 2 Zur leichteren Lesbarkeit dieses Textes wurde die männliche Form personenbezogener Substantive gewählt, sie gilt für Personen beiderlei Geschlechts.

Unterbringungsquoten und -raten in hohem Maße abhängig von Parametern des Gesundheitssystems bzw. Rechtssystems (Dreßing und Salize 2004; Juckel und Haußleiter 2014).<sup>3</sup> Aufgrund dieser besonderen Konstellation sind subjektive Bewertungen von zwangsuntergebrachten Patienten ein ethisch bedeutsamer Forschungsgegenstand und als Outcome zu berücksichtigen. Befragungen Betroffener bieten außerdem die Chance, für die Gestaltung der Therapie wichtige Problemfelder zu definieren und Lösungsansätze zu entwickeln. Von Betroffenenorganisationen wird die Einbeziehung der subjektiven Perspektive u.a. in die Evaluation psychiatrischer Behandlung gefordert und ist vor dem Hintergrund einer „Psychiatrie für die Person“ (Mezzich et al. 2011) im Sinne einer personenzentrierten Versorgung unverzichtbar. Angesichts des Dilemmas zwischen Fürsorge für das Patientenwohl und Autonomiewahrung befürwortet Steinert (2007) die Generierung von Entscheidungen bezüglich Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie auf der Basis expliziter ethischer Theorien einerseits und empirischer Daten andererseits. Dabei hält er die Erforschung subjektiver Bewertungen durch Betroffene als Schicht der Entscheidungsbasis für substantiell. Auch angesichts des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit<sup>4</sup>, welcher bei Unterbringungen gewährleistet sein muss, muss die Patientenperspektive stets in Abwägung der Rechtmäßigkeit der Maßnahme miteinbezogen werden und stellt daher einen wichtigen Forschungsgegenstand dar.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die subjektive Perspektive untergebrachter Patienten mit derjenigen freiwilliger Patienten im stationären allgemein-psychiatrischen Setting zu vergleichen. Dabei wurden zwei Zielparameter gewählt: therapeutische Allianz als entscheidende Einflussgröße psychotherapeutischen Erfolgs (Lambert und Barley 2001) und Patientenzufriedenheit, deren Bedeutung im Rahmen von Qualitätsmanagement in Kliniken in den letzten Jahrzehnten beständig zugenommen hat.

Einleitend beginnt die Arbeit mit einem Kapitel über gerichtliche Unterbringung in der Bundesrepublik Deutschland, wobei sowohl dem objektiven Aspekt, dem juristischen Rahmen, als auch subjektiven Aspekten, den psychosozialen Auswirkungen auf Untergebrachte, Rechnung getragen wird. Anschließend werden die Konstrukte Patientenzufriedenheit und therapeutische Allianz genauer beleuchtet. Über eine Definition und die Betrachtung aktueller Relevanz der beiden Konstrukte hinaus werden Faktoren beschrieben, die Einfluss auf Zufriedenheit und Allianz nehmen. Das Studiendesign, die Messinstrumente und statistischen Methoden werden im

---

3 Ausführliches hierzu siehe Kapitel 1.1.2.

4 Zur Erläuterung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit siehe Kapitel 1.1.1.

Kapitel 2 vorgestellt. Im Kapitel 3 werden die Stichprobe und die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt. Es folgen die Diskussion der Ergebnisse im Kontext vorangegangener Publikationen, eine Fehlerdiskussion sowie eine Darstellung der Implikationen der Ergebnisse im Kapitel 4.

## **1.1 Unterbringung in der Psychiatrie**

Aufgrund des Mangels eines psychiatrischen Registers über Zwangseinweisungen in Deutschland stehen zur Schätzung der Häufigkeiten von gerichtlichen Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) oder den Unterbringungsgesetzen der Länder nur juristisch geführte Datenbanken zur Verfügung. Dies birgt ein gravierendes Problem für Recherchen innerhalb psychiatrischer Untersuchungen: Um eine Aussage zu Unterbringungen im stationär-psychiatrischen Setting zu erhalten, müssen Schätzungen über den Anteil von Pflegeheimmaßnahmen auf Basis regionaler Studien zu Grunde gelegt werden (Salize et al. 2009). Auf Grundlage derartiger Schätzungen errechneten Salize et al. (2009) eine bundesweite Unterbringungsquote auf einem weitgehend stabilen Niveau zwischen 14% und 17% bezogen auf stationär-psychiatrische Aufenthalte in den Jahren 1993 - 2003.

### **1.1.1 Rechtliche Aspekte**

Im Grundgesetz<sup>5</sup> (GG) verankert finden sich das Recht auf Freiheit und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG), sowie das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG), womit die allgemeine Handlungsfreiheit gemeint ist<sup>6</sup>. Dabei gilt das Recht der allgemeinen Handlungsfreiheit unter der Voraussetzung, dass „die Rechte anderer“ nicht verletzt werden „und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz“ verstoßen wird (Art. 2 Abs. 1 GG). Einschränkungen der Freiheit erklärt Art. 104 des GG nur für zulässig, wenn diese aufgrund von Gesetzen vorgenommen werden, und legt zudem fest, dass ausschließlich Richter über „Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung“ zu entscheiden haben.

Der Freiheitsentzug durch eine gerichtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen stellt eine – rechtlich legitimierte – Restriktion

---

5 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11.07.2012 (BGBl. I S. 1478)

6 BVerfGE 6, 32 (36 f.)

seiner Grundrechte dar. Dabei herrscht im Falle von Unterbringung aufgrund von Eigengefährdung ein Konflikt zwischen den Grundrechten: Gerade um das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu schützen, werden das Recht auf Freiheit und das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verletzt; durch Unterlassen der Unterbringung hingegen würde das Recht auf Unversehrtheit verletzt werden. Bezüglich Einschränkungen von Grundrechten gilt das Prinzip der Verhältnismäßigkeit: sie müssen geeignet, erforderlich und angemessen sein und sind daher nur dann statthaft, wenn weniger drastische Maßnahmen nicht zielführend sind.

In Deutschland gibt es (neben strafrechtlichen Maßregeln) zwei Möglichkeiten der zwangsweisen Unterbringung von psychisch kranken Erwachsenen in einem psychiatrischen Krankenhaus: Zum einen die zivilrechtliche Unterbringung durch einen gesetzlichen Vertreter (Betreuer), geregelt auf Bundesebene durch § 1906 BGB<sup>7</sup>; zum anderen die öffentlich-rechtliche Unterbringung kraft Bestimmungen auf Landesebene (Unterbringungsgesetze, Psychisch-Kranken-Gesetze oder in Hessen Hessisches Freiheitsentziehungsgesetz). Historisch handelt es sich bei letzteren um „polizeirechtliche Regelungen zum Schutze der Öffentlichkeit“, wobei heutzutage „der fürsorgliche Gedanke im Vordergrund“ (Deinert und Jegust 2006) steht.

Eine zivilrechtliche Unterbringung gemäß § 1906 BGB ist nur im Falle von Selbstgefährdung möglich. Die landesrechtlichen Bestimmungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung gehen weiter: In einzelnen Bundesländern verschiedentlich formuliert, ist demnach auch eine Unterbringung bei Fremdgefährdung oder bei Gefährdung bedeutender Sachgüter anderer möglich. Das bayrische Unterbringungsgesetz<sup>8</sup> beispielsweise erlaubt eine Zwangsunterbringung psychisch Kranker, wenn sie „in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit oder Ordnung“ gefährden (Art. 1 Abs. 1 Satz 1, UnterbrG). Als Zweck der Unterbringung wird u.a. formuliert, „die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung zu beseitigen“ (Art. 2, UnterbrG). Das Gesetz stellt damit psychiatrische Krankenhäuser in Bayern in die Tradition der ordnungspolizeilichen Funktion der Psychiatrie. Das Berliner PsychKG<sup>9</sup> hingegen erklärt eine zwangsweise Unterbringung von psychisch Kranken nur für zulässig „wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders

---

7 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22.07.2014 (BGBl. I S. 1218)

8 Bayerisches Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (Unterbringungsgesetz - UnterbrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.04.1992 (GVBl. S. 60), zuletzt geändert durch § 1 Nr. 169 der Verordnung vom 22.07.2014 (GVBl. S. 286)

9 Berliner Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) vom 8.3.1985 (GVBl. S. 586), zuletzt geändert durch Artikel III des Gesetzes vom 18.09.2011 (GVBl. S. 483)

bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann“ (§ 8 Abs. 1 PsychKG); als Zweck wird die Abwendung ebendieser Gefahren genannt (§ 9 PsychKG).

Bei Gefahr im Verzug kann eine Unterbringung – ob nach § 1906 BGB oder nach den Unterbringungsgesetzen der Länder – auch ohne richterliche Genehmigung erfolgen, allerdings ist in diesem Fall umgehend der entsprechende Antrag nachzuholen. In Berlin beispielsweise endet eine derartige vorläufige Unterbringung nach § 26 Abs. 1 PsychKG spätestens mit Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages.

Das Unterbringungsverfahren an sich ist – unabhängig davon, ob es auf Grundlage des § 1906 BGB oder der Unterbringungsgesetze der Länder erfolgt – seit September 2009 einheitlich nach §§ 312 ff. FamFG<sup>10</sup> geregelt. Hier ist unter anderem festgelegt, dass die Zuständigkeit beim Betreuungsgericht liegt, ein ärztliches Sachverständigengutachten eingeholt werden und ein Verfahrenspfleger bestellt werden muss, sowie dass eine persönliche Anhörung stattfinden muss und dass der Betroffene Beschwerde einlegen kann.

### **1.1.2 Beeinflussende und assoziierte Faktoren**

Im folgenden Abschnitt soll erläutert werden, welche Patientenvariablen einen Prädiktor für den Rechtsstatus<sup>11</sup> darstellen.

Kallert et al. (2008) betrachteten in ihrem Review Unterschiede zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Patienten bei oder kurz nach Aufnahme; sie schlossen insgesamt 41 Studien mit 40 bis 1541 Patienten ein. Das Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik präsentierte sich in beiden Gruppen gleich groß. Inkonsistent hingegen stellten sich die Ergebnisse bezüglich des sozialen Funktionsniveaus und der Krankheitseinsicht dar. Juckel und Haußleiter (2014) führten auf Basis verschiedener Datensätze aus NRW Untersuchungen zu den mit Unterbringung assoziierten Faktoren durch. In einem „Matched-pair“-Vergleich zwischen 456 nach PsychKG aufgenommenen und freiwillig aufgenommenen Patienten zeigten sich einige Unterschiede: Kürzer als ein Jahr Erkrankte hatten ebenso wie zusätzlich Suchterkrankte und Obdachlose ein erhöhtes Risiko, zwangsuntergebracht zu werden. Menschen, die mit ihren Familien in einem

---

10 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17.12.2008 (BGBl. I S. 2586), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20.06.2014 (BGBl. I S. 786)

11 Mit dem Begriff Rechtsstatus ist die juristische Grundlage für einen stationären psychiatrischen Aufenthalt gemeint, wobei der Rechtsstatus die Ausprägungen „freiwillig“ oder „untergebracht“ annehmen kann.



Haushalt leben, wurden ebenfalls mit größerer Wahrscheinlichkeit untergebracht. Erwerbstätigkeit hingegen war ein protektiver Faktor. Eine Analyse von 230 000 stationären Aufnahmen inklusive 17 000 Unterbringungen nach PsychKG lieferte Erkenntnisse zur Diagnoseverteilung: Die meisten Unfreiwilligen waren an einer psychotischen Störung erkrankt (31%), die meisten Freiwilligen hingegen litten an einer Suchterkrankung (37%); organische psychische Störungen waren bei den untergebrachten Patienten überrepräsentiert. Etwa ein Drittel der zwangsuntergebrachten Patienten wurde das erste Mal stationär-psychiatrisch behandelt.

Ob ein Patient untergebracht wird, wird nicht allein von Patienten- bzw. Krankheitsvariablen oder dem Gefährlichkeitskriterium<sup>12</sup> bestimmt, sondern unterliegt einer Reihe weiterer Faktoren, auf welche im Folgenden kurz eingegangen wird.

Juckel und Haußleiter (2014) fanden, dass eine Vorstellung im Bereitschaftsdienst doppelt so oft zu PsychKG-Unterbringungen führt und dass Unterbringungen gehäuft in den Sommer-, d.h. Urlaubsmonaten, vorkommen. Aus Befragungen von Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten sowie Daten der Region errechneten Juckel und Haußleiter (2014), dass die Unterbringungsrate in einer Region positiv mit der Einwohnerzahl, dem Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund und einer hohen Arbeitslosenquote korreliert; ein hohes Angebot ambulanter Kriseninterventionsmöglichkeiten hingegen war mit einer geringeren Unterbringungsrate assoziiert. Dreßing und Salize (2004) publizierten einen Artikel über die rechtlichen Rahmenbedingungen von Zwangsunterbringung sowie Unterbringungsquoten im europäischen Vergleich: Die Quote variierte zwischen 3,2% in Portugal und 30% in Schweden. Dies wird auf unterschiedliche Gesetzgebungen, aber auch Praktiken der Unterbringung zurückgeführt. Die Unterbringungsquoten in Ländern mit gesetzlich vorgeschriebener Einbeziehung eines Rechtsbeistandes präsentierten sich signifikant niedriger als in Ländern, in welchen Unterbringung eine alleinig medizinische Entscheidung ist. In Italien, Spanien und Schweden reicht eine psychische Störung samt Behandlungsbedürftigkeit für eine Zwangsunterbringung, das Kriterium einer Gefahrenabwendung wird nicht gefordert. In Dänemark, Griechenland, Großbritannien und Italien ist es möglich, behandlungsbedürftige, aber einsichtsfähige, Patienten gegen ihren Willen unterzubringen, ohne dass eine Gefahr für sich oder andere vorliegen muss. Diese verschiedenen Kriterien für eine Unterbringung zeigten in der

---

12 Der Begriff Gefährlichkeitskriterium umfasst Eigen- sowie Fremdgefährdung.

Untersuchung von Dreßing und Salize (2004) allerdings interessanterweise keinen Einfluss auf die Unterbringungsquoten und -raten.

Auch Arztvariablen spielen bei der Entscheidung zu Zwangsunterbringungen eine Rolle: Eine Schweizer Studie, welche im Genfer Universitätsklinikum durchgeführt wurde, zeigte einen deutlichen Einfluss der Qualifikation des unterbringenden Arztes: So sank die Unterbringungsquote, nachdem das Recht zur Unterbringung Fachärzten für Psychiatrie vorbehalten wurde (Eytan et al. 2013).

Bezüglich des Outcomes untergebrachter Patienten finden sich nur relativ wenige Studien. Wie bereits eingangs erwähnt, sind Interventionsstudien mit einer randomisierten Unterbringung aufgrund der ethisch-rechtlichen Problematik nicht durchführbar. Katsakou und Priebe (2006) analysierten 18 Studien mit 16 bis 138 Teilnehmenden und stellten heraus, dass zwangseingewiesene Patienten eine signifikante Besserung des klinischen Zustandes zeigen. In der oben genannten Übersichtsarbeit von Kallert et al. (2008) stellten sich keine Unterschiede zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Patienten bezüglich der Behandlungs-Compliance und der Reduktion psychopathologischer Symptome dar, allerdings sind zwangsuntergebrachte Patienten häufiger unzufrieden, finden ihre Einweisung häufiger ungerechtfertigt und zeigen nachfolgend ein geringeres soziales Funktionsniveau. Priebe et al. (2011) führten eine longitudinale Beobachtungsstudie mit 778 zwangsuntergebrachten Patienten durch. Outcomeparameter wie soziale Kontakte, Erwerbstätigkeit und Wohnsituation verschlechterten sich innerhalb des ersten Monats signifikant und blieben dann weitgehend stabil. Die Symptomausprägung nahm innerhalb der ersten drei Monate ab und blieb dann unverändert. Eine höhere Behandlungszufriedenheit während des stationären unfreiwilligen Aufenthaltes prädizierte eine höhere subjektive Lebensqualität in der Follow-up-Untersuchung ein Jahr nach der unfreiwilligen Aufnahme.

### **1.1.3 Subjektive Auswirkungen**

Eine unfreiwillige Unterbringung kann nach Steinert (2007) das Vertrauen zu anderen – insbesondere zu Ärzten – erschüttern und so die therapeutische Beziehung gefährden. In einer irischen Studie berichten etwa ein Viertel der befragten Patienten über eine negative Auswirkung der Unterbringung auf die Arzt-Patienten-Beziehung (O'Donoghue et al. 2010). Patienten berichten außerdem über Stigmatisierung und Diskriminierung nach einem erzwungenen

Psychiatrieaufenthalt (Sibitz et al. 2011). Dieser Zusammenhang wird durch quantitative Studien bestätigt (Thornicroft et al. 2009).

Per definitionem muss die direkte Reaktion auf eine Unterbringung ablehnend sein, denn bei Zustimmung wäre die Zwangsmaßnahme umgehend zu beenden. Zum Zeitpunkt der Unterbringung beschreiben Armgart et al. (2013) als emotionale Reaktionen vor allem Wut, Ärger, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Bei den *retrospektiven* emotional-kognitiven Reaktionen der Betroffenen auf eine Unterbringung werden insgesamt drei übergeordnete unterschieden: eine positive, eine negative und eine ambivalente Einstellung. Zu den positiven Reaktionen zählen das Erleben der Unterbringung als Entlastung (Längle und Bayer 2007) und als notwendige Maßnahme zur Abwendung von Leid und Schaden (Katsakou et al. 2012), sowie die Beurteilung als positiv für den Gesundungsprozess (Längle und Bayer 2007) und als Möglichkeit der Erholung an einem sicheren Ort (Katsakou et al. 2012). Negative Rückmeldungen beziehen sich v.a. auf das Erleben der Unterbringung als ungerechtfertigte Verletzung der Autonomie mit der Folge einer permanenten Bedrohung der Unabhängigkeit (Katsakou et al. 2012) und als negativ für den Gesundungsprozess (Längle und Bayer 2007). Ambivalent eingestellte Patienten vertreten die Meinung, weniger drastische Maßnahmen hätten ausgereicht, die Probleme zu bewältigen, aber der Krankenhausaufenthalt sei nötig gewesen und habe weiteren Schaden verhindert (Katsakou et al. 2012).

Bezüglich der subjektiven Beurteilung der eigenen Zwangseinweisung steigt der prozentuale Anteil derer, die die Unterbringung nachträglich als „richtig“ beurteilen mit zunehmendem Abstand zu dem Ereignis an (Priebe et al. 2010). In der Studie von Priebe et al. (2010) werden die Beurteilungen in elf europäischen Ländern verglichen: Das Urteil „richtig“ geben nach einem Monat zwischen 39% und 71%, nach drei Monaten zwischen 46% und 86%; für die deutsche Population ergaben sich Anteile von 64% nach einem und 70% nach drei Monaten. Etwa zwei Drittel akzeptierten ihrer Zwangseinweisung in Deutschland also als gerechtfertigt, immerhin etwa ein Drittel empfindet sie jedoch auch retrospektiv als ungerechtfertigt. Die auffallend hohen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern könnten aus unterschiedlichen Gesetzgebungen und unterschiedlichen Praxen der Unterbringung erwachsen, spekulieren Priebe et al. (2010).

Qualitative Studien zum Erleben Betroffener identifizieren drei Hauptbereiche, in welchen zwangsuntergebrachte Patienten Einschränkungen erleben: Autonomie, Behandlungsqualität und Selbstwertgefühl (Katsakou und Priebe 2007). Allerdings spielt die Vermittlung von

Zwangsunterbringungen eine große Rolle für die subjektive retrospektive Bewertung: Wird eine gewisse Entscheidungsfreiheit gewährt, wird Partizipation an Entscheidungen gefördert und authentisches Interesse für den Betroffenen vermittelt, so wird eine Zwangsunterbringung als weniger negativ erlebt (Katsakou und Priebe 2007; Sibitz et al. 2011).

## 1.2 Das Konstrukt Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit beschreibt die subjektive und positive Bewertung verschiedener Dimensionen einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten (Linder-Pelz 1982). Sie hat in den letzten Jahrzehnten als Baustein der Evaluation medizinischer Versorgung an Bedeutung gewonnen. Dieser Entwicklung liegen zwei Strömungen zugrunde: der Trend zum Qualitätsmanagement auf der einen Seite und – dies gilt insbesondere für die Psychiatrie – der Trend zur Patientenpartizipation in Behandlungsgestaltung und -evaluation auf der anderen Seite.

Der zunehmende wirtschaftliche Wettbewerb zwischen nicht-staatlichen Institutionen des Gesundheitswesens lässt subjektive Patientenmeinungen in den Vordergrund treten, denn als Dienstleistungseinrichtungen sind sie abhängig von ihren Kunden – den Patienten. In Deutschland ist im § 135a SGB V<sup>13</sup> die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement durch Leistungserbringer des Gesundheitssektors gesetzlich verankert. Als Ziel wird formuliert, insbesondere Ergebnisqualität – zu welcher Patientenzufriedenheit gezählt wird – zu verbessern. Es ist bekannt, dass zufriedene Patienten bei Bedarf Behandlungsangebote eher in Anspruch nehmen (Keith 1998; Boyer et al. 2009) und eine höhere Compliance zeigen als unzufriedene (Chue 2006). Über die Beziehung zu Compliance beeinflusst Patientenzufriedenheit das klinische Behandlungsergebnis und wird daher als eigenständiger Outcome-Parameter betrachtet (Fitzpatrick 1991b).

Neben dieser in erster Linie ökonomischen Perspektive gibt es gewissermaßen eine partnerschaftliche – mehr und mehr werden Patienten als Ko-Produzenten ihrer eigenen Gesundheit begriffen. Tradierte Rollen werden allmählich aufgelöst: Weder den Arzt als paternalistischen Allwissenden noch den Patienten als ausschließlich passiven Leistungsempfänger gibt es noch – ihr Verhältnis zueinander ändert sich. Farkas et al. (2005) diskutieren das Erheben von Patientenzufriedenheit im Rahmen von Selbstbestimmung und Einbeziehung Betroffener in den Evaluationskreislauf.

---

13 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462)

Zudem verlangt der ärztliche Berufsethos, der Resonanz von Patienten Raum zu geben und aus ihren Unzufriedenheiten zu lernen. Behandlungszufriedenheit wird in besonders hohem Maße durch die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bestimmt (Möller-Leimkühler und Dunkel 2003) und wird als „zentraler Indikator für die Akzeptanz einer Behandlung diskutiert“ (Hannöver et al. 2000, S. 293). Ihre Erhebung ist daher für ärztlich Tätige als Feedback-Verfahren nicht zu unterschätzen.

Jacob und Bengel (2000) legen dar, dass sich der Begriff der Patientenzufriedenheit an dem der Kundenzufriedenheit – einem Konzept aus der Wirtschaft – orientiert. So wird davon ausgegangen, dass Patienten *a priori* Erwartungen an die Behandlung hegen, an welchen sie die Wahrnehmung der tatsächlich erhaltenen Behandlung messen (Jacob und Bengel 2000); Zufriedenheit entsteht in diesem Modell als Funktion von *a priori* Erwartung und Wahrnehmung – liegen sie nahe beieinander oder übersteigt gar die Wahrnehmung die Erwartungen, so sind Patienten besonders zufrieden. Allerdings finden sich in der Forschungsliteratur dieses Gebietes zahlreiche weitere Konzeptionen. So beschreibt Keith (1998) beispielsweise neben der kognitiven Komponente der Zufriedenheit – der Bildung eines Werturteils – eine emotionale Komponente, welche das Urteil beeinflusst. Über die Wahrnehmung und Erwartung hinaus entwickelte Linder-Pelz (1982) drei weitere Determinanten der Patientenzufriedenheit: Werteinstellungen („values“), das Gefühl, einen Anspruch auf Aspekte medizinischer Behandlung zu haben („entitlement“) und der interpersonelle Vergleich („interpersonal comparison“). Andere Autoren definieren Patientenzufriedenheit gar als „komplexe[n] psychosoziale[n] Regulations- und Adaptationsprozess“ (Möller-Leimkühler und Dunkel 2003, S. 40).

In der Forschungspraxis wird Patientenzufriedenheit meist operational definiert. Ihre Erhebung erfolgt überwiegend mittels ad hoc entwickelter standardisierter Fragebögen; zur Konstruktion der Fragen werden dabei je nach Intention der Studie, medizinischer Disziplin und Setting (z.B. stationär) verschiedene Dimensionen der Patientenzufriedenheit herangezogen.

### **1.2.1 Instrumente zur Erhebung der Patientenzufriedenheit**

Im Allgemeinen werden zur Erhebung von Patientenzufriedenheit standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Unterschieden werden dabei Globalbeurteilungsinstrumente und Instrumente, welche verschiedene Aspekte der Behandlung getrennt abbilden.

Ein Beispiel für ein im deutschsprachigen psychiatrischen Raum häufig eingesetztes und validiertes sowie reliables Globalbeurteilungsinstrument ist der „Fragebogen zur Patientenzufriedenheit“ (ZUF) von (Schmidt et al. 1989), eine Übersetzung des „Client Satisfaction Questionnaire“ (Attkisson und Zwick 1982), welches an stationäre Psychotherapie adaptiert wurde.

Nicht-Global-Beurteilungsinstrumente werden zumeist zum Zwecke einer Studie neu entwickelt und zeichnen sich gegenüber Globalbeurteilungsinstrumenten durch eine größere Inhaltsvalidität aus (Boyer et al. 2009). Zum Teil werden sie aus setting-spezifischen Fragen (z.B. für ein akut-stationäres Setting) konstruiert, welche eine größere Antwortvarianz zur Folge haben als generelle Fragen (Pascoe und Attkisson 1983). Gewöhnlich werden Antworten auf einer Likert-Skala erhoben, die Abstufungen der Bewertung erlaubt. Fitzpatrick (1991a) empfiehlt zur Analyse die Bildung von Summenskalen. Die Art der Fragestellung bzw. Sachverhaltsformulierung kann entweder direkt Zufriedenheit ansprechen (z.B. „Ich bin zufrieden mit dem erhaltenen Ausmaß an Information.“) oder indirekt (z.B. „Ich erhielt vollständige Informationen über Behandlung und Therapie meiner Erkrankung.“). Gelegentlich gibt es im Anschluss an standardisierte Fragen Raum für offene Antworten.

Nur ausgesprochen selten werden qualitative Interviews geführt, um das Ausmaß der Patientenzufriedenheit zu erkunden.

### **1.2.2 Kritik am Konstrukt Patientenzufriedenheit**

Als „intuitiv [...] eingängiges Konzept“ und einleuchtendes Ziel medizinischer Behandlung (Möller-Leimkühler und Dunkel 2003, S. 40) erfreuen sich Patientenzufriedenheitsratings recht großer Popularität. Die Ansicht, dass Patientenzufriedenheit ein zu wenig theoretisch untermauertes Konzept sei, ist jedoch weit verbreitet (Lebow 1983; Avis et al. 1995; Jacob und Bengel 2000; Möller-Leimkühler und Dunkel 2003). Schon 1982 forderte Linder-Pelz, in der Patientenzufriedenheitsforschung einen größeren Schwerpunkt auf Theoriebildung zu legen.

Dem Fehlen einer elaborierten Theorie der Patientenzufriedenheit ist die operationale Definition in den meisten Studien geschuldet. Von den Forschenden werden dem Konstrukt unterschiedliche Dimensionen in variierender Anzahl zugeschrieben; die Dimensionen wiederum werden mit einer variierenden Anzahl an Items gemessen. Durch Bildung eines Summenscores wird dann das Maß der Zufriedenheit ermittelt. Dieses Vorgehen wird kritisch diskutiert, denn

obwohl die Arzt-Patienten-Beziehung unabhängig vom Setting stets von herausragender Bedeutung für die Zufriedenheit ist (Möller-Leimkühler und Dunkel 2003), lassen Patienten die Komponenten der Zufriedenheit scheinbar individuell unterschiedlich gewichtet in ihr Gesamturteil einfließen (Ross et al. 1993, zitiert nach Jacob und Bengel (2000)). Damit steht die Validität des Konstruktes in Frage. Ist das Ergebnis der Erhebung wirklich ein Maß für das Konstrukt, welches zu messen beabsichtigt war?

Neben Unklarheiten darüber, wie Patientenzufriedenheit als Konstrukt zu definieren ist, wie sie genau entsteht und welche Faktoren sie im Einzelnen determinieren, irritieren die beständig positiven Ratings. Fitzpatrick (1991b) merkt an, dass 80% der Patienten in Erhebungen zufrieden sind und zwar unabhängig vom Iteminhalt. Viel zitiert werden in diesem Zusammenhang Williams et al. (1998), welche im Anschluss an eine standardisierte Erhebung Patienten in Interviews zu ihrer Zufriedenheit befragten. Dabei fand sich durch die Fragebögen eine deutliche Verzerrung der Antworten in Richtung eines positiven Urteils. Sind trotz der geringen Antwortvarianz Fragebögen also überhaupt zur Abbildung von tatsächlicher Patientenzufriedenheit und Patienten-*Unzufriedenheit* geeignet? Zur Beantwortung müssen Globalbeurteilungsinstrumente von Instrumenten, die verschiedene Bewertungsaspekte getrennt darstellen, unterschieden werden, denn erstere produzieren eine deutlich höhere Zufriedenheit (Möller-Leimkühler und Dunkel 2003).

Divergierende Dimensionierungen und damit divergierende Konzeptionen der Patientenzufriedenheit erschweren den Vergleich von Ergebnissen zwischen verschiedenen Studien.

### **1.2.3 Ergebnisse bisheriger Forschung zu Patientenzufriedenheit**

Die meisten Studien identifizieren einen unfreiwilligen Rechtsstatus als Prädiktor einer niedrigeren Patientenzufriedenheit (Hansson 1989; Leavey et al. 1997; Greenwood et al. 1999; Modestin et al. 2003; Sørgaard 2007). Allerdings finden Iversen et al. (2007) und Pieters (2003) keinen derartigen Zusammenhang. Kjellin et al. (1997) finden ebenso wenig einen Zusammenhang dieser Art, allerdings erhoben sie Patientenzufriedenheit mittels einer dichotomen 1-Item-Skala, welche als weniger inhaltstvalid gilt als Nicht-Global-Beurteilungsinstrumente (Boyer et al. 2009).

Die Ergebnisse des Einflusses soziodemographischer Variablen auf die Zufriedenheit

psychiatrischer Patienten im stationären Kontext zeigen sich insgesamt inkonsistent. Mit Ausnahme der Publikationen von Längle et al. (2003) und Leavey et al. (1997) findet sich in der Forschungsliteratur ein positiver Zusammenhang zwischen Alter und Patientenzufriedenheit (Hansson 1989; Greenwood et al. 1999; Modestin et al. 2003; Iversen et al. 2007). Bezüglich des Einflusses von Gender finden Greenwood et al. (1999) Männer zufriedener, Pieters (2003) dagegen Frauen. Längle et al. (2003) beschreiben eine Assoziation mit dem Bildungsgrad: Ein Universitätsabschluss ist mit niedrigerer Zufriedenheit assoziiert. Katsakou et al. (2010) finden keinerlei Korrelationen mit soziodemographischen Variablen bei zwangsuntergebrachten Patienten.

Kelstrup et al. (1993) fanden, dass affektiv Erkrankte zufriedener waren als Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; Längle et al. (2003) und Leavey et al. (1997) hingegen fanden keinen Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose. Wiederholt stellte sich ein inverser Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und der Ausprägung psychiatrischer Symptome dar (Katsakou und Priebe 2006; Katsakou et al. 2010). Es wurde außerdem eine positive Korrelation zwischen Symptombesserung und Patientenzufriedenheit beschrieben (Katsakou et al. 2010).

### **1.3 Das Konstrukt therapeutische Allianz**

Die therapeutische Allianz (Synonyme: Allianz, *working alliance*, *helping alliance*) gilt gemeinhin als Komponente der (psycho-)therapeutischen Beziehung und trägt mehr als jeder andere untersuchte Einzelfaktor zum Therapieergebnis bei (Lambert und Barley 2001). Trotz der Unterschiede klassischer psychotherapeutischer und psychiatrischer Settings ist die Allianz auch in der Psychiatrie von zentraler Bedeutung (McCabe und Priebe 2003). Priebe und McCabe (2008) beschreiben es als eine Hauptaufgabe der Sozialpsychiatrie, die therapeutische Beziehung zu erforschen und Methoden zu entwickeln, diese in allgemeinpsychiatrischen Settings zu stärken. Das wissenschaftliche Interesse an dem Konstrukt der therapeutischen Allianz hat in den letzten 30 Jahren wegen des Zusammenhangs therapeutischer Allianz zum Outcome zugenommen (Martin et al. 2000), eine einheitliche Definition bzw. Konzeption findet sich in der Forschungsliteratur jedoch nicht. Wilmers et al. (2008) beschreiben die Allianz als „zielgerichtete Zusammenarbeit von Patient und Therapeut“, Horvath und Bedi (2002) definieren Allianz als die Qualität und Stärke der kollaborativen Beziehung zwischen Therapeut und Klient in einem therapeutischen Setting.



Ein Blick auf die historische Entwicklung des Begriffs soll helfen, diesen klarer zu fassen. Die therapeutische Allianz ist psychoanalytischen Ursprungs; Freud beschrieb Aspekte der therapeutischen Beziehung schon 1913. Horvath und Luborsky (1993) ermitteln zwei kontroverse Perspektiven in der psychoanalytischen Literatur der auf Freud folgenden Jahrzehnte: die Allianz *in Abgrenzung* zur Übertragung und die Allianz *als Manifestation* der neurotischen Übertragungsreaktion. Diese verschiedenen Perspektiven haben durchaus praktische Relevanz, denn als Übertragungsleistung wäre die therapeutische Allianz in besonderem Maße geprägt durch vorangegangene Beziehungen des Klienten. Gaston (1990) zufolge wird therapeutische Allianz von psychodynamischen Theoretikern zunehmend breit definiert, in dem Sinne, dass sie einerseits als von Übertragung distinktes Konzept zu sehen ist und andererseits von vorangegangenen Erfahrungen beeinflusst wird. Im psychoanalytischen Kontext ist Allianz dabei am ehesten als Bindungskonzept aufzufassen (Hentschel 2005).

Die Therapeuten-Patienten-Beziehung ist elementarer Bestandteil jeder Psychotherapie. Bordin (1979) trug maßgeblich dazu bei, das ursprünglich psychoanalytische Konzept der Allianz für andere Psychotherapieformen nutzbar zu machen. Als die drei Elemente einer tragfähigen Arbeitsbeziehung (*working alliance*) definiert er Übereinstimmung bezüglich Zielen, Übereinstimmung bezüglich Aufgaben und Bindung zwischen Therapeut und Patient. Er argumentiert, dass jede Therapie ungeachtet ihrer Ausrichtung auf einer Arbeitsbeziehung fuße; Unterschiede gebe es allerdings hinsichtlich der Art der Allianz<sup>14</sup>. Die Stärke der therapeutischen Allianz ergebe sich dabei aus der Übereinstimmung der Anforderung der jeweiligen Art der *working alliance* an Patienten und an Therapeuten mit den Persönlichkeitsmerkmalen der Beteiligten. Bordin (1979) beschreibt die Wirksamkeit von Psychotherapie vorwiegend als Funktion ebendieser Stärke der *working alliance*, wobei die Art der Allianz unbedeutend sei. Somit ist Bordin's Konzeption ein pantheoretisches, d.h. auf alle Psychotherapieformen übertragbar (Bordin 1979; Horvath und Luborsky 1993).

Parallel zu Bordin's Arbeit entwickelte Luborsky (1976) das Konzept der *helping alliance*. Dabei unterschied er zwei Formen: Typ I ist charakterisiert durch das Erleben des Patienten, der Therapeut stelle die benötigte Hilfe zur Verfügung, Typ II der *helping alliance* umfasst die Zusammenarbeit auf die Therapieziele hin sowie ein Gemeinschaftsgefühl.

Die Qualität der therapeutischen Allianz ist – unabhängig von der Art der Psychotherapie und

---

<sup>14</sup> Bordin (1979) gibt zu bedenken, dass die Art der Bindung z.B. davon abhängt, ob Patient und Therapeut aufgrund der psychotherapeutischen Ausrichtung einen jahrelangen oder einen sehr kurzen Prozess erwarten.

dem Instrument zur Outcome-Messung – ein reliabler Prädiktor eines positiven klinischen Outcomes (Ardito und Rabellino 2011), dies gilt gleichermaßen für allgemeinspsychiatrische Settings, wie McCabe und Priebe (2004) in ihrer Übersichtsarbeit darstellen. In den zwei häufig zitierten Reviews von Martin et al. (2000) und Horvath und Symonds (1991) fand sich ein moderater, konsistenter Zusammenhang zwischen Outcome und therapeutischer Allianz, wobei die Patientenbewertung der Allianz in einem psychotherapeutischen Setting höher mit dem Outcome korreliert als die Therapeutenbewertung (Horvath und Symonds 1991); umgekehrt verhält sich dies in allgemeinspsychiatrischen Settings, wo die Therapeutenbewertung höher mit dem Outcome korreliert (Gehrs und Goering 1994; Weiss et al. 1997). Die Meta-Analyse von Martin et al. (2000) zeigt, dass die Allianz aus Patientensicht im Therapieverlauf stabil ist, während sie aus Therapeuten- und Beobachterperspektive fluktuiert. Die Autoren regen dazu an, früh im Therapieprozess eine starke Allianz aufzubauen.

### **1.3.1 Instrumente zur Messung der therapeutischen Allianz**

In den letzten drei Jahrzehnten ist eine Reihe verschiedener Instrumente zur Messung der therapeutischen Allianz entwickelt worden. Als die drei wichtigsten und am häufigsten verwendeten Allianzskalen sind die Penn Helping Alliance Scales (Penn Scales; Luborsky et al. 1983), das Working Alliance Inventory (WAI; Horvath und Greenberg 1989) und die California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS; Marmar et al. 1989) zu nennen. Diese drei Skalen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Als Gemeinsamkeiten sind zu nennen, dass jeweils eine Patientenversion, eine Therapeutenversion und eine Beobachterversion existieren und die Antworten auf Likert-Skalen erhoben werden. Alle drei Instrumente messen jeweils ein spezifisches theoretisches Konzept der Allianz. Dabei operationalisieren die Penn Scales Luborskys Konstrukt der *helping alliance* und die CALPAS das von Gaston (1990) entwickelte vierdimensionale Konzept der Allianz mit den Subskalen Arbeitskapazität des Patienten, Patientenengagement, Verständnis und Engagement des Therapeuten sowie Übereinkunft hinsichtlich Zielen und Strategien. Horvath und Greenberg (1989) bedienten sich in der Entwicklung des WAIs Bordins Konzept mit den drei Dimensionen: Übereinstimmung hinsichtlich Zielen, Übereinstimmung hinsichtlich des therapeutischen Prozesses und Bindung zwischen Therapeut und Patient. Die Meta-Analyse von Martin et al. (2000) befand die drei Allianzskalen für reliabel mit hohen Werten für Cronbachs alpha zwischen 0,85 und 0,91 und einer Interrater-Reliabilität zwischen 0,66 (CALPAS) und 0,92 (WAI). Fenton

et al. (2001) untersuchten die Vergleichbarkeit einiger Allianzskalen: Zwischen den Beobachtersversionen der drei oben genannten Skalen fanden sie nur moderate Korrelationen. Hentschel (2005) zieht den Schluss, dass die Skalen nicht als äquivalent anzusehen sind. Er empfiehlt die gezielte Wahl eines Instrumentes, je nachdem welcher Aspekt der Allianz von besonderer Bedeutung für die Studie sei. Martin et al. (2000) hingegen halten das WAI wegen der Anwendbarkeit auf alle Therapieformen und der theoretischen Begründung auf Bordins dreidimensionalem Konzept der Allianz für das am besten geeignete Instrument. Das WAI zeigt im allgemeinspsychiatrischen Kontext gute psychometrische Eigenschaften im Sinne einer hohen Interrater-Reliabilität, einer hohen internen Konsistenz und hohen Korrelationen mit anderen Allianz-Skalen (McCabe und Priebe 2004).

### **1.3.2 Ergebnisse bisheriger Forschung zu therapeutischer Allianz**

Bei der Betrachtung der Einflüsse auf therapeutische Allianz muss zwischen Patienten- und Therapeutenvariablen unterschieden werden.

Auf Patientenseite finden sich bezüglich der Schwere der psychischen Störung widersprüchliche Studienergebnisse. Lieberman et al. (1992) fanden keine Assoziation mit der Symptomausprägung, wohingegen die meisten Forscherteams einen inversen Zusammenhang zwischen Schwere der Störung und Qualität der therapeutischen Beziehung ermittelten (Frank und Gunderson 1990; McCabe und Priebe 2003; Theodoridou et al. 2012). Des Weiteren korreliert Allianz positiv mit dem psychosozialen Funktionsniveau (Roche et al. 2014). Allianzscores differieren zwischen den psychiatrischen Diagnosegruppen in einem stationären Setting mit niedrigeren Werten bei Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie gegenüber Patienten mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (McCabe und Priebe 2003). Ein Zusammenhang mit Alter und Gender konnte nicht nachgewiesen werden (Theodoridou et al. 2012; Roche et al. 2014). Perfektionismus (Zuroff et al. 2000) und ein dominant-feindseliger Stil des Patienten (Muran et al. 1994) sind mit einer schwächeren Allianz assoziiert. Nach Recherchen für die vorliegende Arbeit lagen zum Zeitpunkt der Studienplanung und -durchführung keine Publikationen zur therapeutischen Allianz bei untergebrachten allgemeinspsychiatrischen Patienten vor.

Als förderliche Eigenschaften des Therapeuten für den Aufbau einer Allianz identifizierten Ackerman und Hilsenroth (2003) auf Grundlage zahlreicher empirischer Studien Flexibilität, Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauenswürdigkeit, Zuversichtlichkeit, Interesse und Offenheit sowie

Wärme. Auch therapeutische Techniken wie Exploration, Reflexion, Kenntnisnahme früherer Therapieerfolge, treffende Interpretation, Unterstützung des Ausdrucks von Emotionen und das Achten auf das Erleben des Patienten beeinflussten Allianz günstig (Ackerman und Hilsenroth 2003).

#### **1.4 Herleitung der Aufgabenstellung**

Behandlungszufriedenheit und therapeutische Allianz psychiatrischer Patienten sind aufgrund ihrer Bedeutung als subjektive Outcomeparameter und damit als Indikatoren für die Qualität der Behandlung Gegenstand zahlreicher empirischer Studien.

In den europäischen Ländern divergieren die Kriterien für und die Quoten von Zwangsunterbringungen bezogen auf stationär-psychiatrische Aufenthalte erheblich. Dadurch sind Erkenntnisse zu subjektiven Outcomeparametern zwangsuntergebrachter Patienten international nicht ohne Weiteres übertragbar. Obwohl in Deutschland zwischen 14 und 17% der allgemeinspsychiatrisch-stationären Aufenthalte unfreiwillig sind (Salize et al. 2009), wurde die Auswirkung von zwangsweiser Unterbringung auf therapeutische Allianz in Deutschland bislang noch nicht und auf Patientenzufriedenheit nur wenig untersucht.

Ziel dieser Arbeit ist es, mehr empirische Evidenz bezüglich des Effektes von Unterbringung auf Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz in Deutschland zu liefern.

Die erste zentrale Frage der vorliegenden Arbeit lautet daher: Wirkt sich eine Zwangsunterbringung auf die subjektiv berichtete Behandlungszufriedenheit allgemeinspsychiatrischer Patienten aus? Die zweite zentrale Frage lautet: Wirkt sich eine Zwangsunterbringung auf die durch die Patienten bewertete therapeutische Allianz aus?

Gerade in dem krisenhaften Lebensabschnitt, welcher zumeist einen unfreiwilligen stationären Psychiatrieaufenthalt umschließt, führt ein Freiheitsentzug zu dem Erleben der Betroffenen, an Autonomie und Entscheidungsfreiheit zu verlieren und nicht respektiert zu werden. Hier muss folglich ein negativer Effekt auf Patientenzufriedenheit vermutet werden. Von besonderer Bedeutung ist es Bereiche zu identifizieren, in denen die Zufriedenheit untergebrachter Patienten leidet, da auf diese Weise sinnvolle Ansatzpunkte für Optimierungsbestrebungen abgeleitet werden können. Bekannt ist, dass untergebrachte Patienten mit hoher Behandlungszufriedenheit ein niedrigeres Risiko tragen, im folgenden Jahr erneut zwangsuntergebracht zu werden (Priebe et al. 2009). Es kann daher vermutet werden, dass die Identifikation jener Aspekte, hinsichtlich

derer untergebrachte Patienten eine niedrige Zufriedenheit zeigen, Ansatzpunkt für eine Senkung der Häufigkeit von Unterbringungen bietet. Darüber hinaus ist die Untersuchung von Patientenzufriedenheit angesichts der ethischen Aufgabe, Unterbringung so human wie möglich zu gestalten, von eminenter Bedeutung.

Der Psychiater füllt eine Doppelrolle als Vertrauensperson einerseits und in den häufigsten Fällen als Antragssteller, d.h. Initiator, einer gerichtlichen Unterbringung aus. Der Aufbau bzw. der Erhalt einer guten Arzt-Patienten-Beziehung muss bei nicht-freiwilligen Patienten als erschwert gelten, da eine Behandlungs- und Beziehungsmotivation auf Patientenseite nicht oder zumindest nur eingeschränkt gegeben ist. Bei Fremdgefährdung ist nicht ausgeschlossen, dass der Therapeut mit negativen Gefühlen, möglicherweise sogar in ängstlicher Grundhaltung versuchen muss, eine therapeutische Allianz aufzubauen, die so zusätzlich potenziell erschwert wird. Da eine schwache therapeutische Allianz mit einem schlechteren Outcome assoziiert ist, ist es wichtig zu erforschen, in welchen Dimensionen der Allianz zwischen zwangsuntergebrachten Patienten und ihren Therapeuten besonderer Verbesserungsbedarf besteht.

## 1.5 Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit werden die Behandlungszufriedenheit sowie die therapeutische Allianz freiwilliger und nicht-freiwilliger psychiatrischer Patienten untersucht und miteinander verglichen.

Die meisten der bereits vorliegenden internationalen und im Kapitel 1.2.3 dargestellten Studien deuten darauf hin, dass eine Unterbringung eine niedrigere Patientenzufriedenheit prädiziert. Daher lautet die erste Hypothese:

Freiwillig stationär-psychiatrisch Behandelte zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit als untergebrachte Patienten (**Hypothese 1**).

Aufgrund der in den Kapiteln 1.3.2 und 1.4 geschilderten Zusammenhänge lautet die zweite Hypothese:

Die therapeutische Allianz wird von freiwilligen Patienten höher bewertet als von untergebrachten Patienten (**Hypothese 2**).

## 2 Methoden

### 2.1 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Daten aus der Studie „Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie („Das Weddinger Modell“)<sup>15</sup>. Die Untersuchung wurde als quasi-experimentelle zweiarmlige klinische Beobachtungsstudie im Prä-Post-Design begleitend zur Implementierung eines patienten- und ressourcenorientierten Organisationsmodells für den stationären Alltag psychiatrischer Abteilungen („Weddinger Modell“) durchgeführt. Den Interventionsarm bildeten Patienten der Stationen 34 (Abhängigkeitserkrankungen), 35 (Gerontopsychiatrie), 36 und 37 (allgemeinpsychiatrische Stationen mit Versorgungsauftrag für die Stadtteile Berlin-Wedding West und Berlin-Wedding Ost) des Psychiatrischen Universitätsklinikums der Charité im St. Hedwig Krankenhaus in Berlin-Mitte, in welchem das Weddinger Modell realisiert wurde. Den Kontrollarm bildeten Patienten der Stationen 2 (allgemeinpsychiatrische Station mit Versorgungsauftrag für den Stadtteil Berlin-Pankow und Berlin-Weißensee) und 5 (allgemeinpsychiatrische Station mit Behandlungsschwerpunkt Depressionen) des St. Joseph Krankenhauses in Berlin-Weißensee und die Station 54 (allgemeinpsychiatrische Station mit Versorgungsauftrag für den Stadtteil Berlin-Treptow-Köpenick) des Krankenhauses Hedwigshöhe. Alle genannten Stationen widmen sich ausschließlich der Versorgung Erwachsener. Die Erhebungszeiträume erstreckten sich von September 2010 bis Januar 2011 (im Folgenden Befragungszeitraum 1 genannt) und von September 2011 bis Dezember 2011 (im Folgenden Befragungszeitraum 2 genannt). Da die vorliegende Arbeit sich nicht mit dem Effekt des Weddinger Modells beschäftigt, sondern mit dem Effekt von Unterbringung auf Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz, wurden die Daten des Interventions- und Kontrollarms sowie der beiden Befragungszeiträume gepoolt.

### 2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Teilnahme eingeladen wurden alle Patienten, die mindestens 18 Jahre alt und in der Lage waren, Inhalt und Bedeutung der Studie zu verstehen und – ggf. mit Assistenz durch das Studienpersonal – Fragebögen auszufüllen. Eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme und Verwendung der anonymisierten Daten zu Forschungszwecken musste selbstverständlich vorliegen. Ausgeschlossen wurden Patienten, deren stationärer Aufenthalt sich auf weniger als 24

---

15 Ausführliches zum Weddinger Modell siehe Mahler et al. (2014).

Stunden belief, und jene, die zum Befragungszeitpunkt durch die Stationsärzte als manifest fremdgefährdend eingeschätzt wurden. Des Weiteren wurden diejenigen Patienten ausgeschlossen, die am spezialisierten Angebot der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Station 34 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus teilnahmen.

### **2.3 Studienablauf**

Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden möglichst nah am geplanten Entlassungstermin vom Studienpersonal (Medizin studierende Doktoranden) zu einer Teilnahme eingeladen. Bei Zustimmung wurde über Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie mündlich sowie schriftlich aufgeklärt und eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt. Das Studienpersonal erfragte zunächst mittels (halb-)standardisierter Fragebögen demographische und krankheitsbezogene Angaben sowie Vorerfahrungen mit stationär-psychiatrischer Behandlung. Die Basisdaten wurden ggf. durch Informationen aus der Akte ergänzt. Ebenfalls der Akte entnommen wurde die Information, ob eine Unterbringung für mindestens 24 Std. gemäß Berliner PsychKG oder BGB vorlag. Im Anschluss füllten die Patienten möglichst selbständig – falls nötig jedoch mit Assistenz durch das Studienpersonal – die Fragebögen aus. Die Beantwortung aller Fragebögen dauerte etwa 30 Minuten. Der zuständige Stationsarzt dokumentierte vor Entlassung Haupt- und Nebendiagnosen entsprechend der ICD-10, das Funktionsniveau, den Schweregrad der Erkrankung sowie das Ausmaß der Zustandsänderung während der stationären Behandlung.

### **2.4 Messinstrumente**

Den teilnehmenden Patienten wurde eine Reihe verschiedener Fragebögen vorgelegt. Im Folgenden werden nur die Instrumente vorgestellt, welche für die vorliegende Arbeit ausgewertet wurden. Die Operationalisierung der zugrunde liegenden Konstrukte ist in Tabelle 1 dargestellt. Anschließend folgt eine ausführliche Darstellung der verwendeten Messinstrumente.

**Table 1: Operationalisierung der Konstrukte**

Patientenzufriedenheit	Ad-hoc-Instrument „Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit“, Patientenversion (Mahler et al. 2014)
Therapeutische Allianz	Working Alliance Inventory (Horvath und Greenberg 1989), in deutscher Übersetzung der von Tracey und Kokotovic (1989) erstellten Kurzform
Psychiatrisches Funktionsniveau	Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association 1994) in deutscher Version von Saß et al. (2003)
Schweregrad der Erkrankung und Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung während des stationären Aufenthalts	Clinical Global Impressions (National Institute of Mental Health (NIMH) 1976) in deutscher Version vom Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (1996)

### 2.4.1 Basisdaten-Bogen

Der (halb-)standardisierte Basisdaten-Bogen erfasst neben demographischen Daten Angaben zur psychiatrischen Vorgeschichte, zum aktuellen Aufenthalt, zu sozialer Unterstützung, Freizeitgestaltung und kritischen Lebensereignissen während der letzten 12 Monate. Der Bogen ist im Anhang, S. 81, abgebildet.

### 2.4.2 Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ)

Der Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ; Mahler et al. 2014) wurde für die vorliegende Untersuchung von den Expertinnen Mahler, Jarchov-Jádi und Montag entwickelt und besteht aus zwei Teilen, zum einen aus 25 standardisierten Fragen mit Einfach-Antwortmöglichkeit und zum anderen aus einer halb-standardisierten Frage mit Mehrfach-Antwortmöglichkeit. Nachfolgend wird nur der erste Teil genauer beschrieben, da dieser alleiniger Eingang in die vorliegende Untersuchung fand. Nach Literaturrecherche zur Behandlungszufriedenheit psychiatrischer Patienten wurden bei der Konstruktion des WPAZ als Dimensionen der Zufriedenheit „Aspekte der Kommunikation, ganzheitliche Wahrnehmung und Akzeptanz des Betroffenen, Partizipationsmöglichkeiten bei der Entscheidungsfindung, Außenorientierung sowie Einbezug von Angehörigen“ (Mahler et al. 2014, S. 231) angenommen. Einige Items entsprechen inhaltlich Items validierter Fragebögen. Beispielsweise entspricht das WPAZ-Item 2 „Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.“ Item 4 des ZUF-8 „Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?“



(Schmidt et al. 1989). Weitere Beispiele stellen die WPAZ-Items 5 „Ich fühle mich ganzheitlich wahrgenommen.“ und 6 „Ich fühle mich in meinen Eigenheiten akzeptiert.“ dar, die inhaltlich mit dem Item 6 „Fühlen Sie sich hier insgesamt geachtet und respektiert?“ des durch Pieters (2003) modifizierten Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (Pribe und Gruyters 1993, zitiert nach Pieters (2003)) korrespondieren. Der WPAZ liegt in drei Versionen vor: in einer Patientenversion als Selbstbeurteilungsinstrument; in einer Angehörigenversion und einer Pflegepersonalversion als Fremdbeurteilungsinstrumente. Die Antworten werden jeweils auf einer 6-Punkte-Likert-Skala („stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“) erhoben; daneben kann die Kategorie „Frage unzutreffend“ gewählt werden. Für die vorliegende Arbeit wurde alleinig die Patientenversion des WPAZ ausgewertet, sie findet sich im Anhang, S. 84.

### **2.4.3 Working Alliance Inventory (WAI)**

Das Working Alliance Inventory (WAI) wurde von Horvath und Greenberg (1989) entwickelt und misst die von Bordin (1979) beschriebenen drei Dimensionen der therapeutischen Allianz: Übereinstimmung hinsichtlich Zielen, Übereinstimmung hinsichtlich therapeutischer Aufgaben und Bindung zwischen Patient und Psychotherapeut. Das WAI liegt in einer Patienten-, einer Therapeuten- und einer Beobachtersversion vor. Tracey und Kokotovic (1989) erstellten aus den ursprünglich 36 Items des WAI eine 12 Items umfassende Kurzform (WAI-S). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Patientenversion dieser Kurzform in deutscher Übersetzung verwendet. Die drei Subskalen Ziele („goals“), Prozess („tasks“) und Bindung („bond“) werden jeweils durch 4 Items gebildet (Tracey und Kokotovic 1989). Antworten werden auf einer 7-Punkte-Likert Skala (von „nie“=1 bis „immer“=7) erhoben, dabei zeigen in den beiden negativ formulierten Items (4 und 10) niedrige Werte eine hohe Allianz an, bei den übrigen Items verhält es sich umgekehrt. Das verwendete WAI findet sich im Anhang, S. 86.

### **2.4.4 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)**

Die Global Assessment of Functioning Scale (American Psychiatric Association 1994) bildet die Achse V des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (IV) und erfasst als Fremdbeurteilungsinstrument das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau auf einer 10-Niveau-Skala. In den Niveaus werden sowohl der Schweregrad der Symptome als auch das Funktionsvermögen kategorisiert; sie werden in 10er-Schritten von 0 bis 100 voneinander abgestuft. Ein hoher Wert spiegelt ein hohes allgemeines Funktionsniveau wider. Von Saß et al.

(2003) wurde die GAF in deutscher Sprache publiziert, sie ist im Anhang, S. 88, zu finden.

#### **2.4.5 Clinical Global Impressions (CGI)**

Der Clinical Global Impressions Score (National Institute of Mental Health (NIMH) 1976) ist ein Fremdbeurteilungsinstrument mit zwei Items. Er erfasst den Schweregrad der psychischen Erkrankung sowie den Gesamteindruck der klinischen Zustandsänderung auf einer 8-Punkte-Skala von „0“ bis „7“. Dabei spiegelt ein hoher Wert eine sehr schwere Erkrankung bzw. eine gravierende Verschlechterung des Zustandes wieder; ein niedriger Wert steht dementsprechend für eine leichte Erkrankung bzw. eine erhebliche Verbesserung des Zustandes. Die Antwort „0“ steht für „nicht beurteilbar“, die Antwort „4“ steht bei dem Item „Zustandsänderung“ für einen unveränderten Zustand. Die verwendete deutsche Übersetzung des Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum (1996) des CGI ist im Anhang, S. 89, abgebildet.

### **2.5 Statistische Methoden**

Die Daten wurden pseudonymisiert in eine Datenbank eingegeben und mit IBM SPSS Statistics 18 für Windows ausgewertet. Explorative Datenanalysen lieferten die statistischen Kennzahlen. Die Normalverteilungshypothese wurde bei zu untersuchenden Gruppen mit  $n > 50$  per Kolmogorow-Smirnow-Test und bei zu untersuchenden Gruppen mit  $n < 50$  per Shapiro-Wilk-Test geprüft. Als statistische Verfahren wurden eingesetzt: Chi-Quadrat-Tests, T-Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Tests, bivariate Korrelationsanalysen nach Pearson, explorative Faktorenanalysen, Reliabilitätsanalysen mittels Berechnung von Cronbachs Alpha, univariate (Ko-)Varianzanalysen (ANCOVAs bzw. ANOVAs) sowie multivariate Kovarianzanalysen (MANCOVAs). Signifikante Ergebnisse von Subskalenscore-Vergleichen wurden stets Bonferroni-korrigiert. Varianzhomogenität im univariaten Fall wurde mittels Levene-Test untersucht, im multivariaten Fall mittels des Boxschen M-Tests.

Das Signifikanz-Niveau wurde mit 5% ( $p < 0,05$ ) vorgegeben.

## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Stichprobengewinnung**

Im Rahmen der Studie „Patientenzentriertes Arbeiten – Zufriedenheit und Resilienz im Trialog – eine Beobachtungsstudie („Das Weddinger Modell““ wurden insgesamt 371 Patienten befragt. Zwei Patienten zogen ihre Einwilligungserklärung nachträglich zurück und wurden folglich nicht in die Auswertung einbezogen. Bei einem Patienten ergab sich während der Befragung der Eindruck, er verstehe die Fragen nicht, auch seine Daten wurden nicht mit ausgewertet.

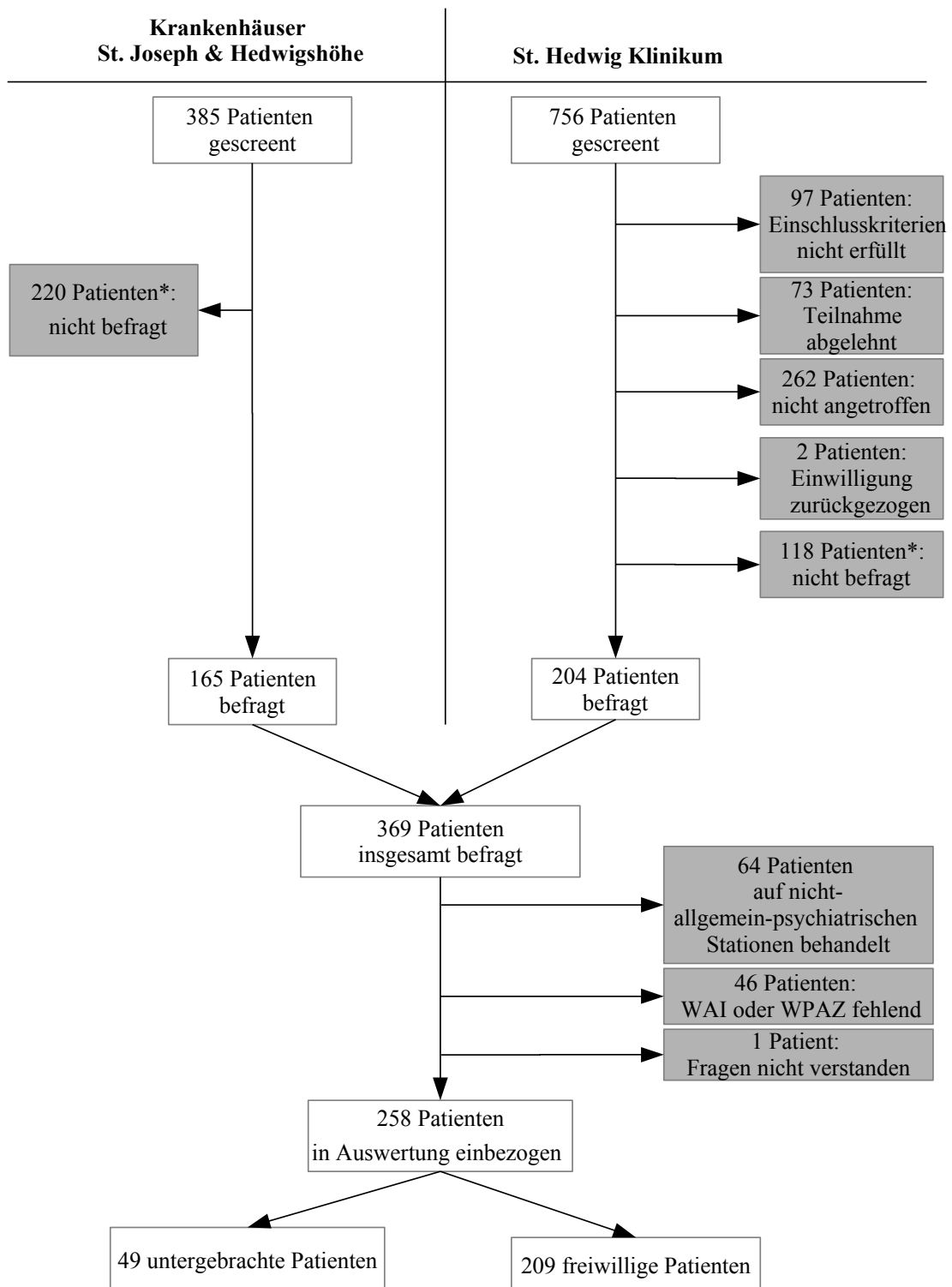
Von der Auswertung für die vorliegende Arbeit ausgeschlossen wurden wegen des Schwerpunktes auf Unterbringung und Freiwilligkeit weiterhin alle Patienten, die auf nicht-allgemeinpsychiatrischen Stationen behandelt wurden; dies betraf insgesamt 64 Patienten der Stationen 34 (Abhängigkeitserkrankungen) und 35 (Gerontopsychiatrie) der PUK im St. Hedwig Krankenhaus. 46 der übrig bleibenden Patienten hatten entweder den WPAZ oder das WAI nicht ausgefüllt und wurden daher in die Auswertung ebenfalls nicht einbezogen.

Eine Übersicht über die Rekrutierung der Studienpopulation bietet die Abbildung 1.

### **3.2 Beschreibung der Stichprobe**

Insgesamt flossen in die Auswertung der vorliegenden Untersuchung also die Daten von 258 Patienten ein, wovon sich 81% freiwillig in Behandlung befanden, 19% waren während ihres Aufenthaltes für mindestens 24 Stunden nach Berliner PsychKG oder BGB untergebracht. Bezüglich der Aufenthaltsdauer zum Befragungszeitpunkt und der Zustandsänderung unterschieden sich die freiwilligen von den untergebrachten Patienten signifikant; bezüglich der Diagnose, dem Schweregrad der Erkrankung, dem Vorstellungsmodus (eigenmotiviert/ nicht eigenmotiviert) sowie der Angabe einer Partnerschaft unterschieden sie sich sogar hoch signifikant. Hinsichtlich aller anderen untersuchten Merkmale (Geschlecht, Staatsbürgerschaft, mittleres Alter, Erwerbstätigkeit, mittlere Erkrankungsdauer, mittlerer GAF-Wert, Klinik, Station und Befragungszeitpunkt) gab es keine signifikanten Unterschiede. Die genauen Kennzahlen sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Abbildung 1: Rekrutierung der Studienpopulation



Die grau hinterlegten Felder verweisen auf ausgeschlossene Fälle.

\* Daten zu Gründen der Nichtteilnahme fehlen.

**Tabelle 2: Demographische, krankheits- und behandlungsbezogene Daten von freiwilligen und untergebrachten Patienten im Vergleich**

	<b>Freiwillig n=209 (81%)</b>	<b>Untergebracht n=49 (19%)</b>	<b>Statistik</b>
<b>Geschlecht<sup>1</sup></b>			
weiblich, n (%)	108 (52)	19 (39)	
männlich, n (%)	101 (48)	30 (61)	$X^2(1)=2,642; p=0,1$
<b>Mittleres Alter<sup>2</sup>, in Jahren (SD)</b>	40 (13)	38 (13)	$t(251)=1,097; p=0,27$
<b>Staatsbürgerschaft<sup>1</sup></b>			
deutsch, n (%)	183 (88)	39 (80)	
nicht-deutsch, n (%)	26 (12)	10 (20)	$X^2(1)=2,099; p=0,15$
<b>Partnerschaft<sup>1</sup></b>			
besteht, n (%)	53 (25)	4 (8)	
besteht nicht, n (%)	156 (75)	45 (92)	$X^2(1)=6,819; p<0,01$
<b>Erwerbstätigkeit<sup>1</sup></b>			
erwerbstätig, n (%)	44 (21)	5 (10)	
nicht erwerbstätig, n (%)	161 (77)	43 (88)	
fehlende Angabe, n (%)	4 (2)	1 (2)	$X^2(1)=3,039; p=0,08$
<b>Vorstellung<sup>1</sup></b>			
eigenmotiviert, n (%)	128 (61)	8 (16)	
nicht eigenmotiviert, n (%)	81 (39)	41 (84)	$X^2(1)=32,129; p<0,01$
<b>Mittlere Aufenthaltsdauer<sup>2</sup>, in Tagen (SD)</b>	32 (34)	43 (27)	$t(254)=-2,246; p=0,03$
<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup></b>			
Abhängigkeitserkr., n (%)	17 (8,1)	2 (4,1)	
affektive Erkr., n (%)	74 (35,4)	31 (63,3)	
Schizophrenie, schizoaffektive Erkr., n (%)	63 (30,1)	10 (20,4)	
andere, n (%)	53 (25,4)	6 (12,2)	
fehlend, n (%)	2 (1)	0 (0)	$X^2(3)=12,69; p<0,01$
<b>Mittlere Erkrankungsdauer<sup>2</sup>, in Jahren (SD)</b>	13 (12)	10 (9)	$t(243)=1,848; p=0,07$
<b>Mittlerer GAF-Wert<sup>2</sup>, (SD)</b>	59 (14)	55 (17)	$t(222)=1,928; p=0,06$
<b>Mittlerer CGI-Wert</b>			
Schweregrad <sup>2</sup> (SD)	4,2 (1,0)	4,8 (1,1)	$t(217)=-3,114; p<0,01$
Änderung <sup>2</sup> (SD)	2,2 (0,7)	1,9 (0,7)	$t(217)=2,54; p=0,01$
<b>Klinik<sup>1</sup></b>			
St. Hedwig KH, n (%)	90 (43)	22 (45)	
St. Joseph KH, n (%)	79 (38)	23 (47)	
KH Hedwigshöhe, n (%)	40 (19)	4 (8)	$X^2(2)=3,673; p=0,16$

Station <sup>1</sup>			
36, n (%)	34 (16)	8 (16)	
37, n (%)	56 (27)	14 (29)	
2, n (%)	42 (20)	13 (27)	
5, n (%)	37 (18)	10 (20)	
54, n (%)	40 (19)	4 (8)	X <sup>2</sup> (4)=3,780; p=0,44
Befragungszeitraum <sup>1</sup>			
1, n (%)	102 (49)	19 (39)	
2, n (%)	107 (51)	30 (61)	X <sup>2</sup> (1)=1,603; p=0,21

SD: Standardabweichung; n: Stichprobengröße; GAF: Global Assessment of Functioning Scale; CGI: Clinical Global Impressions; Abhängigkeitserkr.: Abhängigkeitserkrankung; Erkr.: Erkrankung; KH: Krankenhaus; Befragungszeitraum 1: September 2010 bis Januar 2011; Befragungszeitraum 2: September 2011 bis Dezember 2011

<sup>1</sup> Chi-Quadrat-Test

<sup>2</sup> T-Test für unabhängige Stichproben

### 3.3 Dimensionalität, interne Konsistenz und Trennschärfe des WPAZ

Zur Bestätigung der angenommenen Dimensionalität des WPAZ wurde eine explorative Faktorenanalyse über alle 25 Items durchgeführt, dabei wurden die ungünstig beantworteten Items in die Berechnung nicht miteinbezogen. Per Hauptkomponentenanalyse wurden bei guter Dateneignung (n=258; KMO=0,9; Rotationsmethode Varimax mit Kaiser-Normalisierung; Eigenwerte>1; kumulierte Varianzausschöpfung bei 63%) fünf Faktoren extrahiert, wobei fünf Items (8, 11, 15, 18, 19) ausgeschlossen wurden, weil sie auf mehrere Faktoren luden (Ladungsdifferenz<0,1).<sup>16</sup> Es ergaben sich durch inhaltliche Analyse der Items der extrahierten Faktoren folgende fünf Subskalen, die inhaltlich denen der Untersuchung von Mahler et al. (2014) entsprachen:

- WPAZ\_P: Partizipation (Items 10, 12, 13, 14, 21, 22)
- WPAZ\_S: Stationsatmosphäre (Items 16, 17, 20)
- WPAZ\_A: Ganzheitliches Akzeptiert-Werden (Items 4, 5, 6, 25)
- WPAZ\_W: Wirksamkeit der Behandlung (Items 1, 2, 3, 7)
- WPAZ\_F: Familieneinbeziehung (Items 9, 23, 24)

Die interne Konsistenz der WPAZ-Gesamtskala und die Trennschärfe ihrer Items wurden an einer Stichprobe von Patienten, welche bei keiner Frage „unzutreffend“ angekreuzt hatten,

<sup>16</sup> Die rotierte Komponentenmatrix findet sich in der Anhang-Tabelle 1.

ermittelt (n=107). Mit Cronbachs Alpha=0,94 war die interne Konsistenz des WPAZ als exzellent zu bewerten.<sup>17</sup> Die Trennschärfe der Einzelitems lag zwischen 0,42 (Item 23) und 0,76 (Item 3).<sup>18</sup> Ein Ausschluss von Item 23, welches die geringste Trennschärfe aufwies, hätte Cronbachs Alpha bei 0,94 unverändert gelassen, es wurde daher beibehalten.

**Tabelle 3: Interne Konsistenz der WPAZ-Subskalen**

	n	Cronbachs Alpha
Stationsatmosphäre (WPAZ_S)	218	0,64
Wirksamkeit (WPAZ_W)	229	0,90
Familieneinbeziehung (WPAZ_F)	171	0,77
Ganzheitliches Akzeptiert-Werden (WPAZ_A)	222	0,79
Partizipation (WPAZ_P)	202	0,86

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Im akzeptablen bis guten Bereich lag die interne Konsistenz von vier WPAZ-Subskalen mit einem Cronbachs Alpha zwischen 0,77 und 0,9 (siehe Tabelle 3). Einzige Ausnahme bildete mit einem Cronbachs Alpha von nur 0,64 die Skala Stationsatmosphäre, sie wurde daher in weitere statistische Analysen nicht miteinbezogen.

### 3.4 Berechnung des WPAZ-Gesamtscores und der WPAZ-Subscores

Zunächst wurde das Zufriedenheitsmaximum eines jeden Patienten als Produkt aus der Anzahl aller gültig beantworteten Items des WPAZ und dem höchst möglichen Skalenwert errechnet. Die Ratings der gültig beantworteten Einzelitems wurden anschließend aufsummiert und dieser Gesamtscore als prozentualer Anteil des zuvor ermittelten Zufriedenheitsmaximums ausgedrückt.

Analog zu der beschriebenen Berechnung des WPAZ-Gesamtscores wurde unter Berücksichtigung der ungültig beantworteten Items für jede Subskala ein Subskalen-Score als prozentualer Anteil des jeweiligen Maximums errechnet.

### 3.5 Berechnung des WAI-Scores und der WAI-Subscores

Zunächst wurden die Antworten der beiden negativ formulierten Items (4 und 10) des WAI umkodiert, so dass durchgehend ein hoher Wert für hohe und ein niedriger Wert für niedrige

<sup>17</sup> Nach Cicchetti (1994) sind Werte für Cronbachs Alpha von 0,70 – 0,79 als akzeptabel, Werte von 0,80 – 0,89 als gut und Werte > 0,9 als exzellent zu bewerten.

<sup>18</sup> Die Trennschärfen der einzelnen WPAZ-Items sind der Anhang-Tabelle 2 zu entnehmen.

therapeutische Allianz kodierte.

Der WAI-Gesamtscore wurde anschließend als Summenscore über alle gültig beantworteten Items des WAI berechnet. Die drei bekannten Subskalen (Tracey und Kokotovic 1989) WAI-Ziele (Item 4, 6, 10 und 11), WAI-Prozess (Item 1, 2, 8 und 12) und WAI-Bindung (Item 3, 5, 7, und 9) wurden als Summenscores über die jeweils gültig beantworteten Items analog zum WAI-Gesamtscore berechnet.

### 3.6 Überprüfung der Hypothese 1

Die Hypothese 1 lautet: *Freiwillig stationär-psychiatrisch Behandelte zeigen eine höhere Patientenzufriedenheit als untergebrachte Patienten.*

Die Annahme einer Normalverteilung der WPAZ-Scores wurde in der Gruppe der Untergebrachten (n=49) wegen der geringen Fallzahl mittels Shapiro-Wilk-Tests und in der Gruppe der Freiwilligen (n=209) mittels Kolmogorow-Smirnow-Tests ermittelt. Aufgrund einiger ungültig beantworteter Items lagen nicht für alle Patienten Subscores vor. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Anzahl der gültigen Datensätze. Es konnte lediglich die

**Tabelle 4: Größe der Stichproben mit gültig beantworteten WPAZ-Scores**

	Rechtsstatus	
	freiwillig	untergebracht
<b>WPAZ-Gesamtscore</b>	n=209	n=49
<b>WPAZ-Partizipation</b>	n=209	n=49
<b>WPAZ-Wirksamkeit</b>	n=208	n=49
<b>WPAZ-Familieneinbeziehung</b>	n=205	n=48
<b>WPAZ-Ganzheitliches Akzeptiert-Werden</b>	n=209	n=49

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit  
n: Stichprobengröße

Normalverteilung des WPAZ-Gesamtscores und des WPAZ\_A in der Gruppe der untergebrachten Patienten angenommen werden (mit jeweils einem  $p > 0,05$  im Shapiro-Wilk-Test). Alle anderen Scores in beiden Gruppen mussten als nicht normal verteilt gelten.<sup>19</sup>

Anschließend wurden daher Mann-Whitney-U-Tests mit den Scores als Testvariablen und dem Rechtsstatus (freiwillig/untergebracht) als Gruppenvariable durchgeführt. Signifikante Testergebnisse der Subskalen-Vergleiche wurden Bonferroni-korrigiert.

Im Folgenden werden die Mittelwerte der freiwilligen Patienten mit den Mittelwerten der

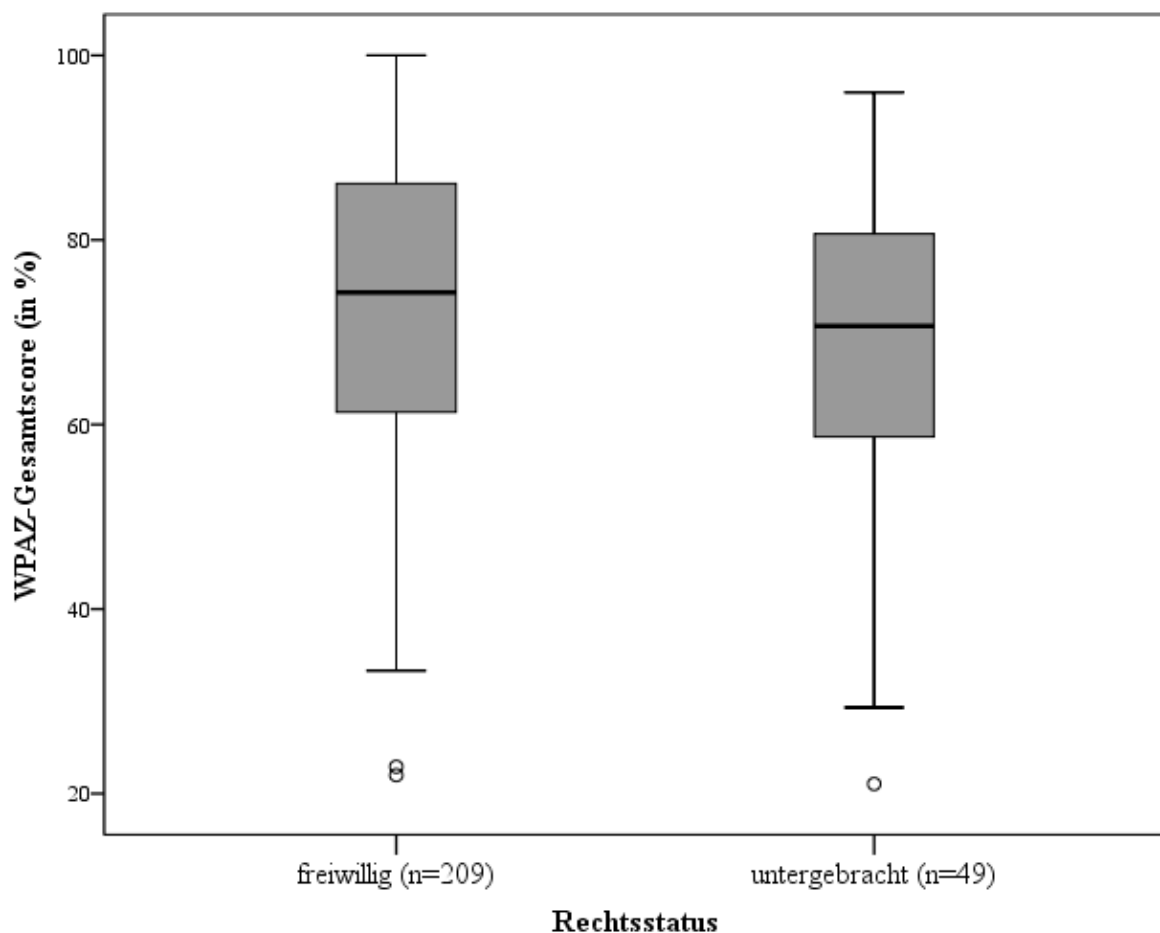
<sup>19</sup> Ergebnisse der Normalverteilungstests siehe Anhang-Tabellen 3 und 4.



untergebrachten Patienten verglichen und die Ergebnisse der statistischen Tests vorgestellt. Anschließend werden Median, unteres und oberes Quartil der WPAZ-Scores graphisch dargestellt. Es folgt im Kapitel 3.6.1 die Analyse des Einflusses möglicher konfundierter Variablen.

Im WPAZ-Gesamtscore zeigten sich die freiwilligen Patienten mit 72,5% (SD=17,0%) statistisch nicht signifikant zufriedener als die untergebrachten mit 67,6% (SD=17,4%; U=4294,5; p=0,08).

**Abbildung 2: Boxplots der WPAZ-Gesamtscores freiwilliger und untergebrachter Patienten**



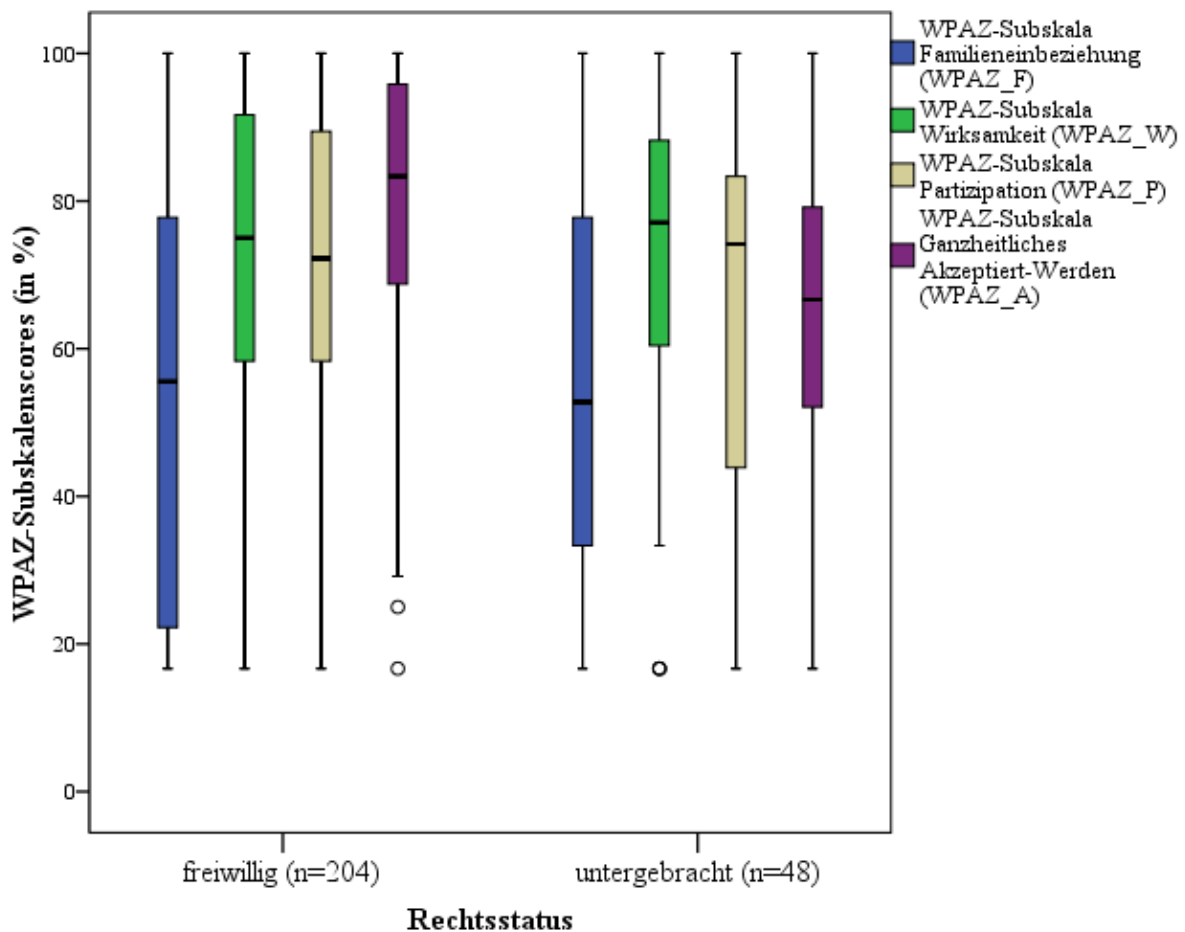
○ Extremwert

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

In der Subskala WPAZ\_A (Ganzheitliches Akzeptiert-Werden) zeigte sich ein statistisch hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Die freiwilligen Patienten waren mit 79,7% (SD=18,8%) deutlich zufriedener als die nicht-freiwilligen Patienten mit 65,2% (SD=21,1%) bezüglich des Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens (U=2996,0; p<0,01; Bonferroni-

korrigiert:  $p < 0,01$ ). Die im Folgenden aufgeführten Unterschiede zwischen den anderen Subskalenscores erwiesen sich sämtlich als statistisch nicht signifikant ( $p > 0,05$ ). Die freiwilligen Patienten hielten die Wirksamkeit der Behandlung (WPAZ\_W) für zu 71,6% (SD=23,2%) zufriedenstellend, die untergebrachten hielten sie für zu 73,0% (SD=22,3%) zufriedenstellend. ( $U=4945,0$ ;  $p=0,75$ ). Die Einbeziehung der Familie in die Behandlung (WPAZ\_F) wurde im Vergleich zu den anderen Subskalenscores durch beide Gruppen ähnlich gering bewertet: Die Freiwilligen hielten sie für zu 53,3% (SD=28,4%), die Untergebrachten für 54,2% (SD=26,7%) zufriedenstellend ( $U=4808,5$ ;  $p=0,81$ ). Die Partizipation (WPAZ\_P) bewerteten die freiwilligen Patienten als zu 71,3% (SD=21,9%) zufriedenstellend, die untergebrachten als zu 66,2% (SD=22,6%) zufriedenstellend ( $U=4498,5$ ;  $p=0,19$ ).

**Abbildung 3: Boxplots der WPAZ-Subskalenscores freiwilliger und untergebrachter Patienten**



○ Extremwert

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

### 3.6.1 Confounderanalyse

Als potenzielle Confounder der Unterschiede in der Patientenzufriedenheit der untersuchten Populationen wurden die in der Literatur vorbeschriebenen Einflussvariablen (siehe Kapitel 1.2.3), in welchen sich die Gruppe der freiwilligen signifikant von der Gruppe der untergebrachten Patienten unterschied (siehe Tabelle 2), betrachtet. Dies betraf die Variablen Hauptdiagnose, CGI-Schweregrad und CGI-Änderung. CGI-Änderung wurde nicht als Einflussvariable untersucht, da es sich eher um einen Erfolgsparameter der Therapie als um eine Patienten- bzw. Erkrankungsvariable handelt; somit blieben Hauptdiagnose und CGI-Schweregrad für die Analyse.

Zur Analyse von Störvariablen auf die Gesamtzufriedenheit wurde nun eine zweifaktorielle ANCOVA mit dem WPAZ-Gesamtscore als abhängiger Variable berechnet, wobei Rechtsstatus und Hauptdiagnose als Faktoren und CGI-Schweregrad als Kovariate dienten. Allerdings wären einige Zellen  $n < 5$  gewesen, weswegen zunächst eine Faktorstufenreduktion der nominalskalierten Variable Hauptdiagnose vorgenommen werden musste. Dabei wurden als „Psychose“ die ICD-Hauptdiagnosen F2x, F30 und F31 definiert, alle anderen Diagnosen wurden unter der

**Tabelle 5: Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen für die Stichprobe  $n=217$**

	Rechtsstatus	
	freiwillig	untergebracht
<b>Hauptdiagnose „Psychose“</b> (F2x, F30, F31)	75	35
<b>andere Hauptdiagnose</b>	100	7

F2x: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30: Manische Episode, F31: Bipolare Störung nach ICD-10

bezogen werden. Die Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen ist Tabelle 5 zu entnehmen.

Zur Prüfung der Normalverteilung des WPAZ-Gesamtscores in der Stichprobe ( $n=217$ ) wurde ein Kolmogorow-Smirnow-Test durchgeführt, dabei ergab sich  $p < 0,01$ . Die Schiefe des Scores in der Stichprobe lag zwischen -1 und +1. Daher wurde trotz des signifikanten Ergebnisses im Kolmogorow-Smirnow-Test von einer für die univariate Varianzanalyse ausreichenden Normalverteilung ausgegangen. Mit einem Ergebnis von  $p=0,658$  im zuvor durchgeführten Levene-Test konnte von Varianzhomogenität zwischen den Faktorstufen ausgegangen werden.

Weder das korrigierte Gesamtmodell hatte signifikanten Einfluss auf den WPAZ-Gesamtscore

Ausprägung „andere“ zusammengefasst. Aufgrund nicht vorliegender CGI-Ratings in 39 Fällen und in zwei Fällen fehlender Hauptdiagnose konnten lediglich die Daten von  $n=217$  in die in diesem Kapitel beschriebene ANCOVA ein-

( $F(3,213)=0,91$ ;  $p=0,437$ ;  $\rho\eta^2=0,013$ ), noch die Variablen Rechtsstatus, Hauptdiagnose und Schweregrad der Erkrankung (jeweils  $p>0,5$ ).<sup>20</sup>

Zur Analyse von Störvariablen auf die Zufriedenheits-Subskalen wurde eine zweifaktorielle MANCOVA mit den vier WPAZ-Subskalenscores als abhängigen Variablen und den Faktoren Rechtsstatus und Hauptdiagnose (zweistufig) sowie der Kovariate CGI-Schweregrad berechnet. Durch fehlende Werte reduzierte sich die Fallzahl dabei auf  $n=211$ , die Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen ist Tabelle 6 zu entnehmen. Zur Prüfung der Normalverteilung der Scores in der Stichprobe ( $n=211$ ) wurden Kolmogorow-Smirnow-Tests durchgeführt, dabei ergab sich jeweils ein  $p<0,05$ .<sup>21</sup> Die Schiefe der Scores in der Stichprobe lag jeweils zwischen -1 und +1.

Daher wurde trotz der signifikanten Ergebnisse in den Kolmogorow-Smirnow-Tests von einer

**Tabelle 6: Zellgröße der Faktorstufen-Kombinationen für die Stichprobe  $n=211$**

	Rechtsstatus	
	freiwillig	untergebracht
<b>Hauptdiagnose „Psychose“</b> (F2x, F30, F31)	74	34
<b>andere Hauptdiagnose</b>	96	7

F2x: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen,  
F30: Manische Episode, F31: Bipolare Störung nach ICD-10

für die multivariate Varianzanalyse ausreichenden Normalverteilung der WPAZ-Subscores ausgegangen. Der durchgeführte Box-M-Test lieferte  $p=0,706$ , daher wurde Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen angenommen.

Signifikanten Einfluss auf die WPAZ-Subskalen hatten im Ergebnis der MANCOVA sowohl der Rechtsstatus (Wilks  $\Lambda=0,848$ ;  $F(4,203)=9,097$ ;  $p<0,01$ ;  $\rho\eta^2=0,152$ ) als auch der CGI-Schweregrad (Wilks  $\Lambda=0,940$ ;  $F(4,204)=3,223$ ;  $p=0,014$ ;  $\rho\eta^2=0,060$ ). Keinen Einfluss hatten die Hauptdiagnose (Wilks  $\Lambda=0,980$ ;  $F(4,203)=1,032$ ;  $p=0,392$ ;  $\rho\eta^2=0,020$ ) und die Interaktion zwischen Rechtsstatus und Hauptdiagnose (Wilks  $\Lambda=0,958$ ;  $F(4,203)=2,212$ ;  $p=0,069$ ;  $\rho\eta^2=0,042$ ).

Nachfolgend wurden separate univariate ANOVAs mit dem Rechtsstatus bzw. dem CGI-Schweregrad als unabhängiger Variable und den WPAZ-Subscores jeweils als abhängiger Variable berechnet, die ausgegebene Signifikanzwerte wurde dabei Bonferroni-korrigiert. Mit

20 Detaillierte Ergebnisse der ANCOVA sind der Anhang-Tabelle 5 zu entnehmen.

21 Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests siehe Anhang-Tabelle 6.

einem jeweiligen Ergebnis von  $p > 0,05$  im für jeden WPAZ-Subscore zuvor durchgeführten Levene-Test konnte von Varianzhomogenität ausgegangen werden.<sup>22</sup>

Der Rechtsstatus behielt im Ergebnis der ANOVA seinen hochsignifikanten Einfluss auf die Subskala Ganzheitliches Akzeptiert-Werden ( $F(1,206)=19,058$ ; Bonferroni-korrigiert:  $p < 0,01$ ;  $\eta^2=0,085$ ). Dabei zeigte sich eine Varianzaufklärung von 8,5% ( $\text{corrR}^2=0,085$ ). Die anderen Subskalen wurden fortgesetzt durch den Rechtsstatus statistisch nicht signifikant beeinflusst. Der CGI-Schweregrad hatte signifikanten Einfluss einzig auf die Subskala Familieneinbeziehung ( $F(1,206)=7,113$ ; Bonferroni-korrigiert:  $p=0,032$ ;  $\eta^2=0,033$ ), wobei eine schwerer ausgeprägte Erkrankung mit einer höheren Zufriedenheitsbewertung der Familieneinbeziehung korreliert (Korrelationstest nach Pearson für die Gesamtpopulation ( $n=214$ ) mit  $r=0,213$ ;  $p < 0,01$ ). Das Modellklärte 3,5% der Varianz auf ( $\text{corrR}^2=0,035$ ). Die übrigen Subskalen zeigten sich durch den Schweregrad der Erkrankung nicht signifikant beeinflusst.<sup>23</sup>

### 3.6.2 Zusammenfassung

Die erste Hypothese, freiwillig psychiatrisch Behandelte würden eine höhere Patientenzufriedenheit zeigen als untergebrachte, konnte durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nur sehr eingeschränkt bestätigt werden. Der Rechtsstatus hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit. Lediglich die Zufriedenheit bezüglich des Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens unterschied sich hochsignifikant zwischen der Gruppe der freiwilligen und der Gruppe der untergebrachten Patienten. Bezüglich dieser Dimension waren die freiwilligen Patienten zufriedener. Dabei blieb der Einfluss des Rechtsstatus auf die Subskala des Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens auch in einem für Hauptdiagnose und Schweregrad der Erkrankung korrigierten Modell bestehen. In der Confounderanalyse zeigte sich außerdem ein hochsignifikanter Einfluss des Schweregrades der Erkrankung auf die Zufriedenheit mit der Familieneinbeziehung - je schwerer die Erkrankung desto höher die Zufriedenheit mit der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung.

## 3.7 Überprüfung der Hypothese 2

Die Hypothese 2 lautet: *Die therapeutische Allianz wird von freiwilligen Patienten höher bewertet als von untergebrachten Patienten.*

22 Die Levene-Test-Ergebnisse sind in der Anhang-Tabelle 7 zu finden.

23 Detaillierte Ergebnisse der univariaten ANOVAs siehe Anhang-Tabelle 8.

Für die Gruppe der freiwilligen Patienten (n=209) wurden Kolmogorow-Smirnow-Tests mit den vier WAI-Scores als abhängige Variablen durchgeführt; von einer Normalverteilung konnte bei einem  $p < 0,05$  für keinen der Scores ausgegangen werden.<sup>24</sup> Für die Gruppe der untergebrachten Patienten (n=49) wurden wegen der kleinen Fallzahl Shapiro-Wilk-Tests mit den WAI-Scores als abhängige Variablen gewählt; auch hier musste die Hypothese einer Normalverteilung für alle Scores bei einem  $p < 0,05$  verworfen werden.<sup>25</sup> Daher wurde der Mann-Whitney-U-Test zum Vergleich der mittleren Ränge herangezogen: Die Scores wurden dabei als abhängige, der Rechtsstatus als unabhängige Variable eingesetzt. Signifikante Ergebnisse des Vergleichs der Subskalenscores in den beiden Gruppen wurden Bonferroni-korrigiert. Aufgrund einer in einem Fall ungültig beantworteten Bindungsskala konnten bei den WAI-Subskalenvergleichen in der Gruppe der freiwilligen Patienten nur 208 Datensätze ausgewertet werden.

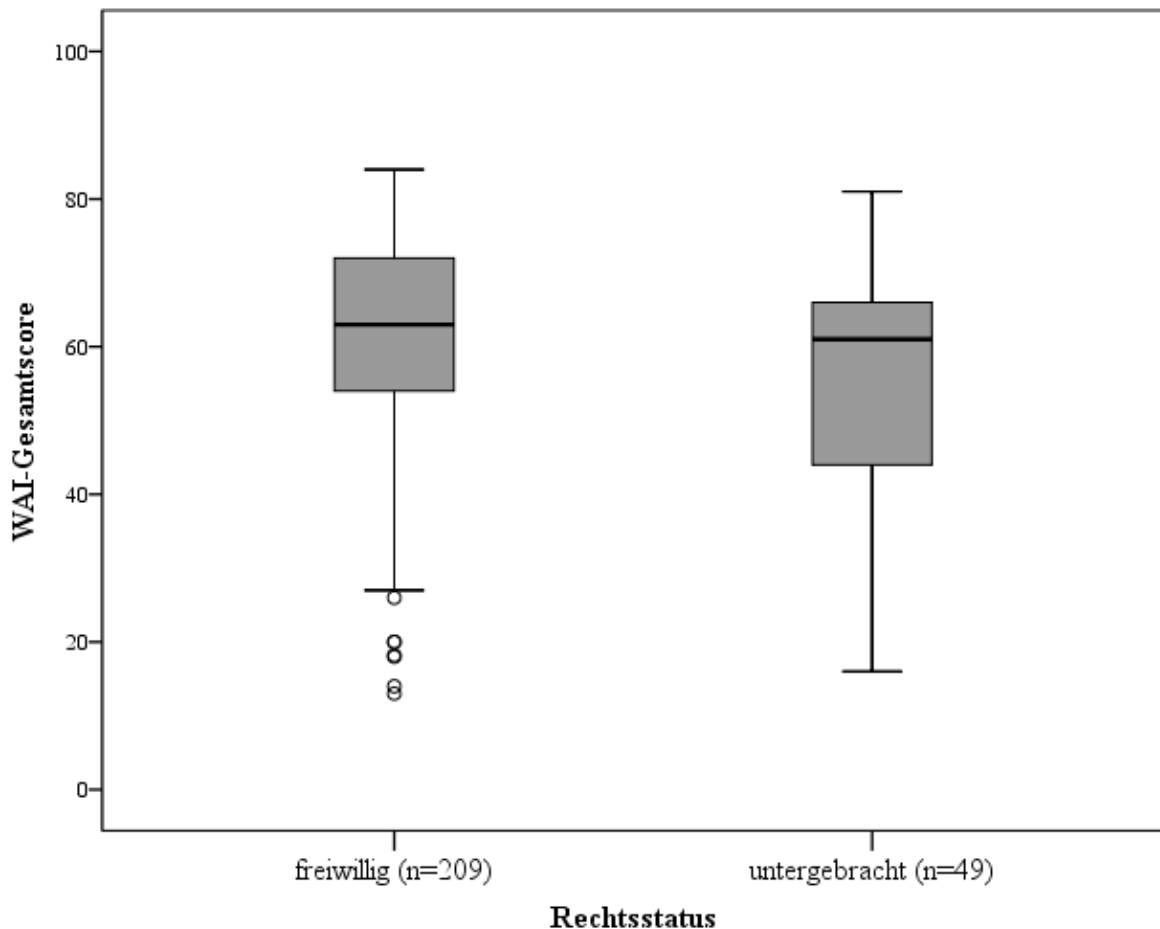
Die freiwilligen Patienten bewerteten die Allianz mit ihren Therapeuten höher (M=62; SD=15) als die untergebrachten Patienten (M=55; SD=18). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (U=4148,5;  $p=0,04$ ). Die Abbildung 4 zeigt Median, oberes und unteres Quartil der WAI-Gesamtscores von untergebrachten und freiwilligen Patienten.

---

24 Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests siehe Anhang-Tabelle 9.

25 Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests siehe Anhang-Tabelle 10.

**Abbildung 4: Boxplots der WAI-Gesamtscores freiwilliger und untergebrachter Patienten**

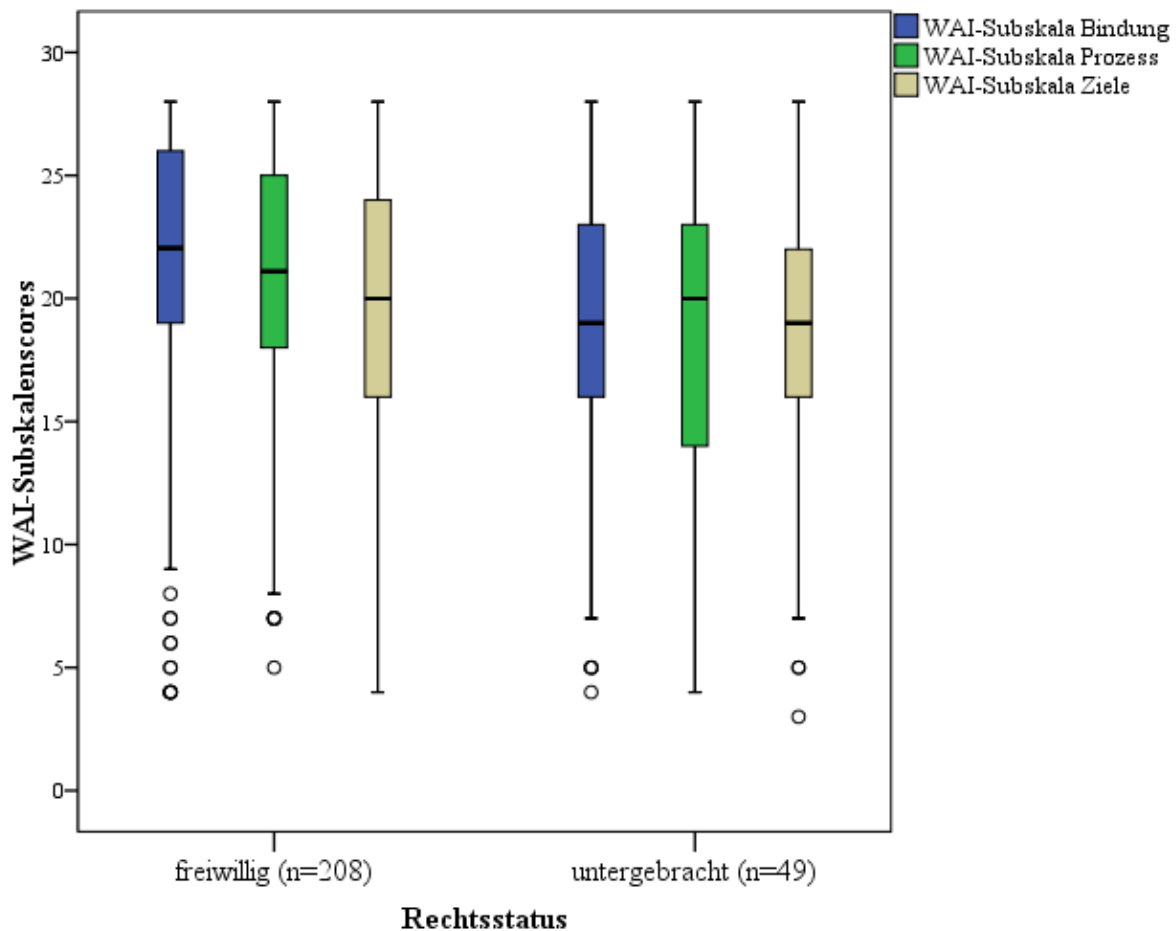


○ Extremwert  
WAI: Working Alliance Inventory

In der WAI-Subskala Bindung unterschieden sich die freiwilligen Patienten mit einem Mittelwert von 21 (SD=6) nicht signifikant von den untergebrachten Patienten, welche im Mittel die Bindung mit 19 (SD=7) etwas niedriger bewerteten (U=4067,0; p=0,02; Bonferroni-korrigiert: p=0,06). Auch in der WAI-Subskala Prozess lagen die Ratings der freiwilligen Patienten mit 21 (SD=5) über denen der untergebrachten Patienten mit 18 (SD=6); dieser Unterschied ist statistisch signifikant (U=3928,0; p=0,01; Bonferroni-korrigiert: p=0,03). Bezüglich der Ziele-Subskala unterschied sich die Bewertung der freiwilligen Patienten (M=19; SD=6) und der untergebrachten Patienten (M=18; SD=6) nicht signifikant (U=4511,0; p=0,21).

Abbildung 5 stellt Median, oberes und unteres Quartil der WAI-Subscores in den untersuchten Populationen graphisch dar.

**Abbildung 5: Boxplots der WAI-Subskalenscores freiwilliger und untergebrachter Patienten**



○ Extremwert

WAI: Working Alliance Inventory

### 3.7.1 Confounderanalyse

Als potenzielle Störvariablen der Ergebnisse wurden Patientenvariablen untersucht, welche zwei Bedingungen erfüllten: Sie mussten erstens in der Literatur als Einflussvariablen auf therapeutische Allianz vorgeschrieben sein und zweitens mussten sich die Vergleichsgruppen (freiwillig versus untergebracht) hinsichtlich der entsprechenden Variablen signifikant unterscheiden. Dies traf für folgende drei Variablen zu<sup>26</sup>: Hauptdiagnose, Schweregrad der Erkrankung und Zustandsänderung. Die Zustandsänderung – gemessen mittels CGI-Änderung – wurde jedoch nicht in die Confounderanalyse einbezogen, da sie eher als Outcomevariable denn

<sup>26</sup> Siehe hierzu Kapitel 1.3.2 und Tabelle 2.



als Patientenvariable aufgefasst wurde.

Die Confounderanalyse wurde mit den Daten von n=217 Patienten vorgenommen, da 39 Fälle wegen fehlender CGI-Ratings und zwei Fälle wegen fehlender Hauptdiagnosen ausgeschlossen werden mussten.

Zunächst wurden die Voraussetzungen für eine ANCOVA mit dem WAI-Gesamtscore als abhängiger Variable, dem Rechtsstatus und der Hauptdiagnose als Faktoren und dem CGI-Schweregrad als Kovariate geprüft. Für den WAI-Gesamtscore wurde eine ausreichende Normalverteilung in der Stichprobe (n=217) angenommen, obwohl ein durchgeführter Kolmogorow-Smirnow-Test mit dem WAI-Score als abhängiger Variable  $p < 0,01$  lieferte, da sich die Schiefe des Scores zwischen -1 und +1 darstellte. Es musste eine Faktorstufenreduktion der nominal-skalierten Variable Hauptdiagnose analog der im Kapitel 3.6.1 Vorgehensweise vorgenommen werden, weil ansonsten Zellen mit einer Größe von  $n < 5$  entstanden wären. In Tabelle 5 sind die Zellgrößen der Faktorstufen-Kombinationen dargestellt.

Von Varianzhomogenität zwischen den Faktorstufen konnte mit einem Ergebnis von  $p = 0,438$  im Levene-Test ausgegangen werden. Im Ergebnis der ANCOVA hatte weder das korrigierte Gesamtmodell Einfluss auf den WAI-Summenscore ( $F(4,212) = 1,063$ ;  $p = 0,376$ ;  $\rho\eta^2 = 0,020$ ), noch die drei unabhängigen Variablen oder die Interaktion zwischen Rechtsstatus und Hauptdiagnose (jeweils  $p > 0,05$ ).<sup>27</sup> Die Varianzaufklärung des Modells lag bei nur 0,1% ( $\text{corr}R^2 = 0,001$ ).

Analog des o.g. Vorgehens erfolgte eine MANCOVA mit den drei WAI-Subskalenscores (WAI-Prozess, WAI-Bindung, WAI-Ziele) als abhängigen Variablen, Rechtsstatus und Hauptdiagnose (zweistufig) als Faktoren sowie Schweregrad der Erkrankung als Kovariate. Kolmogorow-Smirnow-Tests jeweils mit einem der WAI-Subscores als abhängiger Variable lieferten sämtlich  $p < 0,05$ .<sup>28</sup> Bei einer Schiefe aller Subskalenscores zwischen -1 und +1 in der Stichprobe (n=217) wurde jedoch eine für die MANCOVA ausreichende Normalverteilung angenommen. Der Box-M-Test lieferte  $p = 0,49$ , daher wurde Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen angenommen.

Weder die drei unabhängigen Variablen noch die Interaktion aus Rechtsstatus und Diagnose zeigten im Ergebnis der MANCOVA dabei einen Effekt auf die WAI-Subskalenscores (jeweils  $p > 0,5$ ).<sup>29</sup>

---

27 Detaillierte Ergebnisse der ANCOVA siehe Anhang-Tabelle 11.

28 Die Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests sind in der Anhang-Tabelle 12 dargestellt.

29 Detaillierte Ergebnisse der MANCOVA siehe Anhang-Tabelle 13.

### **3.7.2 Zusammenfassung**

Sowohl in der Gesamtbewertung als auch in der Prozess-Dimension der therapeutischen Allianz unterschieden sich bei Vergleich der mittleren Ränge die beiden Gruppen signifikant mit positiveren subjektiven Bewertungen durch die freiwilligen Patienten.

Allerdings unterschieden sich die Gruppe der freiwilligen und die Gruppe der untergebrachten Patienten strukturell u.a. hinsichtlich Hauptdiagnose und Schweregrad der Erkrankung. Ein Modell, welches den kombinierten Einfluss aus dem Rechtsstatus und diesen beiden potenziellen Störvariablen auf die therapeutische Allianz betrachtete, erwies sich als nicht signifikant und zeigte eine nur minimale Varianzaufklärung. Der Effekt des Rechtsstatus auf die therapeutische Allianz konnte also nicht durch die Unterschiede der Gruppen hinsichtlich Hauptdiagnose und Schweregrad der Erkrankung erklärt werden.

Zusammenfassend konnte die Hypothese, freiwillige Patienten würden die therapeutische Allianz höher bewerten als untergebrachte, aufgrund der Ergebnisse bestätigt werden.

## 4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte das Ziel, Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz zwischen freiwilligen und untergebrachten Patienten in einem stationär-psychiatrischen Setting zu vergleichen. Es sollten Bereiche ermittelt werden, in denen Verbesserungsbedarf der Zufriedenheit und der therapeutische Allianz gerade untergebrachter Patienten besteht. Es folgt nun die Diskussion der Ergebnisse im Kontext vorangegangener Publikationen, wobei sich die Struktur des Kapitels 4.1 an den beiden zentralen Fragen der Arbeit orientiert.

### 4.1 Ergebnisdiskussion

Die erste zentrale Frage lautete: Wirkt sich eine Zwangsunterbringung auf die subjektiv berichtete Behandlungszufriedenheit allgemein-psychiatrischer Patienten aus?

Nach den im Kapitel 3.6 dargestellten Ergebnissen beeinflusste der Rechtsstatus die Gesamtzufriedenheit nicht, wohl aber die Zufriedenheit hinsichtlich des Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens mit niedrigeren Bewertungen durch die zwangsuntergebrachten Patienten auch nach Kontrolle der potenziellen Störvariablen Schwere der Erkrankung und Hauptdiagnose.

Das Ergebnis bezüglich der Gesamtzufriedenheit deckt sich nicht mit dem Gros der in diesem Bereich durchgeführten Studien, identifizierten doch Greenwood et al. (1999), Hansson (1989), Leavey et al. (1997), Modestin et al. (2003) und Sørgaard (2007) jeweils einen unfreiwilligen Rechtsstatus als Prädiktor einer niedrigeren Patientenzufriedenheit. Konsistent hingegen ist das Resultat der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen von Iversen et al. (2007) und Pieters (2003).

Die in der vorliegenden Untersuchung dargestellte niedrigere Zufriedenheit der zwangsuntergebrachten Patienten hinsichtlich des Ganzheitlichen Akzeptiert-Werdens ist konsistent mit dem Ergebnis von Pieters (2003), demzufolge untergebrachte Patienten den ihnen entgegengebrachten Respekt als niedriger bewerten. Dies erscheint nachvollziehbar, manifestiert sich doch in dem erzwungenen Verbleib in einer psychiatrischen Klinik zum einen ein Machtgefälle zugunsten des Personals und wird zum anderen mit der Unterbringung zwangsläufig zumindest *ein* Anliegen des Patienten übergangen. Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen ist es dennoch möglich, Unterbringung in respektvoller Weise zu vermitteln, wie qualitative Studien zum Erleben unfreiwilliger psychiatrischer Behandlung

demonstrieren (Katsakou und Priebe 2007; Sibitz et al. 2011).

Wenn auch die Unterschiede der Subskalen ansonsten nicht signifikant wurden, so stellte sich die Bewertung der Partizipation doch tendenziell niedriger in der Gruppe der untergebrachten Patienten dar. Sørgaard (2007) fand die gleiche Tendenz. Auch diesbezüglich sollten zukünftig verstärkt Bestrebungen unternommen werden, insbesondere untergebrachten Patienten Teilnahme an der Behandlungsgestaltung zu ermöglichen.

Aufgrund der in der Einleitung skizzierten nationalen und regionalen Unterschiede bezüglich des Unterbringungsprozesses und der Ausgestaltung der unfreiwilligen Behandlung ist kritisch zu diskutieren, ob Daten von zwangsuntergebrachten Patienten überhaupt international vergleichbar sind. Von den genannten Studien zum Vergleich der Zufriedenheit freiwilliger und unfreiwilliger Patienten war nur die von Pieters (2003) in Deutschland durchgeführt worden. Dabei lieferte seine Studie deckungsgleiche Ergebnisse sowohl bezüglich der Gesamtzufriedenheit als auch bezüglich der Zufriedenheitsdimension des Akzeptiert-Werdens. In Pieters' Studie mit einer geringen Fallzahl von 79 Teilnehmern wurde die Gesamtzufriedenheit nicht wie in der vorliegenden Arbeit aus den Antworten der einzelnen Items des verwendeten Inventars berechnet, sondern durch ein einzelnes Item abgebildet; solche Globalbeurteilungen gelten als wenig valide (Boyer et al. 2009).

Auch angesichts von Unterschieden in den Erhebungsinstrumenten mit häufig divergierender Dimensionierung von Patientenzufriedenheit sind Ergebnisse verschiedener Studien nur unter Vorbehalt vergleichbar. Der WPAZ war als Ad-hoc-Instrument für den Einsatz der „Weddinger-Modell“-Studie konstruiert worden, er bildet andere Zufriedenheitsdimensionen ab als die von Greenwood et al. (1999), Hansson (1989), Leavey et al. (1997), Modestin et al. (2003) und Sørgaard (2007) verwendeten Instrumente.

Die untergebrachten Patienten der vorliegenden Studie unterschieden sich signifikant in einer Reihe bedeutsamer Kriterien von den freiwilligen Patienten: Sie waren schwerer erkrankt und litten häufiger an einer affektiven Erkrankung, seltener an einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Erkrankung. Sie zeigten eine größere Besserung des Zustandes während einer im Durchschnitt kürzeren stationären Aufenthaltsdauer. Darüber hinaus gaben sie häufiger an, die Aufnahme sei nicht eigenmotiviert erfolgt und es bestehe keine Partnerschaft. Eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund dieser Unterschiede in den untersuchten Populationen ist nicht unwahrscheinlich, obwohl mittels multivariater Modelle zumindest der Einfluss der

Hauptdiagnose und des Schweregrades der Erkrankung kontrolliert worden war. Die fehlenden Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit von freiwilligen und untergebrachten Patienten lassen sich möglicher Weise durch die Strukturungleichheit der Gruppen erklären. Eine höhere Zufriedenheit der untergebrachten Patienten als erwartet könnte insbesondere aus der größeren Zustandsbesserung (Katsakou et al. 2010) resultieren.

Als Nebenergebnis hatte sich gezeigt, dass der Schweregrad der Erkrankung die Zufriedenheit mit der Einbeziehung der Familie beeinflusst: Je schwerer die psychische Erkrankung, desto höher die Zufriedenheit. Gründe für diesen Zusammenhang lassen sich nur vermuten: Besonders schwer von psychischen Erkrankungen Betroffene leben häufig sozial isoliert (Müller et al. 1998); möglicher Weise haben sie daher niedrige Erwartungen an die Einbindung von Angehörigen in die Behandlung und sind daher eher zufriedenzustellen.

In aktuelleren Studien zu Zwangsmaßnahmen – deren häufigste Form eine gerichtliche Unterbringung ist – wurde *Zwangserleben* statt des Rechtsstatus als Einflussvariable auf Patientenzufriedenheit untersucht. Es stellte sich dabei ein hohes Zwangserleben als Prädiktor einer niedrigen Zufriedenheit untergebrachter Patienten dar (Katsakou et al. 2010). Interessant ist die Erkenntnis, dass sich etwa ein Drittel der formal freiwilligen Patienten zu einer Aufnahme gedrängt fühlen, wie durch eine große (n=270) in England durchgeführte Studie von Katsakou et al. (2011) demonstriert wurde. Die Autoren stellen des Weiteren einen signifikanten, inversen Zusammenhang zwischen Zwangserleben freiwilliger Patienten und ihrer Behandlungszufriedenheit dar. Aufgrund des longitudinalen Designs ihres Forschungsprojekts nehmen Katsakou et al. (2011) an, dass sich Zwangserleben und Behandlungszufriedenheit reziprok beeinflussen. Sørgaard (2007) führte eine Studie in Norwegen durch, die 189 Patienten in einem geschützt akut-psychiatrischen Setting inkludierte. Er unterscheidet drei Gruppen von Patienten: freiwillige, gedrängte und untergebrachte. Die Patientenzufriedenheit differierte signifikant zwischen den untersuchten Gruppen: Die der freiwilligen Patienten war am höchsten, die der überzeugten Patienten lag in der Mitte, die der untergebrachten Patienten imponierte am niedrigsten. Sørgaard argumentiert, dass die Dichotomie des Rechts – freiwillig versus untergebracht – auf sozialer Ebene viel eher ein Kontinuum darstelle, denn eine freiwillige Aufnahme schein häufig das Ergebnis eines komplexen interpersonellen Prozesses zu sein aus Ermutigungen, Überzeugungsversuchen, Drängen, Drohungen etc. Allerdings muss bedacht werden, dass eine Unterbringung in Norwegen trotz Freiwilligkeit häufig formal vorgenommen

wird, um z.B. bei Bettenmangel eine stationäre Behandlung gewährleisten zu können. Letzteres trifft in Deutschland durch die im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern obligatorische Involvierung eines Richters in Unterbringungsverfahren sicherlich nicht zu. Sørgaards Überlegungen zum Prozess, der zu einer freiwilligen Aufnahme führt, ist jedoch aus klinischer Erfahrung auf deutsche Verhältnisse durchaus übertragbar.

Es scheint auf Basis der dargestellten Studien plausibel, dass Patientenzufriedenheit möglicherweise eher durch Zwangserleben beeinflusst wird als durch den Rechtsstatus. Immerhin 39% der formal freiwilligen Patienten in der vorliegenden Untersuchung gaben an, die Vorstellung in der Klinik sei nicht eigenmotiviert erfolgt, dies könnte als Indikator für die subjektive Erfahrung von Zwang im Rahmen der Aufnahmesituation gelten. Bei näherer Betrachtung liefern die Zufriedenheitsratings der vorliegenden Arbeit die erwartete Tendenz, ohne jedoch das Signifikanzniveau zu erreichen. Zwangserleben als wahrscheinliche Störvariable ist eine weitere mögliche Erklärung für die fehlenden signifikanten Gruppenunterschiede zwischen freiwilligen und zwangsuntergebrachten Patienten der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer Behandlungszufriedenheit.

Als zweite zentrale Frage der Arbeit war formuliert worden: Wirkt sich eine Zwangsunterbringung auf die durch die Patienten bewertete therapeutische Allianz aus?

Nach den im Kapitel 3.7 beschriebenen Ergebnissen stellte sich die Allianz zwischen Therapeuten und untergebrachten Patienten signifikant niedriger dar als diejenige zwischen Therapeuten und freiwilligen Patienten.

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Resultaten von Roche et al. (2014) aus Irland, die nach den Recherchen für die vorliegende Arbeit bislang als Einzige den Zusammenhang zwischen Rechtsstatus und durch Patienten bewertete therapeutischer Allianz in einer erst kürzlich publizierten Studie untersucht haben. Theodoridou et al. (2012) untersuchten in der Schweiz die Allianz aus Therapeutensicht: Auch hier imponierte die therapeutische Allianz signifikant niedriger in der Gruppe der untergebrachten Patienten.

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass insbesondere in der Prozess-Dimension therapeutischer Allianz die Bewertungen differierten: Freiwillige beurteilten die Übereinstimmung mit ihren Therapeuten hinsichtlich der in der Therapie zu erledigenden Aufgaben signifikant höher als Untergebrachte. Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass eine Unterbringungssituation per definitionem eine Konflikt zwischen dem durch den Betroffenen

und dem durch den Therapeuten für nötig befundenen Handlungsweg darstellt, durchaus plausibel.

Unklar bleibt aufgrund des naturalistischen Studiendesigns, ob Zwangsunterbringung und die Stärke der Allianz in einem Kausalzusammenhang stehen, ob etwa das Faktum einer Unterbringung an sich eine schlechtere Allianz bedingt oder ob Variablen, die mit Unterbringung assoziiert sind oder ihr erklärend zu Grunde liegen, wie Eigen- oder Fremdgefährdung und Ablehnung einer Behandlung, die therapeutische Allianz beeinflussen. Da Interventionsstudien mit einer randomisierten Unterbringung aus ethischen Gründen nicht durchgeführt werden können, müssen zukünftig am ehesten longitudinale Studiendesigns gewählt werden, um eine Idee der Kausalität zu erhalten.

Wie oben erläutert, differierten die untersuchten Gruppen hinsichtlich verschiedener demographischer und klinischer Variablen. Mittels multivariater Modelle war versucht worden, den Einfluss der beiden wahrscheinlichsten Störvariablen – Schwere der Erkrankung und Hauptdiagnose – auf die genannten Ergebnisse zu kontrollieren. Diese Modelle erwiesen sich als nicht signifikant, so dass die Gruppenunterschiede zwischen freiwilligen und untergebrachten Patienten hinsichtlich der therapeutischen Allianz nicht durch die Diagnose und die Schwere der Erkrankung erklärt werden können.

Sheehan und Burns (2011) untersuchten in Kanada erstmals den Zusammenhang zwischen Zwangserleben und therapeutischer Beziehung in der stationären Allgemeinpsychiatrie. Untergebrachte Patienten zeigten hier ein signifikant höheres Level an Zwangserleben als freiwillige Patienten. Zwangserleben wiederum korrelierte negativ mit therapeutischer Beziehung. Diese Ergebnisse wurden in einer Schweizer Studie von Theodoridou et al. (2012) reproduziert. Ein von Sheehan & Burns (2011) konstruiertes logistisches Regressionsmodell legt nahe, dass die therapeutische Beziehung zum Teil den Einfluss des Rechtsstatus auf Zwangserleben konfundierte. Die Autoren schlussfolgern, dass die therapeutische Beziehung als modifizierender Faktor des Zwangserlebens aufgefasst werden könne. Zwang sei nicht nur eine Funktion des Rechtes, sondern vielmehr eine Funktion der Beziehung mit dem psychiatrischen Personal, welches die Unterbringung umsetze, schreiben auch Gilbert et al. (2008). Dies verdeutlicht die Bedeutung des Aufbaus einer starken therapeutischen Allianz insbesondere mit Patienten, deren psychiatrischer Aufenthalt erzwungen ist.

## 4.2 Methodendiskussion

Methodische Stärken der vorliegenden Untersuchung liegen insbesondere in der Größe der Stichprobe von 258 Patienten und der Datenerhebung in zwei Zeiträumen und drei psychiatrischen Kliniken in verschiedenen Stadtteilen Berlins.

Eine weitere Stärke liegt in der Wahl des WAI als Instrument zur Erhebung der therapeutischen Allianz, denn es handelt sich um ein gut validiertes Inventar mit guten psychometrischen Eigenschaften, auch in allgemeinpsychiatrischen Settings (McCabe und Priebe 2004). Auch der Schweregrad der Erkrankung und das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau waren mit standardisierten und validierten Instrumenten – CGI und GAF – erhoben worden.

Die vorliegende Arbeit unterliegt einer Reihe von Limitationen, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

Es wurden die Daten von 22,6% der in den beiden Befragungszeiträumen entlassenen Patienten in die Auswertung einbezogen. Dabei könnten eine Reihe von Faktoren zu einer die Ergebnisse verzerrenden Stichprobenselektion geführt haben. Der Anteil von 19% zwangsuntergebrachter Patienten in der Studienpopulation lag vergleichsweise hoch: Haebler et al. (2007) dokumentierten 12,9% Zwangsunterbringungen bezogen auf stationäre psychiatrische Aufenthalte im Berliner Stadtteil Neukölln, wobei dieser Vergleichswert aus dem Jahr 2003 stammt. Außerdem liegen keine Daten bezüglich demographischer und krankheitsbezogener Merkmalen der ablehnenden Patienten vor. Auch fehlen teilweise Angaben zu Gründen der Nicht-Teilnahme. Es ist anzunehmen, dass besonders *unzufriedene* Patienten mit geringerer Wahrscheinlichkeit an einer Zufriedenheitserhebung teilnehmen. Die Studienteilnahme erforderte zudem eine gewisse Konzentration angesichts der mit etwa 30 Minuten angekündigten Befragungs- bzw. Bearbeitungszeit. Es ist möglich, dass durch ihre Erkrankung in der Konzentration schwer beeinträchtigte Menschen daher über-zufällig häufig nicht teilgenommen haben. Patienten, die als fremdgefährdend oder kognitiv schwer eingeschränkt eingeschätzt wurden, waren gemäß der formulierten Ausschlusskriterien nicht befragt worden; auch hierdurch ist eine Selektion weniger schwer erkrankter Studienteilnehmer wahrscheinlich. Gemäß Kriterien ausgeschlossen wurde außerdem, wer sprachliche Verständnisschwierigkeiten hatte, wodurch die Daten von Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen nicht erhoben bzw. analysiert werden konnten. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Studienpopulation als repräsentativ für die Gesamtheit deutscher allgemein-psychiatrischen Patienten gelten kann,



fand doch die Studie in drei Kliniken mit großstädtischem Versorgungsgebiet statt.

Die beiden untersuchten Stichproben – freiwillige Patienten und untergebrachte Patienten – zeigten sich hinsichtlich verschiedener demographischer und krankheitsbezogener Merkmale nicht strukturgleich. Es ist denkbar, dass diese bzw. weitere, in der vorliegenden Arbeit nicht näher betrachteten, Unterschiede in den Stichproben die Ergebnisse verzerrt haben könnten. Die Unterschiede von Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz zwischen freiwilligen und untergebrachten Patienten waren allerdings für die wahrscheinlichsten Störvariablen – Hauptdiagnose und Schweregrad der Erkrankung – kontrolliert worden. Für diese in den Kapiteln 3.6.1 und 3.7.1 dargestellte Analyse des Einflusses potenzieller Störvariablen auf die Ergebnisse war jedoch eine Kategorienreduktion der Hauptdiagnose von vier auf zwei erfolgt. Dies war angesichts der andernfalls zu kleinen Zellengrößen der verschiedenen Merkmalskombinationen erforderlich. Eventuelle Unterschiede der Zielparameter zwischen den vier zusammengefassten Diagnosegruppen konnten aufgrund des genannten Procedere in der Confounderanalyse nicht detektiert werden. Für zukünftige Studien ist die Stichprobengröße zu erhöhen, um Kategorienreduktionen der o.g. Art möglichst zu vermeiden.

Verletzungen der Normalverteilungsvoraussetzungen für die Varianzanalysen wurden hingenommen, da Varianzanalysen als diesbezüglich recht robust gelten (Bortz 1999) und es an alternativen statistischen Verfahren mangelte, um die Fragestellung zu beantworten.

Sowie während des stationären Aufenthaltes eine Unterbringung für mindestens 24 Stunden vorlag, wurden die Patienten als „Untergebrachte“ definiert. Außer Acht gelassen wurde bei dieser Definition, dass Patienten möglicherweise nur kurz initial untergebracht waren und am Ende eines langen freiwilligen, sich der Unterbringung unmittelbar anschließenden, Aufenthaltes befragt wurden.

Denkbar ist auch die Antworttendenz der befragten Patienten im Sinne sozialer Erwünschtheit. Die der Studie zu Grunde liegenden Befragungen fanden entlassungsnah statt. Es ist durchaus vorstellbar, dass insbesondere nicht-freiwillige Patienten trotz der anonymen Befragung eine negative Sanktion, wie z.B. eine Verschiebung der bereits geplanten Entlassung, fürchteten und daher eher geneigt waren, ihre Zufriedenheit und die Allianz mit ihrem Therapeuten positiver zu bewerten. In unterschiedlichem Ausmaß wünschten und benötigten die Teilnehmenden Assistenz durch das Studienpersonal bei der Beantwortung der Fragebögen. Trotz wiederholter Absprachen zwischen den sechs involvierten Interviewern ist es möglich, dass sich der Unterstützungsstil

unterschied und dadurch die Ergebnisse, u.a. im Sinne des Rosenthal-Effektes, beeinflusste.

Möglich ist auch, dass Therapeuten mit gewissen Persönlichkeitsmerkmalen eher die Behandlung von untergebrachten Patienten übernehmen. Bekannt ist, dass therapeutische Allianz u.a. durch die Persönlichkeit der Therapeuten entscheidend beeinflusst wird (Ackerman und Hilsenroth 2003); eine Verzerrung durch Therapeuteneigenschaften kann somit nicht ausgeschlossen werden. Von Bedeutung für die Ergebnisse könnte darüber hinaus sein, dass die Patienten keiner standardisierten Behandlung unterzogen wurden – die Therapiepläne unterschieden sich interindividuell. Vorstellbar ist insbesondere, dass Unterschiede in Ausmaß, Intensität und Zielsetzung psychotherapeutischer Interventionen relevante Auswirkungen auf die Bewertungen der therapeutischen Allianz, aber auch auf die der Patientenzufriedenheit gehabt haben könnten.

Der WPAZ ist ein zum Zwecke der beschriebenen Studie durch Expertinnen konstruiertes psychometrisches Instrument. Trotz exzellenter interner Konsistenz ist die Reliabilität des WPAZ nicht ausreichend belegt, wurden doch bislang keine Reliabilitätstests wie die Testhalbierungsmethode oder das Test-Retest-Verfahren durchgeführt. An der Konstruktvalidität von Patientenzufriedenheit ist wiederholt Kritik geübt worden (Linder-Pelz 1982; Lebow 1983; Avis et al. 1995; Jacob und Bengel 2000; Möller-Leimkühler und Dunkel 2003). Es ist denkbar, dass der WPAZ nicht valide Daten liefert und möglicher Weise ein der Patientenzufriedenheit nur verwandtes Konstrukt abbildet. Wahrscheinlicher ist jedoch angesichts der Augenscheinlichkeit des WPAZ, dass er andere Dimensionen der Patientenzufriedenheit abbildet, als die in den zum Ergebnisvergleich herangezogenen Studien verwendeten psychometrischen Instrumente. Insgesamt waren 5 Items des WPAZ wegen Ladung auf mehrere Faktoren von der Analyse ausgeschlossen worden; der WPAZ-Faktor Stationsatmosphäre war aufgrund der niedrigen internen Konsistenz ebenfalls nicht in weitere Berechnungen einbezogen worden. Eine Überarbeitung des WPAZ hinsichtlich der auf mehrere Faktoren ladenden Items und der Items des Faktors Stationsatmosphäre ist für zukünftige Studien ratsam. Die Validierung des WPAZ muss in zukünftigen Studien mittels Korrelation mit bereits validierten Skalen, wie z.B. dem ZUF (Schmidt et al. 1989), erfolgen.

Quantitative Zufriedenheitsbefragungen liefern häufig Werte im oberen Spektrum, obwohl sich in anschließend durchgeführten qualitativen Befragungen ein weniger zufriedenes Bild zeichnet (Williams et al. 1998). Allerdings ist nicht anzunehmen, dass dies einen Gruppenunterschied in

der vorliegenden Arbeit hervorgerufen und sich damit auf die Fragestellung ausgewirkt hat.

Der Umgang mit fehlenden Werten im Rahmen der statistischen Auswertung stellt eine weitere Quelle für eine potenzielle Ergebnisverzerrung dar: Die WPAZ-Antworten jedes Probanden waren als Prozente seines – unter Berücksichtigung ungültig beantworteter Items – maximal möglichen Summenscores errechnet worden. Je mehr Items also ungültig beantwortet waren, desto mehr Gewicht erhielten die gültigen Items für die Gesamtzufriedenheit bzw. die Zufriedenheitsdimensionen. Für die Auswertung des WAI waren Summenscores über die jeweils gültig beantworteten Items berechnet worden, ein hoher Summscore stand für eine hohe Allianz. Je mehr Items ungültig beantwortet waren, desto niedriger zeigte sich also rechnerisch die therapeutische Allianz.

### **4.3 Schlussfolgerungen**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Häufigkeit und die Praxis von Unterbringung in psychiatrischen Kliniken divergieren beträchtlich zwischen den europäischen Mitgliedsstaaten (Dreßing und Salize 2004). Daher sind empirische Erkenntnisse zu subjektiven Outcomeparametern untergebrachter Patienten, wie einleitend erklärt, international nicht ohne Weiteres übertragbar. Nach den Recherchen der Autorin ist die vorliegende Arbeit die erste in Deutschland durchgeführte Studie, welche die therapeutische Allianz im Rahmen von Freiwilligkeit und Zwangsunterbringung untersucht. Die Patientenzufriedenheit freiwilliger und untergebrachter Patienten scheint in Deutschland bislang nur Pieters (2003) an einer relativ kleinen Stichprobe untersucht zu haben. Dabei wurde die Gesamtzufriedenheit allerdings – im Gegensatz zur vorliegenden Studie, in welcher ein mehrdimensionales und setting-spezifisches Inventar angewendet wurde – durch ein einziges Globalitem abgebildet, insofern liefert die vorliegende Arbeit auch hier differenziertere und die bisherige Forschung erweiternde Erkenntnisse.

Die vorliegende Arbeit hat im Wesentlichen zwei Hauptaussagen: Erstens bewerteten untergebrachte psychiatrische Patienten die Allianz mit ihren Therapeuten niedriger als freiwillige und zweitens zeigte sich kein Unterschied in der Gesamtzufriedenheit zwischen den beiden Patientengruppen.

Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass sich untergebrachte Patienten zum einen weniger ganzheitlich akzeptiert fühlen und sie zum anderen die Übereinstimmung mit ihren Therapeuten

hinsichtlich der in der Therapie zu erledigenden Aufgaben niedriger bewerten.

Da sich die beiden untersuchten Gruppen (freiwillige und untergebrachte Patienten) signifikant hinsichtlich bedeutsamer klinischer Kriterien, wie u.a. Schwere der Erkrankung und Diagnosegruppe, unterscheiden, ist eine Verzerrung der Ergebnisse trotz des Versuchs einer Kontrolle durch multivariate Modelle nicht unwahrscheinlich. Ein „Matched-pair“-Design zukünftiger Studien, in welchen gerade die o.g. Einflussgrößen kontrolliert werden, erscheint sinnvoll. Zukünftige Untersuchungen von Patientenzufriedenheit und therapeutischer Allianz im Kontext von (Un-)Freiwilligkeit sollten neben dem Rechtsstatus angesichts des jüngst nachgewiesenen Zusammenhangs (siehe Kapitel 4.1) immer auch Zwangserleben erheben. Verstärktes forschendes Augenmerk sollte auch auf die Determinanten von Zwangserleben und sich daraus ergebenden Modifikationsmöglichkeiten für das Verhalten des psychiatrischen Personals gerichtet werden.

Außerdem ist es notwendig, das Konstrukt Patientenzufriedenheit im Kontext eines psychiatrischen Settings theoretisch zu unterfüttern, um valide Erhebungsinstrumente entwickeln zu können. Erst durch den Einsatz solcher Instrumente wird es möglich sein, Ergebnisse zukünftiger Zufriedenheitserhebungen sinnvoll miteinander vergleichen zu können.

Unter der Annahme, dass die Ergebnisse nicht durch Erkrankungsvariablen verzerrt sind, lassen sich aus der vorliegenden Arbeit folgende Schlussfolgerungen ziehen.

Aus ethischen wie aus rechtlichen Gründen muss es Ziel sein, eine unfreiwillige psychiatrische Behandlung im Sinne einer Unterbringung möglichst zu vermeiden. In Fällen, wo eine Unterbringung nicht umgangen werden kann, muss angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit insbesondere dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz Raum und Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass therapeutische Allianz über die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen hinweg der entscheidende Einzelfaktor für das Outcome ist (Lambert und Barley 2001) und dass sie durch den Therapeuten beeinflussbar ist (Ackerman und Hilsenroth 2003). Safran et al. (2011) zeigten in einem Review, dass gezieltes Therapeuten-Training zur Überwindung von Allianzbrüchen wirksam ist. Ein derartiges Training könnte dazu beitragen, auch mit untergebrachten Patienten eine starke therapeutische Allianz als Basis für die gemeinsamen Bemühungen um eine erfolgreiche Genesung bzw. Besserung aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Behandlungsvereinbarungen, welche für zukünftige erzwungene psychiatrische Aufenthalte

gemeinsam von Patienten und ihren Therapeuten ausgehandelt werden, könnten einen sinnvollen Ansatzpunkt bieten, um die therapeutische Allianz untergebrachter Patienten hinsichtlich der Prozess-Dimension zu stärken. In Anbetracht der im Kapitel 4.1 dargestellten Studienergebnisse von Sheehan & Burns (2011) ist zu vermuten, dass auf diese Weise auch Zwangserleben reduziert werden könnte.

Das ethische Dilemma zwischen Wahrung der Autonomie Betroffener, Fürsorge für den Einzelnen und ggf. Schutz Dritter wird im Kontext von Unterbringungen bestehen bleiben. Es sollte jedoch verstärkt darauf geachtet werden, die negativen subjektiven Erfahrungen zwangsuntergebrachter Patienten so gering wie möglich zu halten und an Stellen, wo sie unvermeidbar sind, sie empathisch zu begleiten und aktiv ihre Nachbereitung anzubieten. Das Ergebnis, dass sich Zwangsuntergebrachte weniger ganzheitlich akzeptiert fühlen, zeigt, dass gerade dieser Aspekt sowohl während als auch in der Nachbereitung einer Unterbringung besondere Aufmerksamkeit durch die Therapeuten bzw. das Personal verdient.

Ein Fokus auf respektvoller Vermittlung von Unterbringung und der Aufbau starker therapeutischer Allianzen sowie Deeskalationsstrategien im Umgang mit nicht-freiwilligen Patienten erfordern eine ausreichende personelle Ausstattung (Heinz et al. 2015). Die Gewährleistung eines ausreichenden Personalschlüssels in psychiatrischen Kliniken der Pflichtversorgung ist jedoch durch die geplante und aktuell diskutierte Einführung des Pauschalisierenden Psychiatrischen Entgeltsystems (PEPP) gefährdet: Denn derzeit gilt die Personalverordnung, in welcher rechtsverbindlich ein Mindestpersonalschlüssel festgelegt ist; im PEPP jedoch wird der Personalschlüssel nach derzeitigem Stand nur Empfehlungscharakter haben. Heinz et al. (2015) fordern vor diesem Hintergrund auch weiterhin rechtsverbindliche Mindestvoraussetzungen für die personelle Ausstattung psychiatrischer Stationen, um eine menschenwürdige Behandlung gerade nicht-freiwilliger Patienten sicher zu stellen.

Unfreiwillige Patienten mit hoher Behandlungszufriedenheit haben ein niedrigeres Risiko, im folgenden Jahr erneut zwangsuntergebracht zu werden (Priebe et al. 2009). In der UN-Behindertenrechtskonvention werden präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang gefordert.<sup>30</sup> Dieser Anspruch ist durch die Ratifizierung der Konvention in Deutschland seit 2009 gesetzlich verankert. Dies muss – angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit – zum

---

30 Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BGBl. 2008 II S. 1419)

---

Anlass genommen werden, strukturierte Interventionen zum respektvollen Umgang des Personals mit untergebrachten Patienten zu entwickeln, die das Ziel haben, Versorgung und Zufriedenheit zu verbessern und so wiederholte Zwangsunterbringungen zu reduzieren. Die Entwicklung derartiger Interventionen sollte gemeinsam mit Betroffenen gestaltet und ihre Implementierung in einem kombiniert qualitativ-quantitativen Ansatz evaluiert werden.

## Literaturverzeichnis

- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(1):1–33.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV. 4. Aufl. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
- Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol* [Internet]. 2011 [zitiert 29. Dezember 2014];2. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3198542/>
- Armgarth C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyeschak J, Schramm A, Richter S, Leßmann J, Juckel G, Haußleiter I. Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatr Prax.* 2013;40(5):278–84.
- Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann.* 1982;5(3):233–7.
- Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs.* 1995;22(2):316–22.
- Bayerisches Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (Unterbringungsgesetz - UnterbrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.04.1992 (GVBl. S. 60), zuletzt geändert durch § 1 Nr. 169 der Verordnung vom 22.07.2014 (GVBl. S. 286).
- Berliner Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) vom 8.3.1985 (GVBl. S. 586), zuletzt geändert durch Artikel III des Gesetzes vom 18.09.2011 (GVBl. S. 483).
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract.* 1979;16(3):252–60.
- Bortz J. Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. vollständig überarbeitete Aufl. Heidelberg:

- Springer-Verlag; 1999.
- Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N, Zendjidjian X, Belzeaux R, Limousin S, Magalon D, Samuelian J-C, Lancon C, Auquier P. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *Eur Psychiatry*. 2009;24(8):540–9.
- Brieger P, Lourenço PK, Steinert T, Längle G, Lemke U, Herpertz SC, Croissant D, Becker T, Kilian R. Psychiatrische Unterbringungspraxis. *Nervenarzt*. 2014;85(5):606–13.
- Brückner B. *Geschichte der Psychiatrie*. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2010.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22.07.2014 (BGBl. I S. 1218).
- Chue P. The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2006;20(suppl. 6):38–56.
- Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994;6(4):284–90.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (CIPS), Herausgeber. *Internationale Skalen für Psychiatrie*. 4. Aufl. Göttingen: Beltz-Test; 1996.
- Deinert H, Jegust W. *Das Recht der psychisch Kranken: Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen*. 2. Aufl. Köln: Bundesanzeiger Verlag; 2006.
- Dreßing H, Salize H-J. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. *Psychiatr Prax*. 2004;31(01):34–9.
- Eytan A, Chatton A, Safran E, Khazaal Y. Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions. *Psychiatr Q*. 2013;84(1):73–80.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J*. 2005;41(2):141–58.
- Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM. Perspective is everything. *J*



- Psychother Pr Res. 2001;10(4):262–8.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II – Designing a questionnaire and conducting a survey. *Br Med J.* 1991a;302:1129–32.
- Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I – Important general considerations. *Br Med J.* 1991b;302:887–9.
- Foucault M. *Wahnsinn und Gesellschaft.* 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1969.
- Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47(3):228–36.
- Freud S. Zur Einleitung der Behandlung. In: Freud A, Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O, Herausgeber. *Gesammelte Werke Band VIII: Werke aus den Jahren 1909-1913.* Frankfurt am Main: Fischer; 1913. S. 453–78.
- Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1990;27(2):143–53.
- Gehrs M, Goering P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* 1994;18(2):43–54.
- Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17.12.2008 (BGBl. I S. 2586), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20.06.2014 (BGBl. I S. 786).
- Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BGBl. 2008 II S. 1419).
- Gilburt H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):92. doi: 10.1186/1472-6963-8-92.
- Greenwood N, Key A, Burns T, Bristow M, Sedgwick P. Satisfaction with in-patient psychiatric

- services. Relationship to patient and treatment factors. *Br J Psychiatry*. 1999;174(2):159–63.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11.07.2012 (BGBl. I S. 1478).
- Haebler D von, Beuscher H, Fähndrich E, Kunz D, Priebe S, Heinz A. Wie offen kann die Psychiatrie sein? Zwangseinweisungen in zwei inner-städtischen Berliner Bezirken. *Dtsch Ärztebl*. 2007;104(18):A 1232–6.
- Hannöver W, Dogs CP, Kordy H. Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*. 2000;45(5):292–300.
- Hansson L. Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1989;239(2):93–100.
- Heinz A, Müller S, Kipp L, Montag C, Mahler L. Human rights in psychiatry and the convention on the rights of persons with disabilities. *Swiss Arch Neurol Psychiatry*. I.E. 2015.
- Hentschel U. Die Therapeutische Allianz: Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*. 2005;50(5):305–17.
- Horvath A, Bedi R. The Alliance. In: Norcross JC, Herausgeber. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. S. 37–69.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol*. 1989;36(2):223–33.
- Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(4):561–73.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol*. 1991;38(2):139–49.
- Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(6):504–11.

- Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother.* 2000;48(3):280–301.
- Juckel G, Haußleiter I. Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatr Prax* [Internet]. 10. April 2014 [zitiert 29. Dezember 2014]; Verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1369866>
- Kallert TW. Involuntary psychiatric hospitalization: Current status and future prospects. *Srp Arh Celok Lek.* 2011;139(suppl. 1):14–20.
- Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258(4):195–209.
- Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, Priebe S. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv.* 2010;61(3):286–92.
- Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Priebe S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Res.* 2011;187(1):275–82.
- Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114(4):232–41.
- Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2007;16(2):172–8.
- Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D, Wykes T, Priebe S. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(7):1169–79.
- Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79(9):1122–8.
- Kelstrup A, Lund K, Lauritsen B, Bech P. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients: Relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta Psychiatr Scand.*

- 1993;87(6):374–9.
- Kjellin L, Andersson K, Candefjord I-L, Palmstierna T, Wallsten T. Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv.* 1997;48(12):1567–70.
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2001;38(4):357–61.
- Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'ren R, Schwärzler F, Eschweiler GW. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: The patients' view. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(3):213–21.
- Längle G, Bayer W. Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. *Psychiatr Prax.* 2007;34(suppl. 2):203–7.
- Leavey G, King M, Cole E, Hoar A, Johnson-Sabine E. First-onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with services. *Br J Psychiatry.* 1997;170(1):53–7.
- Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Eval Program Plann.* 1983;6(3):211–36.
- Lieberman PB, von Rehn S, Dickie E, Elliott B, Egerter E. Therapeutic effects of brief hospitalization: The role of a therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res.* 1992;1(1):56–63.
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16(5):577–82.
- Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Claghorn J, Herausgeber. *Successful Psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel; 1976. S. 92–116.
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis.* 1983;171(8):480–91.
- Mahler L, Jarchov-Jádi I, Montag C, Gallinat J. *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext.* 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag; 2014.

- Marmar CR, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW. Alliance and outcome in late-life depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177(8):464–72.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(3):438-50.
- McCabe R, Priebe S. Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings. *Eur Psychiatry.* 2003;18(5):220–5.
- McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: A review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry.* 2004;50(2):115–28.
- Mezzich J, Christodoulou GN, Fulford K. Introduction to the conceptual bases of psychiatry for the Person. *Int J Pers Centered Med.* 2011;1(1):121–4.
- Modestin J, Hanselmann F, Ruesch P, Grunwald H, Meyer P. Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Arch SUISSES Neurol Psychiatr.* 2003;154(3):127–38.
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R. Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt.* 2003;74(1):40–7.
- Müller P, Gaebel W, Bandelow B, Köpcke W, Linden M, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J. Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt.* 1998;69(3):204–9.
- Muran JC, Segal ZV, Samstag LW, Crawford CE. Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62(1):185–90.
- National Institute of Mental Health (NIMH). Clinical Global Impressions. In: Guy W, Herausgeber. EDCEU assessment manual for psychopharmacology. 2. Aufl. Rockville, Maryland: NIMH; 1976. S. 217–22.
- O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(6):631–8.
- Pascoe GC, Attkisson CC. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing

- satisfaction. *Eval Program Plann.* 1983;6(3):335–47.
- Pieters V. *Macht - Zwang - Sinn: Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen.* 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.
- Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, Wykes T, Yeeles K. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry.* 2009;194(1):49–54.
- Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, Dembinskas A, Fiorillo A, Karastergiou A, Kiejna A, Kjellin L, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schuetzwohl M, Solomon Z, Torres-González F, Wang D, Kallert T. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry.* 2010;196(3):179–85.
- Priebe S, Katsakou C, Yeeles K, Amos T, Morriss R, Wang D, Wykes T. Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: A prospective observational study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261(5):377–86.
- Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry.* 2008;20(6):521–6.
- Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(3):186–92.
- Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy.* 2011;48(1):80–7.
- Salize HJ, Spengler A, Dreßing H. Routinedaten in der Dokumentation unfreiwilliger Unterbringungs- und Behandlungsmaßnahmen. In: Gaebel W, Spießl H, Becker T, Herausgeber. *Routinedaten in der Psychiatrie: Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung.* Steinkopff; 2009. S. 7–16.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevision- DSM-IV-TR;* 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2003.

- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1989;39(7):248–55.
- Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: A neglected association? *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):471–6.
- Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R, Schrank B, Schaffer M, Amering M. Impact of coercive measures on life stories: Qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2011;199(3):239–44.
- Sørgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(2):214–9.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23.12.2014 (BGBl. I S. 2462).
- Steinert T. Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und -behandlung schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax.* 2007;34(suppl. 2):186–90.
- Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res.* 2012;200(2):939–44.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet.* 2009;373(9661):408–15.
- Tracey T, Kokotovic A. Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychol Assess.* 1989;1(3):207–10.
- Weiss M, Gaston L, Propst A, Wisebord S, Zicherman V. The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(5):196–204.
- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med.* 1998;47(9):1351–9.

- 
- Wilmers F, Munder T, Leonhart R, Herzog T, Plassmann R, Barth J, Linster HW. Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory–short revised (WAI-SR). Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klin Diagn Eval.* 2008;1(3):343–58.
- Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer. Stellungnahme: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztl.* 2013;110(26):A1334–8.
- Zuroff DC, Blatt SJ, Sotsky SM, Krupnick JL, Martin DJ, Sanislow CA, Simmens S. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(1):114–24.



## Anhang

### Anhang-Tabellen

*Anhang-Tabelle 1: Rotierte Komponentenmatrix\**

	Komponente				
	1	2	3	4	5
WPAZ-Item 1	0,205	0,386	0,770	0,112	0,126
WPAZ-Item 2	0,261	0,302	0,805	0,118	0,180
WPAZ-Item 3	0,336	0,421	0,635	0,155	0,064
WPAZ-Item 4	0,264	0,662	0,337	0,207	0,120
WPAZ-Item 5	0,199	0,679	0,196	0,328	0,022
WPAZ-Item 6	0,165	0,700	0,287	0,259	0,024
WPAZ-Item 7	0,185	0,178	0,677	0,396	0,145
WPAZ-Item 8	0,273	0,358	0,086	0,177	0,446
WPAZ-Item 9	0,110	0,180	0,093	0,075	0,874
WPAZ-Item 10	0,623	0,239	0,141	0,111	0,158
WPAZ-Item 11	0,501	0,593	0,264	-0,44	0,207
WPAZ-Item 12	0,675	0,130	0,237	0,061	0,022
WPAZ-Item 13	0,704	0,303	0,098	0,67	0,188
WPAZ-Item 14	0,771	0,212	0,104	0,088	0,056
WPAZ-Item 15	0,433	0,361	0,105	0,261	0,078
WPAZ-Item 16	-0,028	0,378	0,276	0,485	0,102
WPAZ-Item 17	0,156	0,409	0,010	0,748	0,114
WPAZ-Item 18	0,185	0,534	0,130	0,624	0,103
WPAZ-Item 19	0,487	0,227	0,143	0,459	0,096
WPAZ-Item 20	0,307	-0,009	0,297	0,625	0,098
WPAZ-Item 21	0,634	0,040	0,134	0,437	0,198
WPAZ-Item 22	0,615	0,040	0,284	0,391	0,172
WPAZ-Item 23	0,088	0,021	0,031	0,090	0,851
WPAZ-Item 24	0,200	-0,071	0,388	0,097	0,585
WPAZ-Item 25	0,291	0,434	0,148	0,053	0,060

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; n=258

\* Die Rotation ist in 20 Iterationen konvergiert.

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

**Anhang-Tabelle 2: Trennschärfe der WPAZ-Items**

	<b>Trennschärfe</b>
WPAZ-Item 1	0,689
WPAZ-Item 2	0,725
WPAZ-Item 3	0,761
WPAZ-Item 4	0,665
WPAZ-Item 5	0,657
WPAZ-Item 6	0,641
WPAZ-Item 7	0,740
WPAZ-Item 8	0,552
WPAZ-Item 9	0,552
WPAZ-Item 10	0,546
WPAZ-Item 11	0,654
WPAZ-Item 12	0,587
WPAZ-Item 13	0,607
WPAZ-Item 14	0,550
WPAZ-Item 15	0,456
WPAZ-Item 16	0,505
WPAZ-Item 17	0,595
WPAZ-Item 18	0,676
WPAZ-Item 19	0,604
WPAZ-Item 20	0,590
WPAZ-Item 21	0,678
WPAZ-Item 22	0,650
WPAZ-Item 23	0,419
WPAZ-Item 24	0,488
WPAZ-Item 25	0,489

n=107

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

**Anhang-Tabelle 3: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow-Tests in der Gruppe der freiwilligen Patienten (n=209)**

Abhängige Variable	Statistik	df	p
WPAZ-Gesamtscore	0,73	209	0,009
WPAZ-Partizipation	0,095	209	0,000
WPAZ-Wirksamkeit	0,110*	208	0,000
WPAZ-Familieneinbeziehung	0,140**	205	0,000
WPAZ-Ganzheitliches Akzeptiert-Werden	0,147	209	0,000

\* n=208

\*\*n= 205

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; WPAZ-Subskalen: Partizipation, Wirksamkeit, Familieneinbeziehung, Ganzheitliches Akzeptiert-Werden

**Anhang-Tabelle 4: Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests in der Gruppe der untergebrachten Patienten (n=49)**

Abhängige Variable	Statistik	df	p
WPAZ-Gesamtscore	0,957	49	0,074
WPAZ-Partizipation	0,930	49	0,006
WPAZ-Wirksamkeit	0,902	49	0,001
WPAZ-Familieneinbeziehung	0,936*	48	0,011
WPAZ-Ganzheitliches Akzeptiert-Werden	0,954	49	0,053

\* n=48

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; WPAZ-Subskalen: Partizipation, Wirksamkeit, Familieneinbeziehung, Ganzheitliches Akzeptiert-Werden

**Anhang-Tabelle 5: Allgemeines lineares Modell: ANCOVA; abhängige Variable: WPAZ-Gesamtscore**

	Quadratsumme Typ III	df	Quadratmittel	F	p	$\eta^2$
<b>Korrigiertes Modell*</b>	797,334	3	265,778	0,910	0,437	0,013
<b>Konstanter Term</b>	51570,116	1	51570,116	176,568	0,000	0,453
<b>Rechtsstatus</b>	747,315	1	747,315	2,559	0,111	0,012
<b>Hauptdiagnose</b>	66,946	1	66,946	0,229	0,633	0,001
<b>CGI-S</b>	7,615	1	7,615	0,026	0,872	0,000
<b>Fehler</b>	62210,788	213	292,069			

n=217

\* $R^2=0,013$  (corr $R^2=-0,001$ )

ANCOVA: Analysis of Covariance; WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; CGI-S: Schweregrad-Subskala der Clinical Global Impressions

**Anhang-Tabelle 6: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow Tests (n=211)**

<b>Abhängige Variable</b>	<b>Statistik</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
WPAZ-Partizipation	0,089	211	0,000
WPAZ-Wirksamkeit	0,133	211	0,000
WPAZ-Familieneinbeziehung	0,106	211	0,000
WPAZ-Ganzheitliches Akzeptiert-Werden	0,135	211	0,000

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; WPAZ-Subskalen: Partizipation, Wirksamkeit, Familieneinbeziehung, Ganzheitliches Akzeptiert-Werden

**Anhang-Tabelle 7: Ergebnisse der Levene-Tests\*; abhängige Variable: WPAZ\_F; WPAZ\_W; WPAZ\_P; WPAZ\_A**

<b>Abhängige Variable</b>	<b>p</b>
WPAZ-Familieneinbeziehung (WPAZ_F)	0,445
WPAZ-Wirksamkeit (WPAZ_W)	0,759
WPAZ-Partizipation (WPAZ_P)	0,398
WPAZ-Ganzheitliches Akzeptiert-Werden (WPAZ_A)	0,412

\*Design: Konstanter Term + CGI-Schweregrad + Rechtsstatus + Hauptdiagnose + Interaktion: Hauptdiagnose mit Rechtsstatus

WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; WPAZ\_F: WPAZ-Subskala Familieneinbeziehung; WPAZ\_W: WPAZ-Subskala Wirksamkeit; WPAZ\_P: WPAZ-Subskala Partizipation, WPAZ\_A; WPAZ-Subskala Ganzheitliches Akzeptiert-Werden

Anhang-Tabelle 8: Zwischensubjekteffekte – Univariate ANOVAs

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme Typ III	df	Quadratmittel	F	p	$\eta^2$
<b>Korrigiertes Modell</b>	WPAZ_F	8336,316*	4	2084,079	2,902	0,023	0,053
	WPAZ_W	550,368**	4	137,592	0,264	0,901	0,005
	WPAZ_P	1959,846***	4	489,962	1,063	0,376	0,020
	WPAZ_A	8262,735****	4	2065,684	5,872	0,000	0,102
<b>Konstanter Term</b>	WPAZ_F	11008,326	1	11008,326	15,327	0,000	0,069
	WPAZ_W	46291,853	1	46291,853	88,779	0,000	0,301
	WPAZ_P	56140,995	1	56140,995	121,782	0,000	0,372
	WPAZ_A	48220,445	1	48220,445	137,068	0,000	0,400
<b>Rechtsstatus</b>	WPAZ_F	26,539	1	26,539	0,037	0,848	0,000
	WPAZ_W	40,415	1	40,415	0,078	0,781	0,000
	WPAZ_P	93,398	1	93,398	0,203	0,653	0,001
	WPAZ_A	6704,541	1	6704,541	19,058	0,000	0,085
<b>Hauptdiagnose</b>	WPAZ_F	6,586	1	6,586	0,009	0,924	0,000
	WPAZ_W	411,550	1	411,550	0,789	0,375	0,004
	WPAZ_P	142,987	1	142,987	0,310	0,578	0,002
	WPAZ_A	489,916	1	489,316	1,391	0,240	0,007
<b>CGI-Schweregrad</b>	WPAZ_F	5109,073	1	5109,073	7,113	0,008	0,033
	WPAZ_W	3,631	1	3,631	0,007	0,934	0,000
	WPAZ_P	655,127	1	655,127	1,421	0,235	0,007
	WPAZ_A	23,680	1	23,680	0,067	0,796	0,000

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme Typ III	df	Quadratmittel	F	p	$\eta^2$
<b>Interaktion: Rechtsstatus mit Hauptdiagnose</b>	WPAZ_F	656,859	1	656,859	0,915	0,340	0,004
	WPAZ_W	79,774	1	79,774	0,153	0,696	0,001
	WPAZ_P	428,270	1	428,270	0,929	0,336	0,004
	WPAZ_A	841,912	1	841,912	2,393	0,123	0,011
<b>Fehler</b>	WPAZ_F	147958,079	206	718,243			
	WPAZ_W	107413,674	206	521,426			
	WPAZ_P	94965,226	206	460,996			
	WPAZ_A	72470,454	206	351,798			

n=211

\*  $R^2=0,053$ (corr $R^2=0,035$ )

\*\*  $R^2=0,005$  (corr $R^2=-0,014$ )

\*\*\*  $R^2=0,020$  (corr $R^2=0,001$ )

\*\*\*\*  $R^2=0,102$  (corr $R^2=0,085$ )

ANOVA: Analysis of Variance; WPAZ: Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit; WPAZ\_F: WPAZ-Subskala Familieneinbeziehung; WPAZ\_W: WPAZ-Subskala Wirksamkeit; WPAZ\_P: WPAZ-Subskala Partizipation, WPAZ\_A; WPAZ-Subskala Ganzheitliches Akzeptiert-Werden; CGI: Clinical Global Impressions

**Anhang-Tabelle 9: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow Tests in der Gruppe der freiwilligen Patienten (n=209)**

Abhängige Variable	Statistik	df	p
WAI-Gesamtscore	0,81	209	0,002
WAI-Bindung	0,133	209	0,000
WAI-Prozess	0,127	209	0,000
WAI-Ziele	0,076*	208	0,011

\*n=208

WAI: Working Alliance Inventory; WAI-Subscores: Bindung, Prozess, Ziele

**Anhang-Tabelle 10: Ergebnisse der Shapiro-Wilk-Tests in der Gruppe der untergebrachten Patienten (n=49)**

Abhängige Variable	Statistik	df	p
WAI-Gesamtscore	0,925	49	0,004
WAI-Bindung	0,923	49	0,003
WAI-Prozess	0,948	49	0,031
WAI-Ziele	0,940	49	0,014

WAI: Working Alliance Inventory; WAI-Subscores: Bindung, Prozess, Ziele

**Anhang-Tabelle 11: Allgemeines lineares Modell: ANCOVA; abhängige Variable: WAI-Summenscore**

	Quadratsumme Typ III	df	Quadratmittel	F	p	$\eta^2$
<b>Korrigiertes Modell*</b>	981,205*	4	245,301	1,063	0,376	0,020
<b>Konstanter Term</b>	32479,936	1	32479,936	140,765	0,000	0,399
<b>Rechtsstatus</b>	868,755	1	868,755	3,765	0,054	0,017
<b>Hauptdiagnose</b>	153,279	1	153,279	0,664	0,416	0,003
<b>CGI-S</b>	5,728	1	5,728	0,025	0,875	0,000
<b>Interaktion: Rechtsstatus mit Hauptdiagnose</b>	163,844	1	163,844	0,710	0,400	0,003
<b>Fehler</b>	49897,659	212	230,738			

n=217

\*R<sup>2</sup>=0,020 (corrR<sup>2</sup>=0,001)

ANCOVA: Analysis of Covariance; WAI: Working Alliance Inventory; CGI-S: Schweregrad-Subskala der Clinical Global Impressions

**Anhang-Tabelle 12: Ergebnisse der Kolmogorow-Smirnow Tests (n=217)**

Abhängige Variable	Statistik	df	p
WAI-Bindung	0,119	217	0,000
WAI-Prozess	0,110	217	0,000
WAI-Ziele	0,071	217	0,009

WAI: Working Alliance Inventory; WAI-Subscores: Bindung, Prozess, Ziele

**Anhang-Tabelle 13: Allgemeines lineares Modell: MANCOVA; abhängige Variablen: WAI-Bindung, WAI-Prozess, WAI-Ziele**

	Wilks-Lamda	F	df	Fehler df	p	$\eta^2$
<b>Konstanter Term</b>	0,593	48,065	3	210	0,000	0,407
<b>Rechtsstatus</b>	0,980	1,425	3	210	0,237	0,020
<b>Hauptdiagnose</b>	0,996	0,256	3	210	0,857	0,004
<b>CGI-Schweregrad</b>	0,984	1,124	3	210	0,340	0,016
<b>Interaktion: Rechtsstatus mit Hauptdiagnose</b>	0,990	0,677	3	210	0,567	0,010

n=217

MANCOVA: Multivariate Analysis of Covariance; WAI: Working Alliance Inventory; WAI-Subskalen: Bindung, Prozess, Ziele; CGI: Clinical Global Impressions



## Basisdaten-Bogen

### BASISANGABEN

**ID:**.....

<b>ID:</b>	<b>Einverstanden mit Katamnese:</b> ja / nein
<b>Datum:</b>	<b>Dauer des Aufenthaltes:</b>
<b>Untersucher:</b>	<b>Geschlecht:</b> männlich / weiblich
<b>Angehörigenbefragung erfolgt:</b> ja / nein	<b>Station 34/ 35/ 36/ 37/ 39</b>
<b>Angehöriger war:</b>	Vater/ Mutter/ Kind/ Geschwister/ Partner/ Ehepartner/ Freund/ Bekannter/ Onkel/ Tante/ Großeltern/ Mitbewohner/ Wohnbetreuer/ EFH/ Gesetzl. Betreuer Sonstige.: .....

<b>Grund für den stationären Aufenthalt</b>	
Patientenangabe	
Akte	

<b>Vorstellung</b> (mehrere ankreuzen)				
eigenmotiviert	Termin	1. Hilfe	auf der Station	Familie
Einweisung Arzt	Gesetzl. Betreuer	SPD	Polizei / Feuerwehr	EFH/ Wohnbetreuer

<b>Rechtsgrundlage der Behandlung</b> (ggf. mehrfach ankreuzen)		
freiwillig	PsychKG	BGB

<b>Diagnose</b>	
1	
2	
3	
4	

<b>Medikation</b>	<b>Dosis</b>	<b>seit</b>	<b>Verträglichkeit</b>			
1			<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> gut
2			<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> gut
3			<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> gut
4			<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> gut

<b>Ethnische Zugehörigkeit</b>	
Nationalität	
Nationalität der Eltern	
Migrationserfahrung (wann?, woher?, wohin?, Besonderheiten....)	

## BASISANGABEN

ID:.....

<b>Demographische Angaben</b>	
Höchster erzielter Abschluß 1 – Hauptschulabschluß 2 – Mittlere Reife 3 – Abitur 4 – Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie 5 – Hochschulabschluß 6 – keiner	Familienstand 1 – verheiratet / Lebenspartnerschaft 2 – in Beziehung lebend 3 – verwitwet 4 – getrennt lebend 5 – geschieden 6 – ledig
Berufsausbildung nein / ja wenn ja, Beruf:.....  Längste reguläre Beschäftigung dauerte..... Jahre  Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit welche: .....  Derzeitige Einkünfte/ Bezüge welche: .....	Wohnsituation 1 – mit Lebensgefährte/in und Kindern 2 – mit Lebensgefährte/in allein 3 – mit Kindern allein 4 – mit Eltern 5 – alleine 6 – WG 7 – BEW 8 – TWG / Übergangswohnheim / Heim 9 – keine feste Wohnsituation
Berentung wegen eines psychischen Problems? nein / ja	Beruf der Eltern: Vater: ..... Mutter: .....
Außerberufliche Beschäftigungen / Hobbies: 1 – Ehrenamt 2 – Sport / Wellness 3 – Kultur:..... 4 – Tiere:..... 5 – Familie / Kinder / Enkel 6 – Religion / Gemeinde:..... 7 – Treffpunkte / Tagesstätten 8 – „Szene“ 9 – Betroffenenverbände:..... 10 – Sonstiges: .....	Bedeutame Beschäftigungen in Kindheit und Jugend: 1 – Sport 2 – Musikinstrument / Chor 3 – Jugendvereine 4 – Gemeinde 5 – Andere: .....
<b>Angaben zur Erkrankung</b>	
Erstmanifestation im Alter von .....Jahren 1. stat. Beh. im Alter von.....Jahren 1. ambulante Beh. im Alter von.....Jahren Episodenzahl incl. jetziger:.....	Art und Anzahl der Vorbehandlungen: 1 – keine 2 – Psychiater/ Nervenarzt (ambulant) 3 – Psychotherapie (ambulant) 4 – Psychiatrie (stationär) (Anzahl.....) 5 – Psychosomatik (stationär) (Anzahl.....) wann zuletzt vor aktueller Aufnahme:.....
kumul. Beh.jahre mit Neuroleptika nie <1J >1J >5J >10J >20J	Lifetime Suizidalität: nie Gedank. Pläne Versuch Zahl „harter“ ...../ weicher“ .....Versuche wann letzter SV: .....
kumul. Beh.jahre mit Antidepressiva nie <1J >1J >5J >10J >20J	Selbstverübte Gewalt/ Haft/ Forensik? (beschreibe) ..... .....
kumul. Beh.jahre. Stimmungsstabilisierern etc nie <1J >1J >5J >10J >20J	

## BASISANGABEN

ID:.....

Nichtmedik. Therapie (Lifetime, stat. + ambul.) Psychotherapie (Art, Dauer)..... ..... Psychoedukation (komplett)..... Gruppentherapien(welche)..... Kunsttherapie..... andere..... andere biologische (EKT etc.)..... Selbsthilfegruppen/ Psychoseseminar:.....	Regelmäßiger Konsum von Suchtstoffen: 1 – Alkohol 2 – Cannabis 3 – Kokain / Amphetamine 4 – Halluzinogene (LSD, Pilze..) 5 – Schlaftabletten 6 – Heroin / Opiode 7 – Nikotin 8 – Andere: .....
Hat sich die Hauptdiagnose geändert? Wie oft?.....	
<b>In den letzten 12 Monaten:</b>	
Stationäre Behandlungen: 1 - Psychiatrie 2 – Psychotherapie/ Psychosomatik 3 – Reha-Einrichtungen	Dauer insgesamt in Wochen: ..... ..... .....
Ambulante Behandlung: 1 – Psychiater /Nervenarzt 2 – Psychotherapie 3 – Psychiatrische Hauskrankenpflege 4 – Hauskrankenpflege 5 – Ambulante Gruppen..... 6 – Offenes Atelier 7 – Soziotherapie 8 – Arbeitstherapie 9 – Ambulante Ergotherapie 10 - Krisendienst	Frequenz: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Ambulante komplementäre Versorgung: 1 – Gesetzliche Betreuung 2 – Einzelfallhilfe 3 – BEW 4 – Tagesstätte / Treffpunkt 5 – TWG / ÜWH	Soziale Unterstützung vorwiegend durch: 1 – Partner / Familie / Kinder 2 – Freunde 3 – Professionelle Helfer 4 – keine Unterstützung vorhanden 5 – Sonstiges:.....
Bedeutsame, positive oder negative Lebensereignisse im letzten Jahr: z.B. Hochzeit/ Geburt/ Heirat/ Todesfälle/ Trennung/ Auszug aus Elternhaus/ Arbeitsplatzverlust/ Berufsanfang/ Berufl. Änderungen/ Beförderung etc. (welche?): .....	Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch - eine falsche Selbstdarstellung des Patienten? 0 – nein            1 – ja  - die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen? 0 – nein            1 – ja

## Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (WPAZ) – Patientenversion

ID:

Datum:

	Stimme absolut zu	Stimme überwie- gend zu	Unsicher- -stimme eher zu	Unsicher- -stimme eher nicht zu	Stimme überwieg- end nicht zu	Stimme über- haupt nicht zu	Frage unzu- treffend
1. Meine Behandlung war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. Ich fühle mich mit meinen Beschwerden ernst genommen.							
5. Ich fühle mich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. Ich fühle mich in meinen Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat meine Stärken gefördert und meine Schwächen ausgeglichen.							
8. Ich bin in verständlicher Weise über meine Erkrankung aufgeklärt worden.							
9. Meine Angehörigen wurden über meine Erkrankung aufgeklärt.							
10. Ich konnte meine eigenen Vorstellungen über meine Beschwerden in die Gespräche einbringen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass ich und meine Behandler das Gleiche meinen, wenn wir über meine Beschwerden sprechen.							
12. Auf die Therapie meiner Erkrankung konnte ich Einfluß nehmen.							
13. Ich konnte mit meinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt setzen.							
14. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung meiner Ziele wurden gemeinsam							

vereinbart.							
15. Meine Therapeuten haben in wichtigen Situationen ihre Meinung klar geäußert und Verantwortung für mich übernommen.							
16. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
17. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
18. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							
19. Wenn ich Fragen hatte, konnte ich meine Behandler erreichen.							
20. Bei den Therapien konnte ich meine positiven Fähigkeiten erleben und zeigen.							
21. Meine Alltagssituation wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
22. Ich habe Hilfestellung erhalten, meine alltäglichen Probleme zu lösen.							
23. Meine Angehörigen wurden in die Behandlung miteinbezogen.							
24. Probleme im Umfeld (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							
25. Ich hatte die Wahl.							

#### Was hat Ihnen am meisten geholfen?

- Gespräche im Bezugsteam  
 Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt, Psychologe, Bezugspflege)  
 Gespräche mit Mitpatienten  
 Gespräche mit .....
- Medikamente  
 Musiktherapie  
 Physiotherapie /Sport /Körpertherapie  
 Gruppentherapien – wenn ja, welche: .....
- Psychotherapie  
 Kunsttherapie /Ergotherapie
- Unterstützung durch Sozialarbeiter  
 Stationsaufenthalt im Allgemeinen  
 Unterstützung durch Mitpatienten  
 Ausgänge
- Sonstiges: .....

Quelle: Mahler et al. (2014)



ID:.....

3. Ich glaube, \_\_\_\_\_ mag mich.
4. \_\_\_\_\_ versteht nicht, was ich in der Therapie zu erreichen versuche.
5. Ich vertraue, dass \_\_\_\_\_ die Fähigkeit besitzt, mir zu helfen.
6. Die Therapieziele, auf die \_\_\_\_\_ und ich hin arbeiten, stimmen überein.
7. Ich habe das Gefühl, \_\_\_\_\_ schätzt mich.
8. Wir stimmen hinsichtlich der Themen überein, deren Bearbeitung für mich wichtig ist.
9. \_\_\_\_\_ und ich vertrauen einander.
10. \_\_\_\_\_ und ich haben unterschiedliche Auffassungen über die Art meiner Probleme.
11. Wir haben ein gutes Verständnis bezüglich der Art der Veränderungen entwickelt, die für mich gut wären.
12. Ich glaube, die Art und Weise, wie wir an meinem Problem arbeiten, ist richtig.

Quelle: Horvath und Greenberg (1989) in der Kurzform von Tracey und Kokotovic (1989), deutsche Übersetzung

## Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

<b>Datum:</b>	<b>ID:</b>
---------------	------------

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

<b>100-91</b>	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.	
<b>90-81</b>	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).	
<b>80-71</b>	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).	
<b>70-61</b>	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.	
<b>60-51</b>	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).	
<b>50-41</b>	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).	
<b>40-31</b>	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).	
<b>30-21</b>	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).	
<b>20-11</b>	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).	
<b>10-1</b>	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.	
<b>0</b>	Unzureichende Informationen	

Quelle: American Psychiatric Association (1994), deutsche Version von Saß et al. (2003)



## Clinical Global Impressions (CGI)

<b>Datum:</b>		<b>ID:</b>	
<b>1. Schweregrad der Krankheit</b>		<b>2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung</b>	
Ziehen Sie ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.		Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Behandlung, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat	
Nicht beurteilbar.	0 <input type="checkbox"/>	Nicht beurteilbar.	0 <input type="checkbox"/>
Patient ist überhaupt nicht krank.	1 <input type="checkbox"/>	Zustand ist sehr viel besser.	1 <input type="checkbox"/>
Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.	2 <input type="checkbox"/>	Zustand ist viel besser.	2 <input type="checkbox"/>
Patient ist nur leicht krank.	3 <input type="checkbox"/>	Zustand ist nur wenig besser.	3 <input type="checkbox"/>
Patient ist mäßig krank.	4 <input type="checkbox"/>	Zustand ist unverändert.	4 <input type="checkbox"/>
Patient ist deutlich krank.	5 <input type="checkbox"/>	Zustand ist etwas schlechter.	5 <input type="checkbox"/>
Patient ist schwer krank.	6 <input type="checkbox"/>	Zustand ist viel schlechter.	6 <input type="checkbox"/>
Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.	7 <input type="checkbox"/>	Zustand ist sehr viel schlechter.	7 <input type="checkbox"/>

Quellen: National Institute of Mental Health (1976), deutsche Übersetzung: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (1996)

---

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Carolin Dorothee Elz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Patientenzufriedenheit und therapeutische Allianz untergebrachter und freiwilliger psychiatrischer Patienten im Vergleich“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## **Lebenslauf**

„Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

## **Danksagung**

Herrn Prof. Dr. Jürgen Gallinat danke ich für seine wertvollen Anregungen und die freundliche Betreuung. Frau Dr. Lieselotte Mahler danke ich für die gute Zusammenarbeit und ihre engagierten Ermunterungen an schwierigen Stellen. Frau Dr. Christiane Montag danke ich besonders für ihre kompetente statistische Beratung. Frau Katharina Geiling danke ich für ihren Humor und ihre Zusprache während gemeinsamer Stunden am Computer.

Mein großer Dank gilt den Patientinnen und Patienten, die durch ihr Mitwirken an der Studie die vorliegende Arbeit erst möglich gemacht haben. Insbesondere all jenen, die sich nicht freiwillig in Behandlung befanden, möchte ich für ihr Vertrauen und ihre Erzählungen herzlich danken. Über subjektives Erleben im Rahmen von Zwangsunterbringung konnte ich auf diese Weise viel lernen.

Außerdem möchte ich Frau Dipl. psych. Anja Elz und Herrn Samuel Thoma für Ihre Unterstützung und ihre kritischen Anmerkungen herzlich danken.

Nicht zuletzt gebührt meinen Freundinnen und Freunden Dank für ihr ausdauerndes Zuhören.